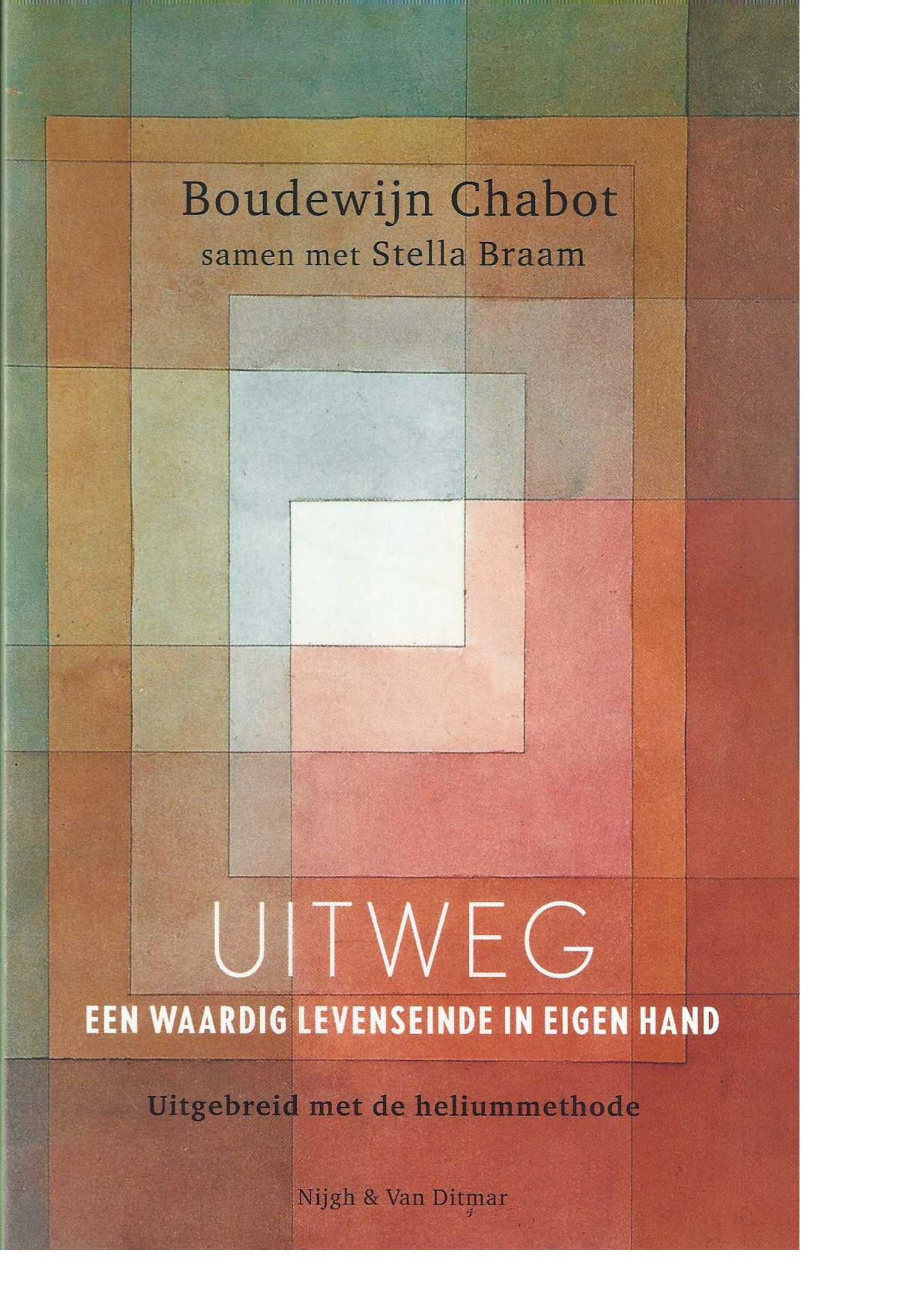




Boudewijn Chabot

samen met Stella Braam

UITWEG

EEN WAARDIG LEVENSEINDE IN EIGEN HAND

Uitgebreid met de heliummethode

Nijgh & Van Ditmar

BOUDEWIJN CHABOT

SAMEN MET STELLA BRAAM

Uitweg

Handboek

Een waardig levenseinde in eigen hand

Nijgh & Van Ditmar
Amsterdam, 2012

De uitgever en de schrijvers van dit boek willen op geen enkele wijze een impulsieve, eenzame en verminkende zelfdoding bevorderen. Er is hen geen onderzoek bekend waaruit blijkt dat de informatie die hier wordt geboden de drempel voor suïcide verlaagt. De uitgever en schrijvers van dit boek zijn niet aansprakelijk op welke wijze dan ook, voor de gevolgen die de interpretatie door de lezer van dit boek op de lezer zelf dan wel op derden zou kunnen hebben. De uitgever en de schrijvers van dit boek beogen op geen enkele wijze lezers, onder wie patiënten, artsen, hulpverleners en vertrouwenspersonen, ertoe te bewegen buiten de grenzen van de geldende wet- en regelgeving te treden.

Eerste druk februari 2010

Tweede druk (e-book) februari 2010

Derde druk maart 2010

Vierde, herziene druk december 2010

Vijfde, herziene en uitgebreide druk februari 2012

Zesde druk (e-book) februari 2012

Zevende druk juli 2012

www.nijghenvanditmar.nl

Copyright © Boudewijn Chabot en Stella Braam 2010

Omslag Nanja Toebak

Omslagbeeld © PaulKlee-PotyphongefasstesWeiss, 1930,140. Pen en waterverf op papier op karton, 33,3 x 24,5 cm. Zentrum Paul Klee, Bern, c/o Pictoright Amsterdam 2010

Foto auteurs Cees Hilhorst

Typografie Zeno

nur 740 / isbn 978 90 388 9496 6

Inhoud

Inleiding bij dit handboek	9
Intermezzo i	
Emiel: 'Een rechter houdt zich aan de wet'	15
Bijsluiter	21
Het verlangen naar een goede dood - Zelfmoord en zelfeuthanasie: een wereld van verschil - Zes routes naar een goede dood - Kenmerken van zelfeuthanasie - Waarschuwing aan de lezer	
Intermezzo n	
Laura: 'Ik wil u er niet mee belasten'	35
Hoofdstuk I Euthanasie voor beginners	41
Vooraf- De wettelijke zorgvuldigheidseisen - Tien suggesties voor een euthanasieverzoek - Botsende belangen van patiënt en arts - Euthanasie bij dementie - De burger met een doodswens is nog te afhankelijk	
I Stoppen met eten en drinken	
Intermezzo m	
Anna: 'Versterven kan ik zelf	59

Hoofdstuk 2 Stoppen met eten en drinken	67
Vooraf - Hoelang duurt het? - Hoe verloopt het?	
- Mondverzorging - Medicijnen - De praktische voorbereiding - Checklist	

Intermezzo iv	87
Gerda: 'Ben ik nou nóg niet dood?'	

Hoofdstuk 3 Specialist ouderengeneeskunde Bert Keizer:	93
'De dood is soms welkom'	

II De pil van Drion in eigen hand

Intermezzo v	
Rick: 'Treur niet, want ik ben uit mijn lijden verlost'	103

Hoofdstuk 4 De medicijnmethode	109
Vooraf - Draaiboek voorbereiding - Draaiboek uitvoering - De meldingsbrief	

Intermezzo vi	
Renés vader: 'Ik voel me een halve crimineel'	127

Hoofdstuk 5 Medicijnen voor zelfeuthanasie	133
Vooraf - Opiaten - Chloroquine - Antidepressiva - Barbituraten	

Hoofdstuk 6 Onzekere of gevaarlijke methoden	163
Vooraf - Misverstanden - De mythe van de plastic zak - Koolmonoxide	

Hoofdstuk 7 Zelfdodingsconsulent Ton Vink:	169
'Je eigen pil van Drion is veel waard'	

III Helium

Hoofdstuk 8 De heliummethode 179

Vooraf - Voor wie? - Voorbereiding - Uitvoering -
Is hulp nodig en ook strafbaar? - Aanpassingen in de
methode die wij afraden - Onderzoek - Persoonlijke
afweging - Conclusie

IV Juridische kwesties rond zelfeuthanasie

Hoofdstuk 9 Vragen bij de voorbereiding van zelfeuthanasie 199

Vooraf- Moet ik bewijzen dat ik wilsbekwaam ben als
ik dood wil? - Kan ik tegen mijn wil psychiatrisch worden
opgenomen? - Kan ik hulp bij zelfdoding krijgen als ik een
psychiatrische ziekte heb? - Mag ik een levensreddende
behandeling weigeren? - Heeft een arts de plicht voor mij
te blijven zorgen als ik stop met eten en drinken? - Wat
gebeurt er na het overlijden door zelfeuthanasie met
medicijnen?

Intermezzo vu

Tina: 'De psychiater houdt mij aan het lijntje' 207

Hoofdstuk 10 Jurist Eugene Sutorius: 'Hulp bij zelfdoding uit het Wetboek van Strafrecht' 211 211

Hoofdstuk 11 Welke hulp is strafbaar? 219

Vooraf - Rechtszaken tegen hulpverleners 1995-2009
- De Hoge Raad en ministers van Justitie - Welke hulp
mogen familie en vrienden geven? - Het persoonlijk
geweten en zelfbeschikking als kompas

Hoofdstuk 12 Onderzoeker Boudewijn Chabot: 'Handboek voor een nieuwe generatie' 237

Verantwoording	247
Literatuur	251
Noten	261
Bijlagen	
1. De meldingsbrief bij de medicijnmethode	273
2. De Meldingsbrief bij stoppen met eten en drinken	282
3. De meldingsbrief bij de heliummethode	291
4. Nuttige adressen in Nederland en Vlaanderen	292
Medicijnregister	297
Trefwoordenregister	299
Toelichting bij de tabel: namen van medicijnen in verschillende landen	304

Inleiding bij dit handboek

Hoe is het eigenlijk, vragen velen zich af, om jarenlang hoogbejaard en hulpbehoevend te zijn, terwijl vrienden wegvallen, de toekomst inkrimpt en vermoeidheid ieder bezoekje gauw te veel maakt? Wat gaat er door je heen als je in een verpleeghuis wordt opgenomen waar zelfs de bedtijden voor je worden bepaald? Wat maak je mee als je een chronische ziekte hebt en steeds minder kunt, met 24 uur gedwongen bedrust en pijn in het vooruitzicht? Overheerst dan de vrees voor, of juist het verlangen naar de dood?

Weinig mensen weten dat zij kunnen sterven 'in eigen beheer', zonder pijn en omringd door dierbaren. Dat kan op drie manieren. Je neemt een combinatie van dodelijke medicijnen met slaapmiddelen in en stelt zo je eigen 'pil van Drion' samen: wij noemen dit de medicijnmethode. Huib Drion opperde het idee dat ouderen die 'klaar met leven' zijn, een dodelijke pil kunnen innemen op een zelfgekozen moment.¹ De tweede methode is stoppen met eten en drinken. Een gruwelijke dood? Dat is een misverstand. Met de juiste mondverzorging en verzachtende medicijnen is stoppen met eten en drinken voor hoogbejaarden en ernstig zieken draaglijk te maken. De periode van verzorging biedt de mogelijkheid van een intens afscheid, verspreid over meerdere dagen, van je dierbaren. Zij benadrukken dat dit hen helpt bij de verwerking. De derde methode is met heliumgas, snel en pijnloos.

Een waardig levenseinde in eigen hand met medicijnen en door te stoppen met eten en drinken komt in Nederland vaker voor dan euthanasie door een arts. De heliummethode is nog weinig bekend, In Noord-Amerika, Australië en Duitsland is er ervaring mee opgedaan.

Waarom hebben ernstig zieke of hoogbejaarde mensen informatie over een zelfgekozen levenseinde nodig? Nederland heeft toch een euthanasiewet? Inderdaad, maar veel artsen weigeren euthanasie bij ernstig zieken of ouderen die nog langere tijd zouden kunnen leven. Waar vinden zij dan betrouwbare informatie om de regie in handen te houden?

Op het internet vind je websites met onjuiste, halfjuiste en een enkele keer juiste informatie. Je moet een deskundige zijn om het kaf van het koren te kunnen scheiden. Ook artsen weten zelden het fijne van dodelijke medicijnen.

De jurist Drion heeft belangrijke vragen gesteld: met welk recht verbiedt de overheid ouderen toegang tot een middel voor een humane dood? Is het redelijk om een oudere voor wie het nu genoeg is, uitsluitend de keus te laten tussen strop of sprong? Zijn woorden brachten in 1991 het publieke debat over het zelfgewilde einde van ouderen in een stroomversnelling. Twintig jaar later zet *Uitweg* de volgende stap en geeft betrouwbare informatie over een humane dood in eigen regie.

Dit boek wil mensen met een weloverwogen doodswens informeren over hoe zij hun leven zelf waardig kunnen beëindigen. Om verantwoord uit de methoden te kunnen kiezen die het beste bij hen past, worden deze heel precies beschreven. Dat mensen zelf de manier en het tijdstip van hun overlijden, in overleg met hun dierbaren, kunnen bepalen, is een belangrijk en vernieuwend uitgangspunt. *Uitweg* past in de emancipatiebeweging die nu al onder ouderen gaande is: zij willen niet té afhankelijk van hun huisarts zijn als het gaat om hun levenseinde. Maar dit boek is geen kookboek! U vindt er geen panklare recepten. Het is een naslagwerk, een handboek, waarin veel kanten van een zelfgekozen levenseinde aan bod komen.

Het biedt een nieuwe weg, de weg tussen een eenzame zelfdoding en euthanasie in. Dit boek hoopt eenzame en impulsieve zelfdodingen te voorkomen.

Wat kunt u van *Uitweg* verwachten? We beginnen met een 'bijsluiter' waarin we het begrip zelfeuthanasie uitleggen. Wat is bijvoorbeeld het verschil met zelfmoord of suïcide? En met euthanasie? Daarna wordt de euthanasiewet besproken en de manier waarop artsen die toepassen. Hoe komt het dat allerlei mensen buiten de boot vallen? We geven tips voor beginners in euthanasieland.

Dan volgen vier delen. Het eerste is gewijd aan stoppen met eten en drinken. Wat komt er allemaal bij kijken? Hoe lang duurt het? Welke maatregelen zijn nodig om dorst en ander ongemak te vermijden? Deel twee staat in het teken van de medicijnmethode. Welke medicijnen zijn nodig en waar moet je bij de uitvoering aan denken? Het derde deel bespreekt de heliummethode. In het vierde en laatste deel draait het om de vraag: wat mag en wat mag niet? Rond het zelfgekozen levenseinde spelen allerlei wetten en regels een rol. De lastigste vraag is: welke hulp bij de medicijnmethode of bij de heliummethode is strafbaar? En hoe komt het dat we daarover nog steeds in het duister tasten?

Tussendoor leest u de verhalen van nabestaanden in 'intermezzo's' en interviews met deskundigen: specialist ouderengeneeskunde Bert Keizer, zelfdodingsconsulent Ton Vink en de jurist Eugene Sutorius.

De kennis over het verloop van een waardig levenseinde in eigen hand is afkomstig van onderzoeker Boudewijn Chabot. Hij verzamelde meer dan tweehonderd interviews met nabestaanden over mensen die hun dood in regie namen en daarover tot het laatst met hen in gesprek bleven. Daarover bracht hij verslag uit in een aantal boeken en een vaktijdschrift (zie de *Verantwoording* achterin). Onderzoeksjournaliste Stella Braam nam de taak op zich om deze veelomvattende informatie toegankelijk te maken. Zij schreef twee boeken over haar hulpbehoevende ouders: *Ik heb Alzheimer, het verhaal van mijn vader*,

en *Ik blijf thuis. Het verhaal van mijn moeder*. Tijdens haar lezingen over kwetsbare ouderen ontmoet zij veel mensen die zich zorgen maken over een “ellendige” oude dag.

Voor wie is *Uitweg* geschreven?

Patiënten met een ernstige lichamelijke ziekte van wie het overlijden een kwestie is van weken, maanden of soms ook van jaren en die dat niet willen afwachten.

Ouderen die hun leven voltooid achten. Vaak hebben zij invaliderende kwalen of handicaps, maar nog geen dodelijke Ziekte. Zij willen de in hun ogen verdergaande ontlustering niet meemaken. Of ze zijn nog redelijk gezond, maar lijden aan het leven. Soms nadat hun partner is overleden.

- ▶ Mensen met een ernstige psychiatrische ziekte die vergeefs zijn behandeld. Tijdens een rustige fase van hun ziekte zijn zij dikwijls in staat om weloverwogen te besluiten dat ze het verdere verloop niet wensen mee te maken.
- ▶ Familieleden of vrienden die in vertrouwen worden genomen door iemand met een doodswens. Veel mensen vrezen dan dat dit zal uitlopen op een eenzame en verminkende zelfdoding. Als zij weten dat het ook anders kan, kunnen zij samen gaan nadenken of er voor de dood nog een alternatief is. Of dat een waardig levenseinde misschien toch de enige mogelijkheid is. Ook kan dit boek hen helpen om hierover in gesprek te komen met de behandelend arts of een andere hulpverlener.
- ▶ Artsen die geconfronteerd worden met mensen die dood willen. In hun opleiding leren zij niet hoe zij met zulke verzoeken om moeten gaan, en ook niet hoe hun patiënten zelfstandig humaan kunnen sterven. Bij nascholing blijkt dat artsen elkaar onjuiste informatie geven over een waardig sterfbed in gesprek met naasten in eigen regie.
- ▶ Hulpverleners. Verpleegkundigen, verzorgenden, geestelijk verzorgers, humanistisch raadslieden, psychologen of maatschappelijk werkers die in contact komen met personen met een doodswens. Zij zullen nooit ‘de regie overne-

men', maar iemand helpen om tot een weloverwogen keus te komen.

- Mensen met beginnende alzheimer en andere vormen van dementie. Veel mensen willen deze gevreesde ziekte niet meemaken. In de beginfase kunnen zij hun leven zelf zorgvuldig beëindigen.

Uitweg wil hun allen een uitweg bieden.

Boudewijn Chabot en Stella Braam, januari 2010

Bij de vierde druk:

De behoefte aan informatie over een humaan sterfbed in eigen regie blijkt groot. In negen maanden tijd zijn er ruim 8000 exemplaren van *Uitweg* verkocht. Deze vierde herziene druk is ongewijzigd maar bespreekt in hoofdstuk 1 en hoofdstuk 11 twee nieuwe ontwikkelingen: het burgerinitiatief Uit Vrije Wil en de NVVE-website over dodelijke medicijnen. Deze twee ontwikkelingen verminderen helaas niet de afhankelijkheid en onwetendheid van de burger die op een zelf gekozen tijdstip besluit dat het genoeg is geweest. Voor die burger blijft dit boek een onmisbare bron van nauwkeurige informatie.

Daarnaast bericht www.eenwaardiglevenseinde.nl elk kwartaal over nieuwe ervaringen uit het veld tijdens bewust versterven of na gebruik van een overdosis medicijnen. Positieve maar ook negatieve ervaringen die ons worden gemeld komen daar in detail en anoniem op tafel.

Boudewijn Chabot en Stella Braam, december 2010

De vijfde druk is uitgebreid met de heliummethode:

Boudewijn Chabot heeft in 2011 een derde methode voor zelfeuthanasie in Nederland bekend gemaakt, namelijk de helium-

methode. Deze wordt in deel III beschreven. Als deze zorgvuldig wordt uitgevoerd, komt het overlijden snel en pijnloos. Zelfs even snel als bij euthanasie door een arts.

Tegelijk met dit boek verschijnt een film, gemaakt door Diego Pos, die de voorbereiding en de uitvoering van de heliummethode stap voor stap laat zien. De film is te bestellen via de website www.eenwaardiglevenseinde.nl of via www.heliumthuissterven.nl

Wij willen de counselors die samenwerken met Stichting De Einder bedanken voor hun meldingen die met hulp van Martijn Hagens op de website worden gezet. Uitsluitend dankzij nauwkeurige en betrouwbare verslagen uit de praktijk kan de informatie in dit handboek over de medicijnmethode en de heliummethode verder worden verbeterd.

Boudewijn Chabot en Stella Braam, januari 2012

INTERMEZZO I

Emiel: 'Een rechter houdt zich aan de wet'

Emiel¹ is 86 jaar en kernegezond. Hij is een van de rechters die achter de schermen hebben meegedacht over de wettelijke grenzen van euthanasie. Op een dag belt hij Chabot met een klemmende vraag: 'Hoe neem ik zelf de verantwoordelijkheid voor een humaan levenseinde, als mijn huisarts daar niet aan mee wil werken? Ik las in de krant dat u over methoden van zelfeuthanasie hebt geschreven. Mag ik eens met u komen praten?'

'Het leven is een woestijn sinds mijn vrouw ruim een jaar geleden aan kanker overleed,' zegt Emiel. 'Bijna zestig jaar waren we samen. Geen kinderen, nee, dat kwam door mij. Maar er is zoveel meer in het leven: mijn werk, haar kunstgeschiedenis, onze reizen en dat onzegbare vertrouwde. Twee bomen die in elkaar zijn gegroeid.'

Na de dood van zijn vrouw heeft hij zijn huis verkocht en is in een luxe seniorenflat gaan wonen om onder de mensen te zijn. 'Vrienden en vriendinnen proberen me afleiding te bieden, een nieuwe draai aan mijn leven te geven. Als ik zou willen, had ik binnen drie maanden een huwelijksaanzoek van een van de aardige weduwen hier in huis. Maar iedere dag blijft even leeg.'

Emiel kent de wet als zijn broekzak: ouderen zonder enige ziekte die 'klaar met leven' zijn en die hun leven waardig willen beëindigen, komen niet in aanmerking voor hulp van een arts. 'Ik beschouw mijn leven als voltooid. Maar de Hoge Raad stelt dat er een "medisch classificeerbare ziekte" moet zijn, anders mag mijn huisarts mij niet helpen. Bij de psychiater bij wie ik op verzoek van mijn huisarts kom om een depressie uit te sluiten, hoef ik er zeker niet over te beginnen.'

Met zijn invloedrijke juridische vrienden durft Emiel zijn doodswens niet te bespreken. Hij vreest dat zij daar een stokje voor zullen steken. 'Een van hen gaat misschien proberen mij wilsonbekwaam te verklaren, zodat ik tijdelijk in een psychiatrisch ziekenhuis kan worden opgenomen ter observatie, of ik niet behandelbaar ben met medicijnen of misschien zelfs met elektroshocks. Dat mag niet gebeuren. Daarom durf ik geen van mijn vrienden in vertrouwen te nemen.'

Chabot geeft hem zijn boek. Met stijgende verbazing leest Emiel over dodelijke middelen die je in het buitenland of via internet kunt kopen en die net zo effectief zijn als het drankje van de arts. Stoppen met eten en drinken lijkt hem niets. 'Is dat geen barbaarse manier om te sterven?'

Enkele maanden verstrijken. Ook het derde antidepressivum van zijn psychiater heeft niet geholpen. De warme aandacht van zijn vrienden geeft zijn leven geen inhoud en kleur, net zomin als zijn gesprekken met een psychotherapeut.

Emiel merkt dat hij gevangenzit binnen de regels voor euthanasie, die hij als jurist zelf mee vorm heeft gegeven. Zijn verlangen te sterven wordt steeds sterker. Hij neemt zich voor dodelijke pillen te gaan kopen in een buitenlandse apotheek, maar stuit op zijn juridisch gestaalde geweten. 'Ik kan geen onwaarheid over mijn lippen krijgen. Een rechter houdt zich aan de wet. Het idee dat ik in verschillende apotheken in een ander land om dit of dat medicijn zou vragen! Het stuit me tegen de borst.' Vandaar dat hij opnieuw de informatie over

stoppen met eten en drinken is gaan lezen en besluit om zijn leven op die manier te beëindigen. Als ook zijn huisarts deze informatie heeft gelezen en begrijpt dat hij geen dodelijke 11.indeling hoeft te verrichten, is deze bereid de verzorging op zich te nemen.

Maar waar zal hij verzorgd worden als hij na een paar dagen zwakker wordt? In het verpleeghuis? De specialist ouderengeneeskunde: 'Een kostbaar bed beleggen met een kerngezonde oude heer die wil gaan sterven? Geen denken aan.' In het plaatselijke hospice misschien? Daar ga je toch heen als je een goede dood hoopt te sterven? De directie van het hospice: 'Er is geen dodelijke ziekte. Als meneer echt wil stoppen met eten en drinken, waarom begeleidt u hem, als huisarts, dan niet gewoon thuis, in de serviceflat, met ingehuurd verzorging?' Dit klinkt eenvoudig, maar het lukt de huisarts niet om medewerking te verkrijgen van de directie van de serviceflat: 'Onze verzorgenden kunnen het niet aan om iemand te verzorgen die dood wil.'

Emiel wil niet langer wachten. Op een dag blijft hij op bed liggen en weigert alle hapjes en drankjes die het personeel van de seniorenflat hem brengt. Zijn burens op de gang horen wat er aan de hand is en het gaat als een lopend vuurtje in het rond. Gevolg: grote onrust in de flat. Emiel heeft zich altijd zo opgewekt voorgedaan en zijn doodswens verzwegen dat zijn actie als een totale verrassing komt.

Zijn huisarts zoekt opnieuw contact met de directie van de flat, die nu pas doordrongen raakt van de ernst van het besluit en de bewoners tot bedaren wil brengen. Emiel komt uit bed en gaat weer drinken. Zo krijgt de directie de tijd om de verzorging te regelen en bedaart de onrust in huis. Intussen koopt Emiel een kleine plantenspuit voor de mondverzorging. Een week later is het zover.

Het verloop volgens zijn huisarts en een enkele vertrouwenspersoon die Emiel tot zijn sterfbed toelaat:

Dag 1 - Emiel eet niets, maar drinkt, verspreid over de dag, nog drie a vier koppen water.

Dag 2 - Vandaag in totaal nog anderhalve kop water gedronken. De verzorgenden zijn door directie en huisarts geïnformeerd.

Dag 3 - Gebruikt elk uur een vernevelaar met water om de mond te bevochtigen: met drie pufjes krijgt hij zo'n 2 cc water binnen. Drinkt verder niets. Een verpleegkundige leert hem zijn mond in te smeren met Oralbalance (kunstmatig speeksel in gelvorm) om uitdroging tijdens de slaap te voorkomen.

Dag 4 - Emiel komt nog uit bed en is blij met het vertrouwde bezoek. Tegen de huisarts zegt hij dat de dorst draaglijk is.

Dag 5 - Ligt nu steeds op bed, gaat nog wel naar het toilet. Spreken gaat moeilijker doordat er geen speeksel meer is, maar het bewustzijn blijft helder.

Dag 6 - Geëmotioneerd neemt hij afscheid van enkele zeer dierbaren.

Dag 7 - Afgelopen nacht is Emiel bij het toiletbezoek gevallen en gemeen op zijn rug terechtgekomen. De huisarts dient een pijnstiller als zetpil toe, maar de pijn blijft. Hij kijkt helder uit zijn ogen, maar is moeilijk te verstaan. Toch wil hij niets drinken en gebruikt hij de vernevelaar spaarzaam. Wordt nu snel zwakker.

Dag 8 - Als de huisarts langskomt, vraagt Emiel om in slaap gebracht te worden: 'Ik heb toch duidelijk gemaakt dat het menens is, dat ik niets meer zal drinken. Ik heb nog steeds pijn in mijn rug.' De huisarts wil nog geen morfine geven. Hij wil eerst overleggen met een 'scen-arts', die opgeleid is om zulke situaties te beoordelen. Hij laat twee kalmerende middelen achter, temazepam en oxazepam, in de vorm van een zetpil.

Dag 9 - Emiel spreekt niet meer, maar herkent de vertrouwde bezoeker. De huisarts plakt een pleister met een lage dosis morfine op zijn buik.

Dag 10 - Emiel wordt niet meer wakker. Dierbaren waken om beurten.

Dag 11 - Vroeg in de ochtend overlijdt hij.

Terugkijkend op dit verloop zou Emiel vermoedelijk nog steeds achter zijn keuze staan. De weg was moeilijk, maar Niet `barbaars', zoals hij aanvankelijk vreesde. Nadat hij op De zevende dag was gevallen, had de huisarts wel direct een sterkere pijnstiller kunnen geven. Twee dagen pijn had niet gehoeven.

Bijsluiter

Het verlangen naar een goede dood - Zelfmoord en
zelfeuthanasie: een wereld van verschil - Zes routes
naar een goede dood - Kenmerken van zelfeuthanasie -
Waarschuwing aan de lezer

Het verlangen naar een goede dood

‘Veel mensen vinden een goede dood sterven soms
belangrijker dan nog een paar maanden, of zelfs
jaren, extra te leven.’¹

Wii' heeft niet de hoop rustig te mogen 'inslapen', na een lang en vervuld leven? Veel mensen maken intuïtief onderscheid nissen een goede en een slechte dood. Een slechte dood staat voor sterven met pijn, in eenzaamheid of omringd door vreemden en kan gewelddadig zijn: voor de trein springen, moord, een verkeersongeluk, of jong sterven. Een slechte dood is niet alleen voor de stervende pijnlijk. Zijn naasten dragen de last hiervan levenslang met zich mee.

De goede dood heeft andere eigenschappen: je overlijdt na een lang leven, thuis en omringd door dierbaren. Zonder geweld of pijn. Je hebt nog enige controle over wat er gebeurt. En je sterft op een persoonlijke manier, in overeenstemming met hoe je hebt geleefd. De een probeert daarbij de touwtjes in handen te houden. De ander wil zich juist aan een hogere macht overgeven en accepteert langdurig ernstig lijden als 'de beker die hij leeg moet drinken'.

De mogelijkheid om op je eigen manier te sterven is pas sinds de jaren zestig van de vorige eeuw geleidelijk aan ont-

staan. De tijd dat in westerse landen de autoriteit van artsen en priesters afbrokkelde en er meer ruimte kwam voor de wensen van het individu. De tijd ook dat mensen openlijker over de dood gingen praten. Vijftig jaar terug verzwegen artsen de diagnose kanker, nu noemen zij deze bij de naam.²

Pas als je weet dat je gaat sterven, kun je vertellen hoe je het liefst afscheid zou willen nemen. Lang niet altijd lukt dat met hulp van een arts. Bij de vraag om stervenshulp wil deze binnen de wet blijven en bovendien zijn persoonlijke grenzen bewaken.

Maar kunnen we wel spreken van een 'goede' dood? Hebben we enig idee wat dood zijn betekent? De filosoof Cornelis Verhoeven noemde de dood een onverteerbaar feit:

'De dood is een van de grenzen tot waar wij kunnen denken. We willen niets liever dan de ontredde bezweren die hij teweegbrengt. Oefening in het sterven is de machteloosheid in het eigen bestaan opnemen. De dood wordt dan een symbool voor alles wat ons overkomt en onze macht te boven gaat. Het streven om de eigen dood te sturen lijkt een poging zo lang mogelijk iets te beheersen wat we uiteindelijk slechts kunnen ondergaan.'³

Laten we daarom niet spreken over een goede dood, maar over de minst slechte dood. Hoe moeilijk is het wel niet om het eigen einde te accepteren! De gehechtheid aan het leven is meestal zo groot dat we, ook wanneer we ernstig ziek zijn, troost vinden in de zeldzame mooie momenten. Als de omstandigheden beter zouden zijn, zouden mensen willen blijven leven.

Maar als iemand niet ziet hoe hij die omstandigheden nog kan veranderen? En als anderen het ook niet meer weten? Dan kan het leven in eigen ogen niet meer leefbaar zijn en het lijden ondraaglijk worden. Bij kanker vinden velen gehoor bij hun arts wanneer ze vragen: 'Kunt u zorgen dat ik niet hoef te

lijden als het voor mij niet meer gaat?’ Soms doen zij daarbij een verzoek om euthanasie of doktershulp bij zelfdoding. Veel artsen antwoorden ontwijkend op dat verzoek: ‘U zult niet hoeven lijden.’

Uit onderzoek weten we dat ten minste duizend van de 9700 ‘uitdrukkelijke en herhaalde’ verzoeken om euthanasie door artsen worden afgewezen. Anderen overlijden voordat de procedure is afgerond.⁴ Het aantal verdoeken ligt in werkelijkheid veel hoger: een arts die moeite heeft met zo’n belastend verzoek, zal dat verzoek niet altijd als ‘uitdrukkelijk’ onthouden en het dus ook niet aan de onderzoekers melden. Het geheugen van artsen is op dit punt niet altijd even betrouwbaar.

Wat doen mensen als hun euthanasieverzoek klip-en-klaar wordt afgewezen? Vaker dan bekend is, overwegen zij om hun leven zelf waardig te beëindigen. Zij stoppen met eten en drinken of nemen een dodelijke combinatie van medicijnen in. De beslissing om het sterven in eigen hand te nemen, roept moeilijke vragen op. Wat weegt zwaarder: blijven leven met de last die je draagt, of binnen afzienbare termijn overlijden? Het besluit is vaak een - door noodlottige omstandigheden - afgedwongen keuze tussen een onleefbaar leven en een onacceptabele dood. Zo’n ingrijpende beslissing nemen mensen liever niet alleen.

Velen praten hierover uitvoerig met hun dierbaren, arts en/of hulpverlener. Anderen zoeken raad bij lotgenotengroepen en soms anoniem bij chatgroepen op internet. Zijn de omstandigheden toch niet nog te veranderen? Als niemand een begaanbare uitweg kan aangeven, kunnen de gesprekken doorgaan en groeit iemand soms naar het naderende afscheid toe.

Het is niet verboden om je leven zelf te beëindigen. De grondwet geeft de vrijheid om belangrijke beslissingen in ons privéleven zelf te nemen. Bij het krijgen van kinderen en de keus voor een bepaald geloof spreekt dat vanzelf. Minder bekend is dat je mag en kunt beslissen je leven te beëindigen

zolang je hiervoor zelf de verantwoordelijkheid neemt. Zelfdoding is in Nederland niet strafbaar en allerlei vormen van begeleiding daarbij zijn dat ook niet.

Wie zegt te willen sterven, maar daarover met zichzelf nog niet in het reine is, zal aan kleine dingen gehecht blijven en hierover tegenstrijdige dingen zeggen. Dat brengt de naasten in verwarring. Pas wanneer de balans is opgemaakt in gesprek met iemand die van je houdt of met een deskundige hulpverlener, en bij voorkeur met beide, pas dan kun je besluiten tot zelfeuthanasie.

Zelfmoord en zelfeuthanasie: een wereld van verschil

Is zelfdoding een goede of een slechte dood? Dat hangt van de situatie af. Een slechte zelfdoding of suïcide, in de volksmond zelfmoord genoemd, gebeurt meestal impulsief, eenzaam en met verminkende methoden. Zich ophangen. Zich doodschieten. Van een flat of voor de trein springen. Het is een ramp voor de nabestaanden en de machinist en laat levenslang diepe sporen na.

Maar er zijn ook zelfdodingen van een ander slag. Deze ervaren mensen niet als verkeerd. Met name wanneer iemand, in het zicht van het levenseinde en in overleg met anderen, zelf besluit om het leven te beëindigen. Zonder pijn of verstikking en liefst in het bijzijn van zijn dierbaren. We noemen dit een waardige, zorgvuldige of humane levensbeëindiging. Een dergelijke zelfeuthanasie wordt totaal anders ervaren dan de gewone zelfdodingen. Zelfeuthanasie is een derde weg tussen euthanasie en zelfdoding in.

Euthanasie betekent oorspronkelijk 'een goede dood'. In Nederland is de term beperkt tot een goede dood, die op verzoek wordt gegeven door een arts. Artsen en juristen hebben altijd over het hoofd gezien dat iemand ook zelf een goede dood kan veroorzaken, nadat de arts euthanasie heeft geweigerd. De term zelfeuthanasie drukt uit dat iemand zelf de verantwoordelijkheid voor zijn overlijden kan nemen. En dat dit bij

een grondige voorbereiding een goede dood kan zijn. In de maatschappelijke discussie is dit een nieuw aspect, waarvoor nog geen Nederlands woord bestaat.

Andere talen hebben hier wel een woord voor. Duitsers spreken over 'der Freitod': de vrije dood, Fransen over 'autodélivrance': zelfbevrijding. In Amerika is 'selfdelivery' of 'exit' ingeburgerd. Deze termen doen niet denken aan een impulsief besluit om in eenzaamheid te sterven met een verminkende methode. De cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek over 'zelfdodingen' of 'suïcides' - ongeveer 1600 per jaar - doen uitsluitend aan een nare dood denken die diepe wonden bij de naasten veroorzaakt.

In Nederland is het voorkómen van suicide ver ontwikkeld. We hebben een lager aantal zelfdodingen dan in even kleine en welvarende landen als België en Denemarken. Hoe komt dat? Misschien omdat er in Nederland meer dan elders aandacht is voor nascholing van artsen en psychiatrisch verpleegkundigen om eenzame en verminkende zelfdodingen te voorkómen. Er zijn praatgroepen van lotgenoten, er is een 24-uurstelefoondienst en hulpverlening via internet, waarbij vrijwilligers met psychiaters samenwerken (zie kader).

Adressen waar u over uw doodswens anoniem en online kunt praten:

1130online wil suicide voorkomen. U kunt anoniem bellen naar 0900-1130113, of chatten: www.113online.nl. U kunt ook bij EX6 (lotgenotengroepen) terecht. Bel naar 088-3963963 of 0900-1130113. Of ga naar www.ex6.nl. Bij Sensoor staat dag en nacht een goed opgeleide vrijwilliger voor u klaar: 09-0767 of ga naar de website www.sensoor.nl. Meer informatie en adressen in bijlage 3 *Nuttige adressen in Nederlanden Vlaanderen*.

Hulpverleners benadrukken dat de preventie nog beter kan. Leraren, ouders en anderen in de omgeving moeten de signalen tijdig leren herkennen.⁵ Hulpverleners die in hun werk dagelijks bezig zijn met het voorkómen van zelfdodingen, denken soms echter dat elke doodswens uit een psychiatrische stoornis voortkomt. Maar wie door ziekte of ouderdom de dood in de ogen kijkt, heeft niets aan een psychiatrische benadering van zijn doodswens. De begeleiding van zelfeuthanasie vraagt een andere houding en kennis. Pas in een open gesprek kan blijken of iemand in staat is tot een zorgvuldige en invoelbare afweging of het leven nog leefbaar is te maken. Zonder iemand bij voorbaat een psychiatrisch etiket op te plakken.

Zes routes naar een goede dood

‘Voor het eerst zal er een generatie zijn die met ziekten en gebreken hoogbejaard wordt en die ook weet hoe je kunt kiezen voor de dood.’⁶

In westerse landen overlijdt ongeveer één op de drie mensen onverwacht. Zij hebben dus niet kunnen nadenken over hoe ze willen sterven. Mensen die door ziekte of ouderdom de dood kunnen voorzien, hebben een paar mogelijkheden om het overlijden te bespoedigen. Velen weten dit niet. Vandaar dat we ook deze andere mogelijkheden dan zelfeuthanasie kort beschrijven. Zij sluiten elkaar lang niet altijd uit en gaan soms in elkaar over. De persoon zelf, zijn naasten en de arts zullen hierover moeten overleggen. De keuze uit deze mogelijke routes naar de dood hoort zo goed mogelijk te passen bij de levensovertuiging van de patiënt. Dat zou de leidraad van het overleg moeten zijn.

► Zo lang mogelijk behandeling, gevolgd door palliatieve zorg

De meeste mensen die horen dat ze op afzienbare termijn doodgaan, willen alles uitproberen. Blijft genezing uit, dan

gaat de op genezing gerichte behandeling over in een 'palliatieve', op verzachting gerichte behandeling. Palliatieve zorg is een medisch specialisme dat zich niet alleen op pijnbestrijding richt, maar ook op allerlei andere klachten van mensen die gaan sterven.

Soms gebeurt dat geleidelijk aan en voor de patiënt onmerkbaar. Bij kanker bijvoorbeeld kan een bestraling of chemotherapie bedoeld zijn om te genezen, maar in een latere fase alleen nog om te verzachten of te vertragen. Wie niet meer kan genezen, heeft altijd goede palliatieve zorg nodig. Pas dan kun je vrijwillig kiezen of je het overlijden wilt uitstellen of juist bespoedigen, en dus niet onder druk van ellendige klachten.

► Een behandelweigering met palliatieve zorg

Sommige patiënten met een dodelijke ziekte willen alleen nog palliatieve zorg. Anderen beginnen wel met een behandeling, maar stoppen hiermee: ze vinden de belasting (te) groot en de kans op genezing (te) klein. Ook degene die alle behandeling weigert of hiermee stopt, houdt recht op palliatieve zorg.

Patiënten lijken wel eens te vergeten dat behandeling al­léén met hun toestemming mag, of met die van hun wettelijk vertegenwoordiger.⁷ Zij mogen dus elke voorgestelde behandeling weigeren. Daardoor kan de regie over het moment van sterven van de dokter naar de zieke verschuiven en kan de dood worden vervroegd.

► Intensieve pijnbestrijding met soms palliatieve sedatie

Helaas verricht palliatieve zorg geen wonderen. In de laatste levensweken kunnen mensen last hebben van ernstige pijn en benauwdheid of uitgeput en compleet 'op' zijn. Zelfs de beste palliatieve zorg kan hier weinig tegen doen.

Als de klachten niet meer draaglijk zijn te maken, mag een arts, bij voorkeur in overleg met de patiënt, tot 'palliatieve sedatie' overgaan: de patiënt wordt in een continue diepe slaap gebracht, die overgaat in de dood.⁸ Het mag in Nederland alleen bij een levensverwachting van hoogstens twee weken,

wat artsen niet goed kunnen inschatten. En het raag uitsluitend als er een klacht is die niet meer behandelbaar is. Volgens de richtlijn van de KNMG (2009) kan ook 'existentieel lijden' een onbehandelbare klacht zijn. Een patiënt kan wel om palliatieve sedatie vragen, maar de arts beslist of er in zijn ogen een goede reden voor is. Artsen hoeven het overlijden door palliatieve sedatie niet te melden bij een van de vijf toetsingscommissies omdat dit als normaal medisch handelen wordt beschouwd. Justitie heeft dat geaccepteerd.

Als je in een diepe slaap of 'sedatie' bent gebracht, kan het gebeuren dat je snurkt, rochelt en je ontlasting laat gaan. Veel mensen willen er niet dagenlang zo bij liggen. Ook familieleden kunnen dit soms moeilijk aanzien. Zij zetten de arts dan onder druk om 'er een eind aan te maken want zoiets doe je zelfs een hond niet aan'. Artsen zien dat vaak anders: de persoon zelf kan niet meer lijden, omdat hij buiten kennis is. Daarom menen zij dat er geen rechtvaardiging is voor een dodelijke handeling, hoe belastend deze dagen voor de naasten ook kunnen zijn. Ook de Toetsingscommissie euthanasie vindt dit.

► Doktershulp bij zelfdoding of euthanasie

In Nederland kwamen in 2010 3133 meldingen binnen van euthanasie en doktershulp bij zelfdoding.⁹ In geval van doktershulp bij zelfdoding neemt iemand zelf de dodelijke pillen of het drankje in die de arts overhandigt. Doktershulp bij zelfdoding is in enkele landen wettelijk toegestaan.¹⁰ Bij euthanasie dient een arts het dodelijke middel met een injectie toe. Bij euthanasie en doktershulp bij zelfdoding moet een arts altijd een andere onafhankelijke arts raadplegen. In Nederland is dit meestal een getrainde 'scen-arts'.¹¹

► Bewust stoppen met eten en drinken

Zieke of hoogbejaarde personen zien deze stervensweg vaak niet als 'zelfdoding', maar als een natuurlijke manier om sneller te sterven. Ook bijna alle artsen melden het als een na-

tuurlijke dood. Afhankelijk van de voorbereiding en de kwaliteit van de verzachtende zorg en mondverzorging kan 'bewust versterven' een goede dood zijn. In Nederland kiezen jaarlijks zo'n 2800 mensen voor dit zelfgekozen levenseinde. In andere landen is nog niet onderzocht om hoeveel mensen het gaat. Zie verder hoofdstuk 2.

- Levensbeëindiging door een combinatie van medicijnen

Hierbij neemt iemand een combinatie van medicijnen in, een dodelijk middel met bepaalde slaapmiddelen. Deze middelen veroorzaken eerst een diepe slaap en daarna de dood. Behalve zelfeuthanasie kun je dit ook een humane of zorgvuldige zelfdoding noemen. Jaarlijks nemen ongeveer 1600 mensen hun toevlucht tot deze methode. Slechts een minderheid heeft hierover informatie van een arts gekregen. Zie verder hoofdstuk 4 en 5.

- Levensbeëindiging door de heliummethode

Zie hoofdstuk 8.

Kenmerken van zelfeuthanasie

Zelfeuthanasie is een waardig levenseinde in eigen regie. Maar dan moet wel aan ten minste vier voorwaarden worden voldaan. Voorwaarden die alles te maken hebben met de opvattingen in onze samenleving over een goede dood.

- Op de eerste plaats sterf je niet eenzaam. Overal ter wereld beschouwen mensen het als slecht of verkeerd als een mens in eenzaamheid moet sterven. In het stervensuur wens je omringd door dierbaren te zijn.
- Je ervaart geen pijn of verstikking, en je lichaam blijft ongeschonden. Hoe meer verminkt het dode lichaam zich aan de levenden toont, des te onwaardiger beoordelen zij de zelfdoding.
- De methode is doeltreffend. Dit is bijna altijd het geval wanneer je alle voorzorgsmaatregelen in acht neemt. 'Bijna

altijd' betekent dat er iets mis kan gaan, als u niet precies de aanwijzingen opvolgt. En zelfs als u dat wel doet kan het misgaan, omdat van elke honderd mensen er een paar minder gevoelig zijn voor een bepaald dodelijk middel. Of omdat iemand andere medicijnen gebruikt die de werking afzwakken.

Vanaf 2010 zal elk kwartaal op de site www.eenwaardiglevens-einde.nl een overzicht staan van nieuwe feiten en ervaringen met bewust versterven, de medicijnmethode en de heliummethode. Uitspraken van rechters die van belang zijn voor de begeleiding van zelfeuthanasie worden op die site besproken.

► Je neemt zelf de verantwoordelijkheid voor het overlijden. Je hebt dus geen hulp van anderen nodig. In de praktijk lukt dit lang niet altijd. Bij stoppen met eten en drinken verlenen de naasten vaak veel hulp om het overlijden te verzachten. Zolang de persoon zelf niet wil drinken, ziet niemand deze hulp als strafbaar. Ook bij het innemen van medicijnen kan iemand niet altijd zelf alle noodzakelijke handelingen uitvoeren, bijvoorbeeld omdat hij invalide is. Het zou onbarmhartig zijn om zo iemand aan zijn lot over te laten. Zeker wanneer er geen twijfel over de doodswens bestaat en deze levensbeëindiging met de behandelend arts onbespreekbaar is. Zie verder hoofdstuk 11.

De derde weg

Zelfeuthanasie is een derde weg tussen euthanasie en zelfdoding in. Net als bij euthanasie is de methode humaan en kunnen de naasten aanwezig zijn. Zelfeuthanasie is zelfdoding-in-verbondenheid, waarbij de arts geen dodelijke handeling verricht.

Waarschuwing aan de lezer

Dit boek is niet geschreven voor mensen met een doodswens die nog niet goed is behandeld, hoe zwaar en onbegaanbaar de toekomst er voor hen bij vlagen ook uit ziet. Mensen met een doodswens hebben in eerste instantie professionele behandeling of een andere vorm van ondersteuning nodig. Doodswensen hebben vaak een dubbele bodem: bij ouderen kan er een wens om meer aandacht van kinderen of vrienden achter schuilgaan. Veel mensen kunnen na jaren worstelen tegen een doodswens toch weer van het leven genieten.

Het grote gevaar is dat iemand impulsief besluit er een eind aan te maken. Dit komt voor bij jongeren met liefdesverdriet, voor wie een verbroken relatie het einde van de wereld kan betekenen, of bij mensen die aan een depressie lijden waar nog iets aan is te doen. Deze laatsten geven de moed op terwijl nog niet alle mogelijkheden zijn geprobeerd.

De methoden in dit boek zullen bij overhaaste uitvoering regelmatig mislukken. Het vraagt kennis, voorbereiding en tijd om de dodelijke middelen te verzamelen en op de juiste wijze in te nemen. Wie impulsief opgespaarde slaappillen slikt, wordt vaak wakker in het ziekenhuis. Artsen beschouwen dit, met goede redenen, meestal als een 'schreeuw om hulp'. Als iemand de juiste behandeling krijgt, blijkt vaak dat het besluit tot zelfdoding voortijdig was.

Wanneer slaagt een waardige levensbeëindiging wel? De kans op slagen is groot als ook de vertrouwenspersonen erkennen dat er geen leefbaar alternatief meer is. Op hen rust daarom een grote verantwoordelijkheid. Zij moeten geduldig en integer openstaan voor de afwegingen van de persoon met een doodswens. Gaan zij hierin te snel mee, dan dreigt het gevaar dat iemand zich doodt terwijl het leven nog de moeite waard had kunnen worden. Gaan zij er te hard tegenin, dan bestaat het risico dat zij niet meer in vertrouwen worden genomen.

Veel mensen stellen de vraag: moet de dodelijke dosis van medicijnen wel bekend worden? Verlaag je daarmee de drempel

voor een zelfdoding niet? Het is nodig, want ten eerste zijn slechts zeer weinig artsen bereid deze informatie te geven aan mensen met een ernstige maar nog niet dodelijke ziekte of aan ouderen met een weloverwogen doodswens. En ten tweede hebben hoogbejaarden veel problemen met internet. Zij hebben er een groot belang bij om nauwkeurige informatie te krijgen over zorgvuldige levensbeëindiging in gesprek met naasten. Dan heb je nog maar één mogelijkheid om hen te bereiken: deze informatie in de boekhandel leggen.

In 1981 verscheen in de Verenigde Staten *Final Exit* van Derek Humphry. In deze bestseller worden allerlei manieren van zelfdoding beschreven. Toch heeft dit boek niet geleid tot een blijvende toename van zelfdoding met de hierin besproken medicijnen.

Het kleine risico dat iemand de informatie in dit boek verkeerd gebruikt, moeten we afwegen tegen het risico dat mensen hun toevlucht nemen tot eenzame en verminkende methoden, zoals de ophanging met touw dat bij vier van elke tien zelfdodingen wordt gebruikt. Niemand bepleit het opwerpen van drempels tegen de verkoop van touw. We moeten het risico op misbruik ook afwegen tegen het gevaar dat mensen gedwongen worden verder te leven onder in hun ogen onaanvaardbare omstandigheden.

Is het niet bevoogdend om informatie over dodelijke medicijncombinaties geheim te houden voor mensen met een weloverwogen doodswens? Ouderen die besluiten dat zij niet nóg ouder willen worden, of niet nóg meer aan kwaliteit van leven moeten inboeten, hebben recht op precieze en betrouwbare informatie over doodgaan op een wijze die zij zelf als 'goed' beschouwen. Het is voor hen al moeilijk genoeg om de benodigde middelen te verkrijgen.

Sommigen vrezen dat *Uitweg* misbruikt kan worden door op de erfenis beluste kinderen die de pilletjes stiekem in moeders thee zullen doen. Die vrees is niet terecht. Dit boek geeft geen recept voor een 'Agatha Christie-pil' die je niet ruikt of proeft. Integendeel, je kunt die grote hoeveelheid tabletten

niet in een kopje thee oplossen. En zelfs als dat zou lukken, is de smaak zo bitter dat de eerste slok direct wordt uitgespuugd.

Elke samenleving moet leren omgaan met de risico's waaraan haar burgers dagelijks blootstaan. Neem het verkeer. Hoewel er veel doden vallen, 750 in 2008, roept niemand dat we om die reden het autoverkeer moeten beperken. Waarom zouden we dan informatie over een waardig levenseinde met behulp van dodelijke medicijnen tot artsen beperken? We moeten met deze risico's leren omgaan, bijvoorbeeld door te investeren in de voorlichting van naasten die geconfronteerd worden met invoelbare en weloverwogen doodsverlangens.

INTERMEZZO II

Laura: 'Ik wil u er niet mee belasten

Laura (94) is er niet gerust op dat ze van haar arts de pillen zal krijgen en zoekt contact met een vereniging voor waardig sterven. Maar ze is niet openhartig over de reden van haar doodsverlangen.

'Ik heb net gehoord dat Paul, mijn jongste zoon, kanker heeft. Hij is opgegeven.'

Laura kijkt haar huisarts terneergeslagen aan. 'Met mijn andere kinderen heb ik al heel lang geen contact meer. Eén ding is zeker: ik wil Paul niet overleven. Op mijn 94ste wil ik dat niet hoeven meemaken.'

Laura is een opvallende verschijning. Kind aan huis in de literatuur, een sterke persoonlijkheid. In het verzorgingshuis hoort niemand haar klagen over haar ouderdomskwalen: ernstig hardhorend, artrose, incontinent en sinds kort ook moeite met lezen. Maar nu haar zoon niet lang meer te leven heeft, wil ze weten hoe haar huisarts tegenover haar zelfgekozen levenseinde staat.

'Ik vind dat iedereen recht heeft op een goede dood,' zegt hij. 'Ik bedoel dit in de ruime zin van goed, wat ook euthanasie kan omvatten. Het hangt steeds van de concrete situatie af.'

‘Ik wil u er niet mee belasten, maar hoe dan ook zelf kunnen beslissen als het voor mij echt genoeg is.’

‘Dat besluit zal van beide kanten moeten groeien,’ houdt hij de boot af.

Laura is er niet gerust op en zoekt contact met een vereniging voor waardig sterven. Een begeleidster komt op bezoek. Laura vertelt haar dat ze zich oud en ‘op’ voelt. ‘Ik wacht alleen nog op de biografie van mijn beroemde broer. Als die is uitgekomen, is mijn leven voltooid.’ Ze rept met geen woord over haar opgegeven zoon en haar twee andere kinderen. Alleen met een neef, zegt ze, heeft ze nog enig contact: ‘Die is van mijn voornemen op de hoogte, maar wil er niet van horen.’ Met haar vriendinnen in het verzorgingshuis wil ze er niet over praten, ‘want die noemen dat “zelfmoord” en dat geeft maar onrust bij de andere oudjes.’

In de vier maanden voorafgaand aan haar dood komt de consulente nog een paar keer op bezoek en vertelt haar welke slaapmiddelen ze de huisarts kan vragen om in kleine porties voor te schrijven.

Een paar maanden later laat Laura haar huisarts haar schriftelijke weigering lezen: als ze buiten kennis wordt gevonden, mag haar leven niet worden gered.

Ze maakte geen depressieve indruk, herinnert hij zich. ‘Opnieuw benadrukte ze dat ze zelf wilde bepalen wanneer haar leven voltooid zou zijn. Ze wilde liever niet afhankelijk zijn van het oordeel van een tweede arts en wond er geen doekjes om: “Mijn dood moet humaan zijn. Ik wil de pillen graag in huis hebben. Wilt u mij het middel voorschrijven dat ik te zijner tijd zal kunnen innemen?”’

Laura speelt open kaart over haar gesprekken met de begeleidster en de informatie die ze heeft gekregen. Haar huisarts zegt over zijn rol: ‘Ik vond haar wens invoelbaar en weloverwogen, al zal er verschillend gedacht worden over de vraag of dit ondraaglijk lijden is. Ik vond van wel. Zij leed onder het afscheid van de zoon die haar het dichtst aan het hart lag.’

Dat wilde zij niet meer hoeven te verwerken. Ik zou haar liever openlijk hulp bij zelfdoding geven. Maar kort tevoren had ik ook hulp verleend aan een gezonde man van 75 die “klaar met leven” was. Ik had dat gemeld en daarmee problemen gekregen. In mijn hart vind ik het een zaak tussen mijn patiënte en mijzelf. Daarom heb ik, bij uitzondering, haar het gevraagde opiaat in kleine porties voorgeschreven. En ben ik niet bij het innemen ervan aanwezig geweest.’

Laura spaart de middelen met zorg. Weer een maand later vertelt ze haar huisarts dat het boek over haar broer gauw uitkomt en dat Paul op sterven ligt: ‘Het zal nu wel snel gebeuren.’ Hij drukt haar op het hart met de uitvoering te wachten tot hij dienst heeft, omdat hij weet wat er speelt als er iets mis zou gaan. Ze krijgt zijn privénummer. Heeft Laura over haar geplande dood met haar kinderen gesproken? Dat wordt hem niet duidelijk.

Wanneer Laura weer contact zoekt met haar begeleider, spreekt ze met geen woord over Paul en de twee andere kinderen. Ze zegt niemand te kennen aan wie ze kan vragen erbij te zijn als ze de pillen slikt. ‘Kijk, dit is het boek over het leven van mijn broer. Ik wil nu “weg”. Wil jij erbij zijn als ik de pillen inneem? Dat zou een hele geruststelling zijn. Als er iets misgaat, kun jij de huisarts waarschuwen.’

Ze bespreken tot in detail hoe de zelfdoding voor het tehuis geheim kan blijven. De kans dat er iemand onverwacht binnenkomt, moet zo klein mogelijk zijn. Daarom plannen ze een avond in het weekend, nadat de laatste verzorgende is vertrokken. Mocht er onverwacht een vriendin op bezoek komen, dan zal Laura zeggen niet lekker te zijn en daarom vroeg naar bed te gaan. Ze belt haar neef en noemt de datum waarop hij gebeld zal worden om de huisarts te waarschuwen.

Twee dagen tevoren begint Laura met de pillen die braken voorkomen. Op het afgesproken tijdstip verschijnt de begeleider. ‘Laura had zelf vla in huis gehaald,’ vertelt ze. ‘Ik had de tabletten thuis al gemalen, want met haar artrose

kon ze dat niet meer. Ook had ik iets zoets meegenomen tegen de bittere smaak van de pillen. Laura roerde het poeder door de vla en at het zonder hulp zwijgend op. Vervolgens nam ze een slokje water en verslikte zich. Ze kon het braken onderdrukken.'

Het duurt niet lang of ze valt in slaap. Haar begeleidster zit er gespannen bij: stel dat iemand binnenkomt? Na anderhalf uur ademt Laura niet meer. De begeleidster belt de neef. 'Uw tante is overleden.' Zijn reactie is koeltjes: 'O.' Voor de begeleidster breekt weer een spannend moment aan: zal het haar lukken de verzorgingsflat te verlaten zonder dat iemand haar ziet?

Volgens afspraak komt de neef de volgende dag in alle vroegte langs, zodat de verzorgende het lijk niet hoeft te vinden. De huisarts wordt gebeld, die een natuurlijke doodsoorzaak invult: hartstilstand.

Achteraf vindt de begeleidster dat ze wel risico heeft gelopen door de wens van Laura te vervullen dat de zelfdoding in het huis niet bekend zou worden. Ze heeft geen negatief gevoel over haar rol bij dit levenseinde.

Haar huisarts heeft meer twijfels. Had hij niet vaker over haar andere kinderen met Laura moeten praten? Haar op andere gedachten proberen te brengen? Ook is hij er ongelukkig mee dat hij niet bij de zelfdoding aanwezig was. 'Ik ben gezwich't voor haar uitgesproken wens zelf de regie in handen te houden en het moment te bepalen. En het kwam mij goed uit om "op afstand" te blijven en gedoe met Justitie te voorkomen.'

Weloverwogen?

Hoe weloverwogen zullen eenzame ouderen die de pillen in huis hebben, tot de daad overgaan? Als er niet diepgaand over dit besluit wordt gesproken, kunnen er pijnlijke zaken achter het overlijden schuilgaan. Pijn waar soms nog wat aan te doen valt, maar waarover sommigen zwijgen om hun geheim mee te nemen in hun graf.

Gesprekken zijn niet bedoeld als een examen of iemand wel of niet dit leven mag verlaten. Praten over de doodswens zal het besluit misschien niet veranderen. Maar dankzij intensieve gesprekken had Laura mogelijk pijnlijke zaken met haar kinderen kunnen uitspreken. Waarom dacht Laura dat dit onmogelijk was en niet geprobeerd hoefde te worden? De vraag is niet alleen van belang voor haar afscheid, maar ook voor de kinderen: hoe zullen die zich voelen als ze het bericht van haar dood krijgen en verzoening is uitgesloten?

Laten we oppassen voor de onverschilligheid die niets vraagt en daarmee eigenlijk zegt: 'Als u dat zelf wilt, ga gerust uw gang! Wij houden u niet tegen.' Wie een zelfbeschikkende oudere geen vragen stelt, doet die persoon tekort. Wie vasthoudend vraagt, toont betrokkenheid. En laat haar voelen dat haar leven ertoe doet.

HOOFDSTUK 1

Euthanasie voor beginners

Vooraf - De wettelijke zorgvuldigheidseisen - Tien
suggesties voor een euthanasieverzoek - Botsende
belangen van patiënt en arts - Euthanasie bij dementie -
Machtsverschil in het nadeel van de patiënt

Vooraf

‘Wat doen patiënten die gezakt zijn voor het euthanasie-examen? Daartegen is geen beroep mogelijk. In theorie kan men veranderen van arts. In de praktijk neemt geen enkele arts de uitvoering van euthanasie over van een collega die dit heeft geweigerd.’¹

Is euthanasie niet veel eenvoudiger? Dat is de eerste vraag die mensen over zelfeuthanasie stellen. Waarom zou je voor die moeilijke weg kiezen als het ook makkelijk kan: met hulp van een arts en binnen de wet? De praktijk van euthanasie is echter lang niet zo gemakkelijk als veel mensen denken. Dit hoofdstuk gaat alleen in op de Nederlandse euthanasiepraktijk.²

Euthanasie, een ‘goede dood’, is in Nederland op papier redelijk geregeld. De euthanasiewet van 2002 schrijft voor aan welke eisen artsen moeten voldoen. Er is een landelijk netwerk van getrainde en onafhankelijke artsen, de scen-artsen. Vijf regionale commissies waarin een jurist, een arts en een ethicus zitten, toetsen alle gevallen die artsen melden aan de wet en voorzien ze van commentaar. Ten slotte geven vier landelijke onderzoeken (in 1990, 1995, 2001 en 2005) een steeds nauwkeuriger beeld van het doen en laten van artsen bij eu-

thanasie. Bij het laatste onderzoek kreeg de euthanasiewet een ruime voldoende.³

Waarom zijn er dan toch nog problemen met die wet? En is er nog veel onduidelijk voor mensen die hun einde waardig in regie willen nemen? Een kort antwoord luidt alvast: het regelen van een 'goede dood' is zo ongeveer het moeilijkste wat een land met hulp van artsen kan willen regelen. Andere Europese landen, zoals Engeland, Duitsland en Frankrijk, zijn er nog niet aan begonnen. Vrijwel tegelijk met Nederland kwam er in België een euthanasiewet, Luxemburg volgde in 2009.

Flet buitenland volgt het Nederlandse 'euthanasie-experiment' met argwaan. Veel landen vinden de resultaten van dit experiment zo riskant dat ze het niet op die manier willen regelen: 'Beter géén wet dan dokters die patiënten doodmaken en alle stervenden angstig zullen maken,' zo redeneren sommige buitenlandse critici.⁴ Nederlandse artsen worden van 'doodmaakpraktijken' beschuldigd en met artsen in nazi-Duitsland vergeleken. Dat gebeurt in de Verenigde Staten, Canada en Australië door groeperingen in regering en parlement, in kerken en zelfs in artsenorganisaties. De Raad voor de Mensenrechten van de Verenigde Naties wil dat Nederland zijn euthanasiewet herziet. Maar de meeste burgers in landen met een hoog peil van gezondheidszorg, stemmen vóór euthanasie in de laatste fase van een dodelijke ziekte.⁵

De wettelijke zorgvuldigheidseisen

Euthanasie en doktershulp bij zelfdoding zijn geen recht. Een arts kan hiertoe nooit verplicht worden en mag om principiële redenen een verzoek afwijzen. Hij móét het afwijzen als niet voldaan is aan de wettelijke vereisten. Hij kan een verzoek ook afwijzen als zijn persoonlijke invulling van de wettelijke eisen euthanasie in de weg staat. Artsen blijken de eis dat er 'ondraaglijk lijden' moet zijn, verschillend toe te passen.⁶

Uitsluitend een arts mag euthanasie toepassen, als aan zes voorwaarden is voldaan:⁷

- Het verzoek is vrijwillig en weloverwogen

De patiënt kiest zélf voor de dood en staat niet onder druk van anderen of van omstandigheden. 'Weloverwogen' vereist dat de patiënt wilsbekwaam is, dus in staat om informatie te begrijpen. Hij kan de voor- en nadelen van mogelijke behandelingen tegen elkaar afwegen en de gevolgen van zijn beslissing overzien. Het besluit is geen opwelling. Een schriftelijk verzoek heeft de voorkeur, maar is «iet verplicht.

- De patiënt lijdt uitzichtloos en ondraaglijk

Het lijden kan niet worden weggenomen of verlicht. Belangrijk is hoe de patiënt zelf zijn lijden ervaart. Het moet echter ook voor de arts invoelbaar zijn. Daardoor spelen persoonlijke opvattingen van de arts een rol. Niet alleen pijn, ook een steeds verdergaande ontluistering kan ondraaglijk lijden betekenen. Sinds de uitspraak van de Hoge Raad in het Schoonheim-arrest (1984) valt een voortgaande aantasting van de waardigheid onder ondraaglijk lijden. En sinds het Chabot-arrest (1994) geldt dit ook voor intens psychisch lijden, zonder dat er een lichamelijke ziekte is.

- De patiënt is voorgelicht over zijn situatie en vooruitzicht
Pas dan kan een verzoek weloverwogen zijn.

- Arts en patiënt hebben de overtuiging dat er geen redelijke andere oplossing is

Als de patiënt een behandeling weigert die zijn ziekte kan genezen, is euthanasie in principe niet toegestaan. Psychiaters wijzen om deze reden vaak een euthanasieverzoek af bij psychiatrische patiënten. Bij kanker daarentegen mag iemand een zware chemokuur of bestraling die weinig kans op genezing biedt, weigeren. Daarna houdt men recht op palliatieve (verzachtende) behandeling. Een palliatieve behandeling mag men 'op goede gronden' weigeren. Een goede grond is bijvoorbeeld ophoging van de morfinedosis waardoor men langdurig het bewustzijn zal verliezen. De arts mag na deze

weigering het euthanasieverzoek inwilligen. Als iemand echter een weinig ingrijpende palliatieve behandeling weigert, kan de arts oordelen dat er een goed alternatief is om het lijden weg te nemen. Dan zal hij het euthanasieverzoek als regel afwijzen.⁸

- De arts heeft ten minste één andere onafhankelijke arts geraadpleegd

Deze (scen-)arts bezoekt de patiënt en zet zijn oordeel of er voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen op papier. De behandelend arts kan van dit oordeel afwijken, of een andere onafhankelijke arts raadplegen, maar heeft dan wel wat uit te leggen aan de toetsingscommissie.

- De arts voert de levensbeëindiging zorgvuldig uit

De arts kiest de juiste medicijnen en de juiste wijze van toediening, zoals door de KNMP (organisatie van apothekers) is geadviseerd. Hij moet bij de zelfdoding aanwezig zijn of snel ter plaatse kunnen zijn wanneer hij wordt opgeroepen. Als het dodelijke barbituraat wordt uitgebraakt, zal de arts de dodelijke medicijnen per injectie toedienen.

Tien suggesties voor een euthanasieverzoek

Donald van Tol, Suzanne van de Vathorst en Bert Keizer hebben in *Medisch Contact*⁹ betoogd dat bij een patiënt met een doodswens niet alleen aan de bovengenoemde zorgvuldigheidseisen moet zijn voldaan. De kans dat het verzoek wordt ingewilligd, neemt toe als de persoon in kwestie zich volgens een ongeschreven code gedraagt. Met hun toestemming geven wij die code hier door in een lang citaat.

‘Euthanasie is voor de meeste artsen zeer ingrijpend. Veel artsen zullen de drempel dan ook alleen durven en kunnen nemen wanneer er een vertrouwensband is met de patiënt en hun communicatie met de patiënt smetteloos verloopt. Soms

kan iets schijnbaar futiels als een onhandig gekozen woord, de verkeerde toon of ongepast gedrag de arts doen terugkrabbelen. Zo was er een scen-arts die tijdens een gesprek geheel overtuigd raakte van het ondraaglijk lijden van een patiënte. Tot het laatste moment, waarop ze zei: “Maar als mijn dokter er ernstige problemen mee heeft, dan hoeft het niet.” Haar bescheidenheid brak haar op. De opmerking deed de arts als nog twijfelen aan de ernst van haar zijden. Hij kon niet meer meegaan in het verzoek. Overigens tot zijn spijt, want hij gaf aan dat hij de vrouw haar zelfgekozen einde eigenlijk graag had gegund.

Of een arts een verzoek om euthanasie door een patiënt inwilligt, hangt dus niet alleen af van de “duurzame wens” en het “ondraaglijk en uitzichtloos lijden”. Ook andere dingen spelen mee. Dingen die nergens in de wet of in een andere regel staan. Inwilliging of weigering van een verzoek om euthanasie kan afhangen van de mate waarin de patiënt zich volgens een ongeschreven code gedraagt. Dat is prettig voor sociaal vaardige patiënten die deze code als het ware van nature aanvoelen. Maar patiënten die niet met een dergelijke gave zijn gezegend, hebben pech. Daarin schuilt een onrechtvaardigheid. En daarom doen wij, Van Tol, Van de Vathorst en Keizer, een poging deze ongeschreven code expliciet te maken. Daarbij is gekozen voor het stijlmiddel van de overdrijving. Niet om de praktijk belachelijk te maken of artsen in diskrediet te brengen. Doel is om de ongeschreven, maar invloedrijke spelregels en valkuilen rond euthanasie op prikkelende wijze bloot te leggen. Wij hopen daarmee bij te dragen aan de kwaliteit van de euthanasiepraktijk.

1. Stel de vraag om euthanasie niet te dwingend

Euthanasie is geen recht, maar een gunst van de dokter. Net als iedereen houden artsen er niet van onder druk gezet te worden. Roep dus niet de hele dag: “Ik wil dood.” Het werkt averechts als u te dwingend om euthanasie vraagt.

Laat duidelijk merken dat u weet dat euthanasie een gunst

is, waarmee u uw arts belast. Dus niet: “U had het toch beloofd, dokter”, maar: “Ik vind het vervelend u hiermee te moeten belasten.” Benadruk dat u desondanks niet anders kan. Uw situatie is zo ondraaglijk, ontluisterend en een dusdanige aantasting van uw waardigheid dat u het wel moet vragen.

Noem het lijden ook expliciet “ondraaglijk”. Zeg ook dat als u de middelen had, u het zelf zou doen. Vraag, voor zover uw eigen toestand dat nog mogelijk maakt, om hulp bij zelfdoeding, en licht toe dat u daarvoor kiest om de dokter de dodende handeling te besparen.

2. Wees verbaal begaafd, maar nederig

Dokters laten zich makkelijker overtuigen door iemand die het verzoek goed onder woorden kan brengen. Oefen dus uw verhaal en uw argumenten. Hoogopgeleid zijn helpt daarbij. Voor de niet-hoogopgeleiden/niet-verbaal begaafden is het belangrijk duidelijk en oprecht over te komen. Prima als u iemand van weinig woorden bent, als die woorden maar authenticiteit zijn.

Het is beter niet te veel te zeggen, dat wordt ook niet verwacht van ernstig zieke patiënten. Als u iets zegt, wind er dan geen doekjes om. Een paar voorbeelden: “Ik heb een goed leven gehad, en nu is het op.” Of: “Ik kan niet meer.” Of: “Dokter, het is mijn tijd.” Verwijzingen naar het goede leven dat u hebt gehad, gevende dokter geruststelling. Als u een moeilijk leven had, zwijg daar dan over. Als de dokter al weet heeft van uw problemen uit het verleden, zeg dan dat het niet makkelijk was, maar dat u de zware stormen hebt doorstaan. En dat u nu vrede hebt met hoe het is gegaan.

3. Leg de nadruk op het lichamelijke lijden

Dokters zijn meer onder de indruk van lichamelijke problemen als pijn, misselijkheid en onbehandelbare wonden dan van verlies aan zingeving. Hoewel de wet “ondraaglijk en uitzichtloos lijden” en een “duurzame wens” als eis stelt, is dit in de praktijk maar zelden genoeg zonder een dodelijke ziekte.

Wie lijdt aan een chronische, niet-dodelijke aandoening die echter wel gepaard gaat met ernstig lijden, zal zijn arts moeilijker kunnen overtuigen. Een zorgvuldige woordkeuze is dan van nog groter belang. Benadruk in zo'n geval vooral hoeveel last u hebt van uw lichamelijke lijden en plaats het niet-fysieke lijden in het perspectief van uw leven en karakter.

4. Doe geen beroep op de zwaarte van uw verzorging

Artsen vinden doorgaans dat last voor anderen geen enkele rol mag spelen in een euthanasieverzoek. Zeg dus niet: "Ik wil euthanasie, want mijn vrouw kan het niet meer aan." Dat het u zwaar valt dat uw familieleden oververmoeid raken, dat u zich verantwoordelijk voelt voor hun welzijn, dat begrijpt uw arts wel. Maar de meeste artsen vinden het geen goede reden voor euthanasie. Zelfs geen extra reden. Artsen horen het liefst dat degenen die voor u zorgen, moeite hebben met uw verzoek en nog graag voor u willen blijven zorgen, maar, met wat tegenzin, uw besluit respecteren.

5. Maak duidelijk dat u aan het eind van uw Latijn bent

Voor veel artsen is het in geval van een euthanasieverzoek belangrijk dat ze het gevoel krijgen dat u daadwerkelijk op sterven na dood bent. Soms laten patiënten zich voor de gelegenheid netjes aankleden en wachten zij in een stoel op het bezoek van de (scen-)arts. Of soms doen patiënten zelf de deur open. Beide verkleinen de kans dat de arts het lijden als ondraaglijk zal benoemen. Hoewel noch de wet noch een euthanasiecommissie dat vereist, leven veel (scen-)artsen in de (onjuiste) veronderstelling dat u terminaal ziek moet zijn om voor euthanasie in aanmerking te komen. Doe u dus niet beter voor dan u zich voelt.

6. Geef hobby's en plannen voor de toekomst op

Wie nog een hobby heeft, al is het maar lezen, puzzelen, de kleinkinderen bellen of tv-kijken, heeft kennelijk nog zin in het leven. Benadruk daarom bij uw arts dat u zelfs aan uw

hobby's geen enkel plezier meer beleeft. Wees voorzichtig met uitstel van de euthanasie omdat u nog iets belangrijks wilt doen, zoals een pasgeboren kleinkind zien, zakelijke dingen afhandelen, uw trouwdag nog vieren. De dokter kan dit zien als een aanwijzing dat er kennelijk nog geen sprake is van ondraaglijkheid.

7. Zorg dat uw euthanasieverzoek past bij uw levensverhaal

Plaats het verzoek en uw lijden in het perspectief van uw leven en persoonlijkheid. Voor iemand die altijd een zelfstandig leven heeft geleid, is verlies van die zelfstandigheid erger dan iemand die altijd afhankelijk is geweest. Of vertel dat het verlies van bijvoorbeeld uw gezichtsvermogen voor u extra ernstig is, omdat u nu niet meer kunt schilderen of de krant lezen, wat toch altijd uw grote passie was.

Ook verlies van decorum is voor artsen goed invoelbaar, zeker als u dat kunt combineren met foto's of verhalen uit het verleden waaruit blijkt dat u altijd een keurige dame of heer was. Juist de grote kloof tussen hoe u was en hoe u nu bent, kan uw arts overtuigen.

8. Pas op met behandelweigeringen

Dokters vinden het moeilijk als patiënten een behandeling weigeren die mogelijk nog zinvol was. Nog moeilijker vinden zij het als u daarna om euthanasie vraagt. Eerst wijst u iets af wat uw arts u wel wil geven, en dan vraagt u iets wat hij liever niet wil geven. Dat kan de situatie erg ingewikkeld maken. Leg daarom uit dat u lang en goed hebt nagedacht over de voorgestelde behandeling, en toon dankbaarheid voor de geboden mogelijkheid. Geef aan dat uw leven voor u is afgerond en daarom de prijs van de behandeling voor u te hoog.

Palliatieve sedatie vraagt in dit kader bijzondere aandacht. Over het algemeen hebben dokters minder moeite met palliatieve sedatie dan met euthanasie, omdat euthanasie een emotioneel veel belastender ingreep is. Als u palliatieve sedatie afwijst, is het belangrijk dat u daarvoor begrip toont en dat u

uw weigering met argumenten onderbouwt. U kunt bijvoorbeeld zeggen dat het een manier van sterven is die niet bij u past. U wilt erbij blijven, bewust zijn tot het laatste moment, omringd door uw naasten. Dat is voor u een goede dood. Benadruk hierbij dat u begrijpt dat het voor de dokter moeilijker is, maar dat dit voor u zo belangrijk is dat u daar geen rekening mee kunt houden.

9. Doe niet depressief

U kunt zich wel enigszins bedrukt opstellen, maar vermijd het uitstralen van een te treffende doofheid. Lees de typische symptomen van depressie nog eens na en zeg dus niet: dat u nauwelijks nog trek hebt in eten, dat u zich vooral 's morgens zo hopeloos voelt dat u wel zou willen huilen maar dat er nooit tranen komen, dat niets u nog interesseert, dat u geen toekomst meer ziet, dat u uw hele leven als verspild beschouwt, dat u door andermans vreugde nog dieper in de put raakt. Alleen maar niet zeggen dus, want dan gaat uw arts antidepressiva op u uitproberen.

10. Stel tijdig samen met uw arts een wilsverklaring op

Dokters leggen wilsverklaringen vaak zodanig uit dat de inhoud niet aansluit bij de actuele situatie. Om dat te voorkomen is het verstandig uw wilsverklaring samen met uw dokter op te stellen. Zoek met elkaar naar de juiste formulering. Door dit samen te doen weet uw dokter wat u bedoelt en dat u het meent. Hoe meer u uw dokter erbij betreft, hoe meer die zich persoonlijk verantwoordelijk voelt als het zover is. De dokter krijgt zo het gevoel dat uw euthanasieverzoek "bij u past" en dat u er goed over hebt nagedacht. Teken uw wilsverklaring in het bijzijn van uw arts en liefst ook nog met getuigen. Heel geschikt hiervoor zijn uw partner of kinderen.'

Tot zover de adviezen in dit citaat.

Botsende belangen van patiënt en arts

In de praktijk gaan artsen heel verschillend om met de wettelijke spelregels rondom euthanasie. De wet biedt meer ruimte voor euthanasie dan de meeste artsen benutten. Een arts kan op grond van zijn persoonlijke normen een aanvullende voorwaarde stellen die niet in de wet staat. Bijvoorbeeld: 'Ik mag bij u geen euthanasie toepassen want dan moet er een dodelijke ziekte zijn.' Die voorwaarde staat nergens in de wet. De patiënt kan hier echter niets tegen ondernemen omdat hij niet in beroep kan gaan.

De artsenorganisatie knmc schrijft dat een arts het verzoek mag weigeren vanuit 'een eigen normatief kader'.¹⁰ Dat zet het licht op groen voor 'aanvullende voorwaarden' die elke individuele arts kan stellen. Artsen wordt er wel op gewezen dat die extra 'exameneisen' niet in de wet staan. Maar de knmc zegt nergens dat extra eisen ongepast zijn in het licht van de wet. Dan is het niet te verwonderen dat burgers hun eigen weg zoeken.

Deze bevoorrechte positie van de arts komt tegemoet aan de opvatting van veel artsen dat je alleen iemand die nog maar kort te leven heeft, helpt sterven. Tachtig procent van de patiënten die euthanasie krijgen, heeft de diagnose kanker in een zeer laat stadium. Dan is de dood een kwestie van dagen of weken.¹¹

Maar wat als een ander slag 'patiënten' om euthanasie vraagt? Ouderen die hun leven als voltooid beschouwen, mensen met beginnende dementie of met een langdurig psychiatrisch verleden? De NVVE, de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde, heeft aandacht gevraagd voor mensen uit deze groepen bij wie het euthanasieverzoek zelden of nooit wordt ingewilligd, terwijl de wet daar wel ruimte voor biedt. Hun verzoek loopt vaak vast op het oordeel van arts en scenarts dat er geen sprake is van ondraaglijk lijden. Bij de 'voltooid leven'-groep en bij beginnende dementie kan het in de toekomst om grote aantallen gaan.

In de afgelopen jaren verrichtte een huisarts gemiddeld

eensinde twee of driejaar een euthanasie, meestal bij iemand met kanker in de laatste fase. Een specialist ouderengeneeskunde of een psychiater deed dat vrijwel nooit. Artsen die euthanasie toepassen, benadrukken telkens weer hoe belastend het is om iemand dood te maken. Daarom gaat euthanasie voor grote groepen nieuwe 'patiënten' ver over de grenzen van de meeste artsen heen.

Het is niet onbegrijpelijk dat artsen zich verdedigen tegen euthanasieverzoeken van mensen die geen dodelijke ziekte hebben. Bijvoorbeeld door nog een andere extra voorwaarde te stellen: 'U bent niet in de stervensfase.' Ook deze voorwaarde is door de Hoge Raad nooit gesteld en evenmin door de artsenorganisatie KNMG. Ze staat niet in de wet en staat haaks op uitspraken van de ministers tijdens de behandeling van de wet in de Tweede Kamer. Het lijkt er sterk op dat het beroep van artsen op de 'afwezige stervensfase' voortkomt uit hun tegenzin om mensen die nog jaren kunnen leven, een dodelijke injectie te geven. Dat blijkt ook uit het onderzoek door Rurup (2004): bij ouderen die 'klaar met leven' zijn, werd in 2001 ongeveer één op de honderd uitdrukkelijke en herhaalde verzoeken om euthanasie ingewilligd.¹²

De Hoge Raad heeft in het Brongersma-arrest zelf ook een aanvullende exameneis gesteld, die niet in de wet staat. De patiënt moet een 'diagnose' hebben. Euthanasie bij 'lijden aan het leven' is geen medische diagnose en mag dus niet. De Hoge Raad steunt hiermee artsen die niet willen overgaan tot euthanasie bij ouderen die 'ondraaglijk lijden aan het leven'. Na deze uitspraak stelde de KNMC de commissie-Dijkhuis in, die tegenover het Brongersma-arrest van de Hoge Raad behoedzaam stelling nam (KNMC 2004). In 2011 besteedde de KNMC uitgebreid aandacht aan dat rapport.¹³

De wet mag dus op papier duidelijk lijken, in de praktijk blijkt dat artsen de wet op hun eigen wijze aanvullen. Dit leidt tot terugkerende conflicten, vooral als er nog geen dodelijke ziekte in de eindfase aanwezig is.¹⁴

Euthanasie bij dementie

Sommigen komen er rond voor uit: 'Ik wil dementie niet tot het eind toe meemaken.' Mensen worden steeds ouder en daarmee stijgt de kans om de ziekte van Alzheimer of andere vormen van dementie te krijgen. Je geest en lichamelijke vermogens worden steeds verder aangetast.

Lijden aan het vooruitzicht diep dement te worden, is uitvoerig besproken tijdens het parlementair debat over de euthanasiewet. De ministers hebben toen gesteld dat ook deze vorm van lijden een grond kan zijn voor hulp bij zelfdoding of euthanasie. Er zijn de afgelopen jaren bij de toetsingscommissies meldingen gekomen van doktershulp bij zelfdoding in een beginfase van dementie. De patiënt kon nog goed verwoorden waarom hij wilde sterven. Al deze meldingen zijn goedgekeurd door de toetsingscommissies.

Mensen met beginnende dementie die het proces niet willen meemaken, moeten zich wel haasten. Want het vermogen je eigen situatie goed in te schatten en de mogelijkheid je helder uit te drukken, kunnen bij deze ziekte snel afnemen. En dan kan het niet meer.

Artsen hebben moeite met euthanasie bij beginnende dementie. Is het vooruitzicht van dementie heus ondraaglijk? Mag het écht? Een huisarts die een vrouw met beginnende dementie een dodelijk drankje gaf, beschrijft dat dit hem op onbegrip van zijn collega's kwam te staan. Zij 'zouden er niet aan beginnen'. Totdat de toetsingscommissie liet weten dat hij zorgvuldig had gehandeld, beleefde deze huisarts onrustige maanden.¹⁵

Veel mensen stellen bij helder verstand een wilsverklaring op, in de hoop dat een arts tot euthanasie bereid zal zijn als zij ver heen zijn. Bijvoorbeeld: 'Als ik mijn kinderen niet meer herken.' Deze wilsverklaring is rechtsgeldig.¹⁶ Maar bijna geen enkele arts in Nederland voert deze wilsverklaring uit. Waarom niet? Omdat veel artsen vinden dat een patiënt met dementie niet zichtbaar ondraaglijk lijdt en ook niet meer duidelijk kan zeggen dat het leven ondraaglijk is geworden.¹⁷

Artsen hebben weinig zin in euthanasie bij beginnende dementie

Uit interviews met 156 artsen blijkt dat slechts 19% denkt dat euthanasie bij een begin van dementie mag. Ruim de helft denkt dat het niet mag en een kwart weet het niet.¹⁸

Een voorbeeld. Een vrouw met dementie heeft eerder vastgelegd dat zij euthanasie wenst als ze haar kinderen niet meer herkent. Op een dag is het zover en zegt ze 'mevrouw' tegen haar dochter. Maar kan ze nog overzien wat een dokter gaat doen als hij met een dodelijk drankje of injectie bij haar komt? Het valt haar niet meer uit te leggen. Voor de dodelijke injectie moet je haar met fysieke overmacht vasthouden. Of, zonder dat zij dit weet, dodelijke pillen in een papje voeren. Hier wordt voor arts en verpleging een morele grens overschreden.

Anders ligt het als een patiënt met dementie aan bijkomende ziekten lijdt. Veel artsen hebben dan het beleid om, in overleg met de familieleden, deze bijkomende ziekten niet te behandelen, maar eventuele pijn intensief te bestrijden. Als dat de pijn of ander lijden niet wegneemt, zullen zij deze patiënt in slaap brengen tot de dood volgt. Dit is palliatieve sedatie en geen euthanasie. Het helpt artsen bij zo'n besluit wanneer de patiënt nog bij helder verstand een behandelverbod heeft opgesteld. Artsen moeten zich aan zo'n verbod houden.

Een diagnose in een zo vroeg mogelijk stadium is dus belangrijk. Hoe eerder, hoe beter: dan kan een patiënt met zijn arts over een eventuele doodswens praten. Die gesprekken kunnen zich over een lange periode uitstrekken. Als de arts precies weet wat zijn patiënt wil, kunnen zij samen toegroeien naar het moment van doktershulp bij zelfdoding. Maar wie te laat beslist dat het nu moet gebeuren, loopt het risico dat de arts het niet meer wil doen. Dan zult u de 'ontgeesting' tot het einde toe moeten ondergaan.

De burger met een doodswens is nog te afhankelijk

De euthanasiewet is gemaakt om artsen te beschermen, niet om burgers met een weloverwogen doodswens te helpen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat een arts die een euthanasieverzoek weigert, niet verplicht kan worden de patiënt naar een collega door te verwijzen. Hij hoort voor een goede overdracht te zorgen naar een arts die dat misschien wel wil doen. Maar of dit in de praktijk gebeurt, is onbekend. Bij de behandeling van de euthanasiewet ging de regering nog verder. De 'weigerende arts' zou ook moeten helpen contact te leggen met een collega. Dit gebeurt zelden of nooit.

Wat veel mensen niet weten: er is geen arts te vinden die een patiënt met een afgewezen euthanasieverzoek wil overnemen. Verpleeghuisarts Bert Keizer zou dat 'een engerd' vinden, maar heeft het toch één keer zelf gedaan: 'Ik vond het een vreemd avontuur. Het is alsof je zonder repeteren het toneel wordt op gestuurd in de laatste scène van een loodzwaar drama dat al veel langer gaande is.'¹⁹

Euthanasie is geen recht maar een gunst. Als het sterven nog niet nabij is, pakt dat voor de patiënt onbillijk uit: de wet biedt dan soms wel ruimte die artsen echter niet willen gebruiken.

Een voorbeeld: de vijf regionale toetsingscommissies hebben de meldingen van euthanasie bij beginnende dementie als zorgvuldig beoordeeld. Desondanks passen artsen euthanasie bij beginnende dementie nog zelden toe. De overheid is niet van plan om nieuwe wetgeving voor te bereiden die ernstig zieken of hoogbejaarden toegang verleent tot een doodspil.

Kun je de machteloosheid van de oudere of zieke burger die wil sterven, doorbreken? Met dat doel lanceerde het burgerinitiatief Uit Vrije Wil in 2010 het voorstel dat 70-plussers - na goedkeuring door twee 'deskundigen' - toegang krijgen tot een pil van Drion. Binnen korte tijd waren er meer dan honderdduizend steunbetuigingen, zodat de Tweede Kamer dit voorstel zal behandelen. Initiatiefnemer en jurist Eugene Sutorius (zie

het interview met hem in hoofdstuk 9) maakte samen met anderen een wetsontwerp voor dit voorstel. Maar zelfs als zo'n wet er ooit zou komen, wordt de burger niet minder afhankelijk. Reden: de afhankelijkheid van artsen wordt ingeruild voor die van gediplomeerde stervensbegeleiders. Het is zeer de vraag of deze deskundigen de lat om op je eigen tijd te sterven lager zullen leggen dan artsen.

Word je minder afhankelijk wanneer je zelf een dodelijke combinatie van medicijnen via internet zou kunnen kopen? Dan moet je wel weten wat je moet hebben en welke internetapotheek dat netjes aflevert. De NVVE-website geeft haar leden ruwe en onvolledige informatie over enkele dodelijke middelen, laat staan adressen van betrouwbare internetapotheken. Die moet je ook niet publiceren, want dan zijn ze morgen onvindbaar, omdat medicijnverkoop via het web op de rand van de illegaliteit balanceert. Betrouwbare adressen zijn er wel, maar je moet ze weten te vinden en daarvoor kun je bij De Einder terecht. Niet bij de NWE. Medewerkers van de Leden Ondersteunings Dienst (LOD) zijn genuilekorf: zij mogen internetadressen (als ze die al kennen) niet geven aan leden met een doodswens. De directie verbiedt dit met het argument dat justitie een proces zou kunnen beginnen (zie hoofdstuk 10). Is dat betutteling van de eigen achterban? In het interview met Chabot (hoofdstuk 11) komen we hier op terug.

Uitweg noemt meer middelen dan de NVVE-site en bespreekt nauwkeuriger wat er bij het innemen komt kijken. Sommige oud-bestuursleden van de NVVE zetten de medicijnroute in een kwaad daglicht: 'Het wordt steeds moeilijker om in Nederland aan de juiste mix van medicijnen te komen. En het internet is onbetrouwbaar. [...] Al die kinderen die de halve wereld afreizen en dan met een koffer vol pillen uit Spanje of Thailand terugkomen die maar de helft van de werkzame stof bevatten die op de verpakking staat.'²⁰ Volgens medewerkers van De Einder is dit apert onjuist. Deze stemmingmakerij verbaast omdat de NVVE een 'autonome route' naar het overlijden met medicijnen

op de agenda heeft gezet, met door farmacologen geselecteerde medicijnen en een uitgiftepunt. Een uitgiftepunt betekent opnieuw selectie door weer andere deskundigen. 'Autonoom' betekent zelfstandig en dat is echt iets anders.

Als je 'je sporen als oudere in het leven hebt verdiend', zei de jurist Tutorius, dan is afhankelijkheid van artsen ergerlijk. Niet minder ergerlijk zal de afhankelijkheid van stervensbegeleiders zijn.²¹ Minder opvallend maar even ingrijpend is de afhankelijkheid van de n we die zegt jouw belangen als oudere of zieke burger met een doodswens te behartigen, maar die geen informatie geeft op welke websites je de doodspillen tijdig en betrouwbaar kunt bestellen. Dat getuigt van weinig moed om voor de belangen van ruim honderdduizend leden op te komen. Die worden zoet gehouden met een 'autonome' route die misschien ooit iets concreets kan betekenen, maar waaraan ouderen of ernstig zieken voorlopig niets hebben. Ouderen die nu de handen niet zelf uit de mouwen steken, blijven afhankelijk van de goedkeuring van hun arts of andere deskundigen. Ouderen die de retoriek van de NVVE niet doorzién, laten zich in slaap sussen tot Alzheimer of Magere Hein zich aandient. Dan is het te laat.

Stoppen met eten en drinken

INTERMEZZO III

Anna: 'Versterven kan ik zelf

Anna (57) wil niet meer leven maar is te gehandicapt om pillen te verzamelen. Ze besluit te stoppen met eten en drinken. 'Ik snap dat ik het zelf moet doen.' Haar huisarts vindt het een belachelijk idee. En de thuiszorg? Die weet zich geen raad.

Wat het betekent om ziek en anders te zijn, leert Anna al als kind. Ze struikelt over haar voeten en sleept met haar rechterbeen. Haar hoofd staat scheef, haar handen trillen en haar vingers zijn spastisch gekromd. Klasgenootjes kunnen haar amper verstaan en op straat draaien voorbijgangers zich om.

'Gegeneraliseerde spierdystonie' luidt de diagnose. Genezing is uitgesloten, het zal alleen maar erger worden. Anna laat zich niet uit het veld slaan. Omdat ze met haar trillende handen niet kan schrijven, leert ze typen. Ze doorloopt de mavo, slaagt voor het diploma praktijkboekhouden, haalt haar rijbewijs en gaat aan de slag op een klein administratiekantoor.

'Anna had gevoel voor humor en wist met haar charme mensen voor zich te winnen/ vertelt haar zus Eveline. 'Ze zag zichzelf nooit als "invalides". Hoe moeizaam het lopen ook ging, een rollator kwam het huis niet in. "Invalides", dat

waren de anderen die gek liepen en boven wie zij zich verheven voelde.'

Haar moeder verwent haar. Ook als Anna volwassen is, blijft ze haar troetelkind. Ze laat zich dat graag aanleunen en blijft bij moeder wonen. Thuis speelt haar leven zich af in moeders kleine kring. Anna puzzelt, wijdt zich aan haar postzegelverzameling en kijkt veel tv, vooral sport.

Wanneer haar vader overlijdt, stort moeder zich met extra energie op Anna. Haar wereld krimpt verder, vervolgt zus Eveline: 'Moeder vond het beter dat Anna geen bezoek meer kreeg. Ze moest toch vaak vier keer hetzelfde zeggen, voordat mensen haar verstonden, of deden alsof/

Het gaat bergafwaarts met Anna als de nieuwe eigenaar van het kantoor kan bezuinigen door haar af te laten keuren. Na een dienstverband van dertig jaar komt ze in de WAO terecht. Anna gaat door een diep dal. Ze wordt, vanwege een depressie, gedurende twee maanden opgenomen in een psychiatrische kliniek en krijgt antidepressiva voorgeschreven. Het resultaat vindt ze niet bevredigend.

Drie jaar later sterft haar moeder aan een hartinfarct. Anna betreft een aanleunwoning in de buurt van Eveline en haar man. De zorg koopt ze zelf in. Haar zus geeft haar veel aandacht, maar 'ik kon het natuurlijk nooit zo goed doen als moeder. Dat liet Anna ook merken. Regelmatig zei ze dat ze niets meer aan het leven had.'

'Ik wil niet meer leven,' zegt Anna als haar moeder een jaar overleden is. Ze wordt opgenomen op de afdeling neurologie van een academisch ziekenhuis en krijgt een antidepressivum voorgeschreven. Met de mededeling 'Wij kunnen aan uw invaliditeit niets verbeteren', mag ze drie maanden later weer naar huis.

In de ontslagbrief schrijft de psychiater: 'Naar mijn beste weten maakt ze geen depressieve indruk. Met de beste wil van de wereld kan ik geen psychiatrie in engere zin vaststellen.' Door Anna's verlies van een baan én haar moeder is haar

eigenwaarde aangetast en het vertrouwde samenzijn verdwenen. Wil zij naar een woongroep met lotgenoten verhuizen? Anna: 'Ik ga niet bij invaliden wonen.' Ook een dagactiviteitencentrum voor gehandicapten wijst ze af.

Eén jaar later. Anna blijft de hele dag in bed. 'Ik wil dood.' Zus Eveline schakelt een psycholoog in. Die weet Anna ervan te overtuigen om opnieuw antidepressiva te gaan gebruiken. Maar zowel het middel dat ze eerder heeft gebruikt, als een ander middel geeft nare bijwerkingen. Daarom stopt Anna ermee.

Twee maanden zijn verstreken, als Anna weer uit bed komt. Het enige waar ze voor leeft, is het wekelijkse uitstapje met Eveline en haar zwager en de verzorging van Speedy, haar kanariepiet. Haar invaliditeit neemt toe, herinnert Eveline zich, 'hoewel het niet duidelijk was in hoeverre Anna daar echt last van had. Het leek eerder of Anna niets meer had om voor te leven. Ze wist niet hoe ze daar verandering in kon brengen, omdat ze altijd in dat kleine cirkeltje had geleefd: moeder en zij.' De psycholoog schrijft: 'Ze blijft eenzaam, maar dit is ook een duidelijke keus van patiënte.'

Weer een jaar later wordt ze opnieuw opgenomen. Nu vraagt Anna hulp bij zelfdoding en komt een psychiater met haar praten. Zijn diagnose luidt: 'Ernstige spierdystonie met toenemend sociaal isolement leidend tot een in eigen ogen nutteloos en uitzichtloos bestaan, waardoor suïcidale gedachten.' Vergeefs stelt hij een nieuwe poging met antidepressiva voor. Hij vindt geen duidelijke psychiatrische stoornis en mag haar dus ook niet met dwang opnemen. Hij bespreekt haar vraag om hulp bij zelfdoding met haar huisarts die dit uitgesloten acht: 'Er is geen uitzichtloos lijden en bovendien is er geen sprake van een stervensfase.'

Kort daarop weigert Anna uit bed te komen. 'De geschiedenis leek zich te herhalen,' zegt zus Eveline. 'Anna kwam alleen uit bed om naar het toilet te gaan of om koffie te zetten als ik op bezoek kwam. Speedy gaf zij trouw eten en drinken, maar zelf at zij deze keer steeds minder en vermagerde.'

‘Ik wil dood,’ zegt ze tegen haar huisarts als hij langs-
komt. ‘Kunt u mij daarbij helpen?’
‘Geen sprake van!’

Een halfjaar later weegt Anna nog geen vijftig kilo. Ze leeft op zachte kaas, yoghurt en ijs. De porties worden almaar kleiner. Omdat ze steeds in bed ligt, nemen haar spierspasmen toe. ‘Het enige wat zij nog kon, was de afstandsbediening van de tv hanteren,’ zegt Eveline. ‘Ze bleef herhalen dat ze dood wilde. Op een dag vroeg ze of ik contact wilde zoeken met een vereniging voor waardig sterven.’

Een gepensioneerd verpleegkundige van die vereniging komt op bezoek. Met veel geduld, gebarentaal en hulp van Eveline wordt haar duidelijk wat er aan de hand is. Eén: de huisarts is al een halfjaar niet meer op huisbezoek geweest. Twee: er is niets te doen aan haar invaliditeit. Drie: de psychiatrische opnames hebben geen verbetering gebracht. Vier: Anna geeft telkens aan dood te willen en maakt daarbij een volstrekt heldere indruk.

Eveline: ‘Haar huisarts wilde geen dodelijke middelen voorschrijven. Anna had dus maar één mogelijkheid: helemaal stoppen met eten en drinken. De verpleegkundige zou de huisarts vragen om voor slaaptabletten en pijnstillers te zorgen.’

Eén dag voor dat gesprek komt de huisarts bij Anna langs. Hij zegt: ‘Ik wil je laten opnemen in een ziekenhuis.’ Anna weigert. Hierdoor is de sfeer al bedorven bij het overleg van de verpleegkundige en de huisarts. De huisarts weigert Anna in haar sterfproces te begeleiden: ‘Zij is niet terminaal.’ ‘Nergens staat dat iemand terminaal moet zijn om in aanmerking te komen voor hulp bij zelfdoding,’ werpt de verpleegkundige tegen. ‘Voor het verzachten van dorst en slapeloosheid is “terminaal zijn” al helemaal niet nodig.’

De huisarts is niet te vermurwen: ‘Door een opname kan ze best nog opknappen. Ik ben niet tegen euthanasie, maar in dit geval is dat absurd. U hebt iets in gang gezet en nu

moet u het ook maar zelf afmaken.'

Met lege handen komt de verpleegkundige terug. Tot in detail bespreekt ze de problemen die zich bij stoppen met eten en drinken kunnen voordoen. Eveline en haar man willen zich volledig inzetten om Anna te verzorgen. Anna is opgelucht dat ze niet meer van haar huisarts afhankelijk is. 'Versterven kan ik zelf. Ik snap dat ik het zelf moet doen.' En tegen Eveline: 'Neem vanavond alles mee wat in de ijskast staat.'

De volgende ochtend stopt Anna met eten en vrijwel volledig met drinken. De wijkverpleegkundige leert Eveline en haar man hoe zij Anna's mond goed kunnen verzorgen. Dankzij haar bemiddeling is de huisarts op de tweede dag bereid om een kleine hoeveelheid Valium voor de nacht te geven. Voor haar pijn door de spierspasmen schrijft hij paracetamol voor, het eenvoudigste middel tegen pijn. 'Anna was teleurgesteld,' zegt Eveline. 'Zij had op een bescheiden dosis morfine gehoopt om haar laatste dagen te verlichten.' In totaal duurt haar sterfbed dertien dagen.

Hoeveel thuiszorg krijgt Anna tijdens haar sterfbed? 's Ochtends veertig minuten hulp bij het douchen en aankleden. 's Avonds vijf minuten, 'ter controle', om medicijnen te geven en haar po-stoel te legen. De medewerkers van de thuiszorg houden een logboek bij.

Dag 1. Mevrouw is vandaag helemaal met drinken gestopt. Bij erge dorst zuigt ze op een ijsklontje in een gaasje. Ik heb wat met haar gepraat, wist niet goed wat te zeggen. Moeilijke situatie doordat ze geen kanker heeft.

Dag 2. 's Avonds 1 x 5 mg Valium-zetpil.

Dag 3. Mevrouw ziet erg wit; naar het toilet geholpen. 's Avonds 2 x 5 mg Valium.

Dag 4. 's Ochtends had ze buikpijn, die goed reageerde op paracetamol. De kinderen van haar zus kwamen afscheid nemen. Anna lachte om een grapje, 's Avonds 2 x 5 mg Valium rectaal.

Dag 5. Slikken gaat moeizamer door gebrek aan speeksel. Iedere dag geeft ze Speedy eten en drinken, het enige waarvoor ze nog uit bed komt. 's Avonds 2 x 5 mg Valium.

Dag 6. Mevrouw verzwakt snel, weigert te eten en gebruikt alleen water om de mond vochtig te houden. Ze weegt nog maar 38 kilo. Vraagt om meer Valium en slaapmiddelen. In plaats van Valium kreeg ze vanavond 10 mg Temazepam in een zetpil.

Dag 7. Mevrouw was goed aanspreekbaar, wil ook overdag graag wat Valium. De huisarts is bereid haar 's morgens 5 mg Valium en 's avonds 10 mg Temazepam te geven. Mevrouw wilde voor de nacht water bij zich hebben; een beker neergezet.

Dag 8. Ze gaat achteruit, bijna geen urine meer. Zus en zwager komen twee keer per dag langs en helpen bij de mondverzorging. Het valt hen op dat Anna nooit klaagt over honger of dorst.

Dag 9. Mevrouw is te zwak om te douchen, heb haar in bed gewassen. De huisarts kwam langs en zei tegen haar: 'Als ik je nu laat opnemen, dan blijf je leven en kan alles nog in orde komen.' Hij zegt er niet bij hoe dat kan. Anna weigert opname. Ze mag van de huisarts nu ook 's middags 5 mg Valium rectaal.

Dag 10. Op aandringen van ons, haar verzorgenden, is de thuiszorg uitgebreid naar drie momenten over de dag.

8 uur: 5 mg Valium. Beker vers water neergezet op verzoek.
15.15 uur: mevrouw heeft overal pijn, zou graag morfine willen. De huisarts gebeld. Hij wil geen morfine voorschrijven, maar wel 5 mg Valium extra overdag en voor de nacht 10 mg Temazepam. Ze plaste onverwacht meer dan een halve liter, zeer donkere urine. [De oorzaak is een afbraak van spiercellen onder invloed van langdurig niet drinken. Het water dat in de afgebroken cellen zit, wordt uitgeplast. Dit wijst op onherstelbare schade aan organen, het overlijden is nu onafwendbaar.]

Dag 11. 8 uur: 5 mg Valium. Mevrouw heeft vannacht

veel pijn gehad. Ze zou graag wat morfine krijgen. Haar zus vraagt dit aan de huisarts, die opnieuw weigert. Mevrouw plaste weer een halve liter zeer donkere urine. 12 uur: 1000 mg paracetamol-zetpil. Vers water met ijs neergezet. 14.15 uur: opnieuw paracetamol gegeven. Tegen haar zwager zei ze: 'Neem Speedy maar mee naar jullie huis.' 's Avonds: Temazepam en paracetamol gegeven; nog 300 cc geplast.

Dag 12. 9.30 uur: geen paracetamol, want mevrouw had geen pijn. 17 uur: had geen pijn. Een glas vers water neergezet, dat Anna echter niet aanraakt. Voor de nacht extra Temazepam (20 mg) gegeven. Een verzorgende was voor het eerst ook 's nachts aanwezig. Anna vroeg haar zus of zij de psychiater van de Riagg niet om morfine kon vragen. Ze is nu heel erg zwak.

Dag 13. Vijf mg Valium. Niet geplast. Mevrouw heeft geen kracht meer om te zitten. Ze is goed aanspreekbaar, is alleen erg moe en wil slapen. Er zijn lijkvlekken zichtbaar op de benen. De huisarts geeft een morfine-zetpil van 20 mg. Al na 15 minuten is ze diep in slaap. Haar ademhaling is onregelmatig. Eveline merkt dat Anna erg warm aanvoelt, en legt een nat washandje op haar voorhoofd.

19 uur: mevrouw is overleden.

'Laten we het maar op een natuurlijke dood houden,' zegt de dienstdoende huisarts die het overlijden constateert. Zus Eveline belt de volgende dag naar Anna's huisarts om te vertellen hoe het is gegaan. Hij kan alleen maar zeggen: 'Dit is het meest absurde dat ik ooit heb meegemaakt.'

Eveline is te uitgeput om een klacht in te dienen bij een medisch tuchtcollege over zijn afwezigheid tijdens dit sterfbed.

Een week later komen de medewerkers van de thuiszorg samen. Sommigen vertellen hoe het besluit van Anna hen erg onzeker heeft gemaakt. 'Ook al respecteer je iemands wens, dan wil dat nog niet zeggen dat je het ermee eens

bent,' zegt de een. Een ander: 'Als ze niet drinkt, kun je haar dood niet tegenhouden, maar je wilt er ook niet aan meewerken. Het moeilijkste is datje niet weet of je haar mag troosten, want ze wil dit toch zelf.'

De leiding komt tot de conclusie dat er veel is misgegaan. Eén: de ontbrekende regie van de huisarts die aan de thuiszorg geen enkele informatie gaf over de voorgeschiedenis van Anna en hoe zij naar haar besluit was toegegroeid. Twee: intern overleg vooraf van de leiding met de verzorgenden was nodig geweest om een gedragslijn te bepalen. Drie: de leiding wist niet dat je óók bij bewust versterven, lijden behoort te verzachten. Vier: de verzorgenden hadden onvoldoende tijd om Anna's mond te verzorgen en haar bij te staan. Dat zij Anna zo weinig tijd mochten geven, ging rechtstreeks in tegen hun gevoel van goede zorg.

HOOFDSTUK 2

Stoppen met eten en drinken

Vooraf - Hoelang duurt het? - Hoe verloopt het?

- Mondverzorging - Medicijnen - De praktische
voorbereiding - Checklist

Vooraf

‘Papa heeft gezegd: “Je hoeft niet meer te eten, je krijgt boven wel wat”,’ grapt Bea (86).¹

Onze Vlaamse burens noemen het ‘afscheid van spijs en drank’, in het Engels heet het ‘refusal of food and drink’ en in het Duits ‘Sterbefasten’. Veel oude of zieke mensen vinden stoppen met eten en drinken een aanvaardbare en natuurlijke weg: geen zelfdoding. Ook bijna alle artsen melden het als een natuurlijke dood. En driekwart van de naasten zegt achteraf dat het bewust versterven een waardig einde is geweest. Het kan een bijzonder afscheid zijn, waarbij er soms tot op de laatste dag heldere en pijnvrije momenten zijn.

Als u overweegt om te stoppen met eten en drinken, komt er veel op u en uw naasten af. Wat staat me te wachten? Hoelang duurt het? Lijd ik dorst? Welke zorg is nodig? De antwoorden vindt u in dit hoofdstuk.

Al in de Oudheid kozen mensen ervoor om hun einde te bespoedigen door met eten en drinken te stoppen. Zo besloot Democritus op hoge leeftijd ‘zich uit het leven te leiden naar het licht van de zon’. Iedere dag at hij een beetje minder. Vlak voor een feest ter ere van de góden leek het of hij zou sterven, wat zijn huisgenoten die zich op het feest hadden verheugd, niet

goed uitkwam. Daarom vroegen ze hem wat minder streng te vasten. Democritus stelde daarop zijn dood uit door wat honing te gebruiken.²

Ook in India heeft ten dode vasten bij ouderen de betekenis van een overwinning van het spirituele zelf op het lichaam. Niet meer eten en (veel) minder drinken is een daad van controle over het afscheid van dit leven. Het staat in hoog aanzien.³

In de moderne westerse wereld staat bewust versterven in een kwaad daglicht. Veel mensen krijgen er afstotende beelden bij van anorexia-nervosapatiënten. Maar ook van hongerstakers of van mensen die in de woestijn verdwalen en naar water snakken. Stoppen met eten en drinken zou altijd een martelgang zijn.

Met eten kun je abrupt stoppen, maar met drinken niet. Je moet je geestelijk en praktisch goed voorbereiden. Precieze informatie is dan ook onmisbaar voor de persoon zelf en voor zijn omgeving. Dat maakt de kans op een humaan sterfbed veel groter.

Belangrijk is dat mensen er bewust voor kiezen om sneller te overlijden door niet meer te drinken. Pas dan spreken we van een zelfgekozen levenseinde door bewust versterven. De term 'versterven' kan misverstand geven, want deze wordt vaak gebruikt bij mensen met gevorderde dementie.⁴ Niet bewust, maar spontaan gaan zij steeds minder eten en drinken. Spontaan versterven hoort bij de ziekte dementie. Het kan maanden duren voor de patiënt overlijdt.

Ook bij patiënten met uitgezaaide kanker kunnen honger- en dorstgevoelens vanzelf afnemen. Zij eten en drinken op den duur bijna niets meer. Veel patiënten met kanker die naar hun einde verlangen, weten niet dat zij hun overlijden kunnen bespoedigen door met eten te stoppen en ook minder te drinken. Dankzij hun verminderde eetlust zullen zij weinig last hebben van honger en dorst.

Uit zijn ervaring met palliatieve zorg in een kliniek voor oudere psychiatrische patiënten, weet Chabot dat de arts en

de verpleging wel eens tegen elkaar zeggen: 'Als mevrouw nu stopt met drinken, is het snel afgelopen.' Maar de familie of de patiënt zelf krijgt deze informatie zelden te horen. Volgens de wet moet de arts zijn patiënt inlichten over 'de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt'.⁵ Als een patiënt het einde wil bespoedigen, mag de arts hem ook vertellen dat niet meer drinken die wens in vervulling kan doen gaan met goede mondverzorging en palliatieve zorg. Dit standpunt heeft de KNMG (2011) ingenomen.

Voor de patiënt is zulke informatie belangrijk en het is bevoogdend om hem deze te onthouden vanuit de gedachte: Voor uw bestwil geef ik deze informatie niet. De vraag of een patiënt misschien wel recht heeft op die informatie wordt door juristen in het gezondheidsrecht nog niet gesteld.

Hoelang duurt het?

Sommige mensen in het onderzoek van Chabot overleden binnen zeven dagen na het stoppen met drinken. Zij worden hier verder niet besproken. Want als het overlijden binnen zeven dagen komt, is het waarschijnlijk door een ziekte bespoedigd. En dus niet op de eerste plaats door te stoppen met eten en drinken.

Hoelang laat het overlijden op zich wachten? Gerekend vanaf het moment dat er niet meer wordt gedronken? Wie meteen ook met drinken stopt, overlijdt na één tot twee weken, en soms nog eerder, wanneer iemand al heel erg ziek is. Als u eerst met eten stopt en pas daarna geleidelijk met drinken, duurt het langer. Maar er zijn aanwijzingen dat het dan minder moeilijk is. Wanneer u niet eet, maar wel drinkt, kan het overlijden maanden op zich laten wachten. U hebt, kortom, invloed op de tijdsduur en kunt het afscheid rekken of versnellen.

Hoelang laat het overlijden op zich wachten?⁶

Duur vanaf niet-Bij een dodelijke Bij een drinken tot aanziekte ernstige ziekte het overlijden			Als er geen dodelijke en geen ernstige ziekte is
Overlijden na minder dan 7 dagen	22	18	0
Na 7-9 dagen	10	9	5
Na 10-12 dagen	10	7	4
Na 13-15 dagen	8	4	10
Na 16-18 dagen	3	0	1
Na 19-30 dagen	8	4	3
Na 31-60 dagen	0	6	2
Na meer dan 60 dagen	0	1	2
TOTAAL	61	49	27

Chabot ontdekte dat bij 40 procent van de mensen die jaarlijks bewust versterven, de diagnose kanker was gesteld. Ongeveer 30 procent had een ernstige psychiatrische en/of een zware lichamelijke ziekte. De overige 30 procent had geen ernstige ziekte, maar was oud en gebrekkig.

De meerderheid, ongeveer 70 procent, overleed binnen zestien dagen nadat zij strikt hadden gedorst. Nog eens 20 procent overleed na zestien tot dertig dagen: zij stopten van de ene op de andere dag met eten, maar verminderden het drinken geleidelijk. Enkele personen (zo'n 10 procent) begonnen met vasten en bleven nog lange tijd onbeperkt drinken. Pas na één tot twee maanden gingen zij ook minder drinken.

U hoeft, kortom, geen dodelijke of ernstige ziekte te hebben om al na zeven tot negen dagen dorsten te overlijden. De mensen zonder een ernstige ziekte die snel zijn gestorven, waren overigens wel hoogbejaard. Hoelang kan een mens het zonder vocht uithouden? Er zijn uitzonderlijke gevallen. Als

het langer dan vijftien dagen duurt, is er vermoedelijk toch nog gedronken, ook al is de persoon zelf zich hiervan niet altijd bewust. Iemand kan soms 's nachts wat drinken en dat bij het ontwaken vergeten zijn.

Hoe verloopt het?

Haast onmerkbaar voor haaromgeving vermindert Bea in de eerste week het eten en drinken. Ook daarna blijft ze af en toe kleine beetjes drinken, maar ze brengt dit al snel verder terug tot af en toe een ijslolly of een klein slokje koffie. Als er een kleinkind op bezoek komt, eet zij voor de gezelligheid een minuscuul hapje mee. Haar kinderen zijn om beurten steeds aanwezig en vertroetelen haar.

Verloopt bewust versterven mild of juist ellendig? Dit hangt van een aantal factoren af. De kans op een mild verloop wordt groter wanneer u eraan toe bent om definitief afscheid te nemen en weet wat u te wachten staat. Als een arts die informatie geeft, groeit het vertrouwen dat deze u niet in de steek zal laten. Een goede mondverzorging, kalmerende middelen en een pijnstiller als paracetamol zijn essentieel. Het kan heel vervelend uitpakken als de betrokkene, de kinderen en de arts zich niet gezamenlijk voorbereiden, zoals blijkt uit Gerda's verhaal in *Intermezzo* III.

Veel mensen zijn bang om dorst te lijden. Met de juiste maatregelen kan de dorst echter draaglijk zijn. Er zijn sterke aanwijzingen dat ouderen minder last hebben van dorst dan jongeren. De arts Stanley Terman, die niet ziek was, heeft als experiment vier dagen lang niets gegeten en gedronken. Hij had wel last van dorst, maar het bleef draaglijk. Zijn ervaringen worden straks besproken.⁷

► De eerste fase

‘Hoe weet ik nu dat ze echt niet meer wil eten?’ vraagt de dochter van Bea aan de huisarts. Hij pakt een bordje eten en biedt het aan. Bea schudt haar hoofd: ‘Ik wil het niet.’ Nu snapt haar dochter het. ‘Als moeder echt dood wil, merk ik het op die manier.’

Bewust versterven begint op het moment dat iemand niets meer eet, geen frisdranken of calorierijke sapjes nuttigt, en bijna geen water meer drinkt. Het hongergevoel verdwijnt dan na een dag of drie, als u tenminste strikt vast, dus ook geen suiker die in frisdrank zit, binnenkrijgt.

Het lichaam haalt zijn energie uit de verbranding van koolhydraten. Als je streng vast, schakelt de stofwisseling al na enkele dagen van koolhydraten op vetten over. Bij de verbranding van vetten ontstaan stoffen, ‘ketonlichamen’, die een licht pijnstillend effect hebben. Vervolgens kan er een gevoel van welbehagen of euforie ontstaan, omdat het lichaam dan stoffen aanmaakt, ‘endorfinen’, die de stemming positief beïnvloeden, zoals veel mensen hebben ervaren die een aantal dagen streng hebben gevast.

Nadat het drinken is gestopt, krijgt u alleen nog vocht binnen door het opfrissen van de mond: ongeveer 50 cc ofwel een halve theekop water. Als het mondslijmvlies uitdroogt, ontstaat dorst. Die uitdroging kunt u op verschillende manieren voorkomen (zie verder onder ‘*Mondverzorging*’), waardoor het dorstgevoel draaglijk blijft.

In de eerste fase moeten uw dierbaren instructies krijgen over goede mondverzorging, bijvoorbeeld door een palliatief geschoold verpleegkundige. Uw arts op zijn beurt moet zorgen voor genoeg pijnstillers en slaapmiddelen waarover u zelfstandig kunt beschikken: zonder drinken duren de nachten erg lang.

Als u bang bent om dorst te gaan lijden, is informatie nodig over een goede (mond)verzorging en een proefdag om te merken hoe u zich erbij voelt. Blijft u dan toch nog te angstig, dan

zult u zich serieus moeten afvragen of u er wel aan toe bent. En of deze methode bij u past.

Het is een geruststelling dat u elk moment op uw besluit kunt terugkomen. En dat gebeurt tijdens de eerste dagen niet zelden. Ongeveer één op de zes personen die bewust met drinken zijn gestopt om hun overlijden te bespoedigen, komt op dat besluit terug.⁸ Soms op aandrang van de familie die het niet met hun besluit eens is. Of omdat het stoppen met drinken bij nader inzien te zwaar valt. De verantwoordelijkheid om door te gaan ligt altijd bij u zelf. U bevestigt uw keus door het glas water, dat wordt aangeboden niet leeg te drinken.

► De middenfase

Bea drinkt nu helemaal niets meer. De huisarts komt dagelijks langs en stelt slaap- en kalmeringstabletten ter beschikking. Ze wordt zwakker, maar blijft helder van geest. De mondverzorging houdt ze, met hulp van haar kinderen, goed bij. Ze klaagt niet over dorst. Wel zegt ze: 'Sterven is moeilijk, hoor. Je moet het helemaal alleen doen. Papa helpt niet, en aan je vader of moeder heb je ook niets.'

Deze fase varieert van dagen tot weken, afhankelijk van of u nog blijft drinken. De verzorging van de mond is heel belangrijk om uitdroging van het mondslijmvlies te voorkomen. Anders kunnen er kloofjes en pijnlijke zweren met korsten ontstaan die niet meer genezen.

Aanvankelijk kunt u zelf een paar keer per uur uw mond bevochtigen met een vernevelaar (kleine plantenspuit of eau-de-colognevernevelaar). Anderen gebruiken liever een paar ijssplinters in een gaasje waarop ze kunnen zuigen. Hierbij krijg je amper vocht binnen. De omgeving moet wel alert zijn: u kunt te zwak worden om zelf uw mond goed te verzorgen. En de ervaring leert dat het mondtoilet vaak wordt vergeten tijdens de uren dat iemand alleen is.

Het bewustzijn wisselt op den duur van helder naar suf.

Door helemaal niets meer te drinken kunnen de nieren na ongeveer een week geen urine meer maken en daarom ook de stof ureum niet meer uit het bloed verwijderen. Daardoor stijgt de concentratie van ureum in het bloed en dat veroorzaakt een geleidelijk toenemende sufheid. Sommigen vinden dat best prettig en het staat een gesprekje met de naasten niet in de weg. Wie dat wenst, kan deze sufheid proberen te verminderen door een of twee glazen water te drinken, waardoor de nieren een deel van het ureum weer kunnen uitscheiden. Het stervensproces duurt dan wel wat langer, maar het is goed te weten dat u daar zelf invloed op kunt hebben.

De sufheid verstoort het afscheid nemen niet, behalve als er een ziekte bij komt met koorts. Dan ontstaat verwardheid met bewegingsonrust: iemand weet niet meer waar hij is en vergeet wat afgesproken is. We noemen dit een delier.

► De laatste dagen

Bea neemt een slaaptablet met een klein beetje water om de nacht goed door te komen. Een paar dagen voor het overlijden is zij benauwd en angstig, maar wordt dit de baas dankzij een zetpil met een kalmerend middel. Ze kan niet meer op haar benen staan en zitten is te vermoeiend. Ze ligt in bed en is te zwak om nog te spreken. Ze overlijdt 's nachts, terwijl haar zoon die bij haar waakt, even weg is om een kop koffie te maken.

Betrouwbare ooggetuigen hebben gemeld dat bij sommige mensen het bewustzijn tot op de laatste dag behouden blijft. Er zijn af en toe heldere momenten waarop zij hun dierbaren herkennen en oogcontact hebben. De meeste mensen zijn zo verzwakt dat spreken niet meer mogelijk is. Alleen door het hoofd of de ogen te bewegen, kunnen ze op vragen reageren. Het beeld doet sterk denken aan de laatste dagen van mensen met een dodelijke ziekte, maar gelukkig zonder pijn of benauwdheid. De verzwakking in deze laatste fase treedt op

doordat het lichaam zijn energie gaat halen uit de afbraak van eiwitten in de spieren of in belangrijke organen. Als iemand meer dan een week niet meer drinkt, kan dit proces onomkeerbaar worden.

Advies en morele steun van een verpleegkundige met palliatieve ervaring is essentieel. In deze laatste fase zijn het verschonen en de mondverzorging vaak belastend voor degene die gaat sterven. De omstanders op hun beurt weten niet precies wanneer het overlijden zal komen en worden onzeker of het mondtoilet nog wel nodig is, 'omdat het toch vanavond afgelopen kan zijn'.

Als er erg weinig wordt gedronken, is er bijna geen urine of ontlasting meer en geen slijm om op te hoesten. Dit is wel zo comfortabel voor de stervende, omdat de kracht hiervoor afneemt. De dood wordt veroorzaakt door te stoppen met drinken, niet door met eten te stoppen. Vanwege het gebrek aan vocht kan het hart niet meer regelmatig kloppen, zodat je in de slaap aan een hartstilstand overlijdt.⁹

► De verwerking door de nabestaanden

'Dit is een waardevolle periode in ons leven geweest, omdat wij met z'n allen voor onze moeder het vasten en dorsten draaglijk konden maken,' zegt de dochter van Bea. 'We zorgden ervoor dat het gezellig was en dat ze afleiding had. Belangrijk voor haar en onze gemoedsrust was dat de huisarts elke dag langskwam en tijd voor ons nam.'

Was iemand er werkelijk aan toe om afscheid van het leven te nemen? Dit bepaalt het verloop en daarmee ook de verwerking door de nabestaanden. Even belangrijk is de vraag of de naasten hun dierbare het einde ook konden gunnen, hem of haar konden laten gaan. De verwerking is bovendien makkelijker als de verzorging vlekkeloos is verlopen, en als de nabestaanden weten dat zij al het mogelijke hebben gedaan om het einde te verlichten.

Een dochter, zelf arts, van een hoogbejaarde chirurg die om geloofsredenen geen euthanasie wilde maar voor bewust versterven koos, schreef: 'In de twee weken dat het duurde, kon ieder van ons om beurten nog iets voor hem doen, hem afleiden door herinneringen op te halen of bij hem te blijven slapen. Zo kregen we de tijd om ernaartoe te groeien dat hij er niet meer zou zijn. Pas na deze ervaring besef ik hoe gewóón stoppen met eten en drinken eigenlijk is voor iemand die oud en zwak is.'¹⁰

Soms ontstaat het gevoel tekortgeschoten te zijn. Een dochter vroeg zich na het overlijden van haar vader af of ze de laatste tijd niet dag en nacht aanwezig had moeten zijn. Ze had de indruk dat hij eenzaam was. Pas naderhand beseft zij hoe snel het kan gaan: 'Ik had misschien tijdig openlijk met hem kunnen spreken over zijn leven en het nabije afscheid.'¹¹

Het besluit te sterven is niet eenvoudig te accepteren. Mensen kunnen nu eenmaal tegenstrijdig voelen en denken, zeker als het om het afscheid van een geliefd persoon gaat. Als het goed is verlopen, vertellen de nabestaanden dat ze er samen met de overledene naartoe zijn gegroeid. Soms in korte tijd onder druk van een snel verlopende dodelijke ziekte. Een arts die dat proces niet kan of wil volgen, wordt dan slechts over het hoogstnoodzakelijke geraadpleegd.

Bij anderen overheersen verwijten, zoals: 'Blijkbaar betekende ik niet genoeg voor mijn man om hem tot uitstel te bewegen.' Iemand kan de overledene zijn of haar 'zelfbeschikking' voor honderd procent gunnen, maar zich toch pijnlijk afgewezen voelen. Dierbaren die het groeiproces naar het afscheid niet van nabij hebben meegemaakt, zijn soms na afloop boos. Vooral als er onuitgesproken oud zeer in de relatie zit. 'Hij heeft mij geen kans gegeven om het goed te maken! Ik begrijp niet waarom dit afscheid nu al moest.'

Ongeveer één op de drie overleden personen heeft nog een partner die alleen achterblijft en zijn dagen opnieuw moet leren invullen. Het gemis van de vertrouwde gebaren en blikken heelt als je oud bent nog langzamer dan op jongere leeftijd.

Niet zelden zegt een achtergebleven partner ‘ook weg te willen, hem achterna’. Je kunt niet voorspellen welke wonden de tijd enigszins kan helen en welke niet. Pas na een jaar of twee ontstaat hier enige duidelijkheid over.

Mondverzorging

Stanley Terman (2007), een gezonde arts van 62 jaar die als experiment vier dagen niets at en dronk, schrijft: ‘Elke paar uur gebruikte ik een mondspray met een speekselvervangend middel dat mijn hele mondholte verfriste. Ook suikervrije kauwgom verfriste mijn mond. Een speekselvervangend middel in de vorm van een gel smeerde ik met een gaasje op het tandvlees en tegen het gehemelte, omdat een gel voorkomt dat de mond tijdens het slapen uitdroogt. Tandenvoetsen deed ik met een extra zachte borstel en met kindertandpasta die minder irriterend is voor het mondslijmvlies. Om mijn gezicht op te frissen gebruikte ik rozenwater of glycerine. Met vaseline hield ik mijn lippen soepel. Ik had deze eerste dagen geen neusspray en geen gel voor de ogen nodig, maar had dat wel achter de hand.’

Elke paar uur beoordeelde Terman zijn dorst op een schaal van nul: geen dorst, tot tien: extreme dorst. Zijn gevoel van dorst kwam nooit boven de vijf uit en zijn hongergevoel nooit boven de twee. Hoe kan dat? Wel, Terman verzorgde zijn mond goed. Dorst ontstaat als het mondslijmvlies uitdroogt. Kun je die uitdroging voorkomen, dan blijkt het dorstgevoel draaglijk te zijn. Dit is ook de ervaring van patiënten met kanker die in een hospice spontaan bijna niet meer aten en dronken. Zij bleven zich redelijk prettig voelen als ze op ijsplinters konden zuigen. Bovendien werden hun lippen en mondholte regelmatig bevochtigd met pufjes uit een watervernevelaar of met een gel tegen uitdroging beschermd.

Vier middelen om het dorstgevoel te verminderen

Wie stopt met drinken, krijgt alleen nog vocht binnen door het opfrissen van de mond. Daarvoor is een half glas water (50 cc) per etmaal voldoende. Die hoeveelheid krijg je binnen als je regelmatig je mond bevochtigt met een watervernevelaar: drie pufjes bevatten ongeveer 2 cc water. Een half ijsblokje in de vorm van ijssplinters in een gaasje waarop je kunt zuigen, is erg verfrissend en bevat slechts ongeveer 5 cc water. Elk uur drie pufjes en vier keer per dag een half ijsblokje, is alles bij elkaar minder dan 50 cc water. Vaker mag natuurlijk ook! Tijdens het slapen is hieraan geen behoefte.

Deze hulpmiddelen kunnen het dorstgevoel verminderen. Daarnaast moet de mond twee of drie keer per 24 uur worden gereinigd om schimmelinfecties te voorkomen. Deze infecties verspreiden een buitengewoon nare geur. Zij ontstaan als de natuurlijke mondreiniging is verstoord, omdat mensen niet meer eten en drinken en er geen speeksel meer is. De vier hieronder genoemde middelen zijn alle even belangrijk en zijn allemaal - zonder recept - bij een apotheek te koop. Van elke soort zijn meerdere merken in de handel.

1. Mond verfrissen

- ▶ een watervernevelaar (eau-de-cologneflesje of kleine plantenspuit);
- ▶ een half ijsblokje versplinterd en in een gaasje gewikkeld, waarop je kunt zuigen;
- ▶ een suikervrije ijslolly;
- ▶ om een slechte mondgeur te verdoezelen zijn er mond-sprays met een mintsmaak (twee a drie keer per dag sprayen op de tong met drie a vier pufjes).

2. Speekselafscheiding stimuleren

- ▶ suikervrije kauwgom, bij drogist of supermarkt (Bioten, V6 of Freedent).

3. Speeksel vervangen

Deze middelen voorkomen dat het mondslijmvlies uitdroogt. Bij de apotheek zonder recept verkrijgbaar:

- ▶ in spray: Saliva Orthana, werkt kort (1/2 uur);
- ▶ in gel: Biotene Oral Balance, werkt lang (6-8 uur).

4. Schimmelinfectie in de mond voorkomen

- ▶ Verwijder aanslag op het tandvlees, de wangzakken en het gehemelte met een zacht vochtig mondgaas om de wijsvinger. Doe dat vier keer per dag maar niet als iemand slaapt. Een alternatief is een gaasje dat u doopt in een 'chloorhexidine-oplossing' of in fysiologisch zout dat bij de apotheek te koop is. Of maak een mengsel van een glas lauw gekookt water met een half theelepeltje keukenzout en kamille naar smaak. Kamille is prettig bij een plakkerige mond. (De Graeff 2010)
- ▶ Gebruik een extra zachte kindertandenborstel.

Overige maatregelen

- ▶ Stoomapparaat: bij mensen die door de mond ademen, droogt de mond in de slaap uit. De verzorging kan dan een stoomapparaatje boven het bed hangen, vlak bij de mond.¹²
- ▶ Kunstgebit: als er weinig of geen speeksel meer is, gaat een kunstgebit snel irriteren. Daarom is het beter geen gebitsprothese te dragen. Als er bezoek komt, kan het gebit met een speekselvervangend middel worden ingebracht, vanwege het uiterlijk en het verstaanbaar spreken.
- ▶ Vaseline: smeer na de mondreiniging de lippen in met vaseline. Daarmee beschermt u ze tegen uitdroging en kloofjes.

Medicijnen

Moeten mensen in de loop van bewust versterven permanent in slaap worden gebracht? Bij patiënten met kanker die bewust zijn gestopt met eten en drinken, schrijven sommige artsen medicijnen voor die de patiënt tijdelijk of blijvend in slaap brengen. Dat doen zij alleen wanneer er onbehandelbare

klachten zijn. Met name bij braken, pijn of bij verwardheid met angst en onrust, een 'delier'. Soms kan men dit alleen opheffen door een patiënt blijvend in een diepe slaap te brengen, tot de dood volgt.¹³

Bewust stoppen met eten en drinken hoeft echter niet met lijden gepaard te gaan. Met een goede mondverzorging is de dorst in de meeste gevallen draaglijk te maken. Daarom is er geen reden om u continu in slaap te brengen. Dan kunt u niet meer terugkomen op uw besluit. Die mogelijkheid is juist een pluspunt vergeleken met de medicijnmethode.

Toch zijn bij bewust versterven verzachtende medicijnen onmisbaar. Pijnstillers zoals paracetamol, Diclofenac of de zogenaamde ontstekingsremmers (NSAID's), die slechts op recept te krijgen zijn. En medicijnen tegen een kortdurende angstaanval of om goed te slapen. Het is belangrijk dat u zelf over deze medicijnen kunt beschikken. Uit de palliatieve zorg is bekend dat de bestrijding van allerlei klachten vaak beter verloopt wanneer iemand het tijdstip en de dosering van de verzachtende medicijnen in eigen hand heeft. Dat vermindert de angst om onverwachts aan onbeheersbare narigheid uitgeleverd te zijn.

► Morfine en een delier

Bij hoge lichaamstemperatuur worden mensen vaak onrustig en angstig. Ze gaan verward praten en herkennen de mensen om zich heen niet meer. We noemen dit een koortsdelier. Maar ook na een paar dagen niet drinken kan zo'n delier optreden. Dit maakt het contact met naasten onmogelijk en verstoort een rustig en waardig afscheid.

Ongeveer 40 procent van de mensen die bewust versterven, krijgt morfine toegediend. Met name bij iemand die niets drinkt, wordt morfine gauw te hoog gedoseerd. Morfine heeft altijd al een zeker risico op een delier met verwardheid, angst en hallucinaties. Dat risico is groter als een patiënt niet meer drinkt.

Een delier is vaak goed te behandelen met het medicijn hal-

dol in een lage dosis. Ervaren artsen benadrukken echter dat, na enkele dagen niets meer drinken, de kans klein is dat het normale bewustzijn zich herstelt. Daarvoor zou je zo iemand eerst kunstmatig vocht moeten toedienen. Maar dat is juist in het behandelverbod verboden! De behandelend arts heeft nu nog maar één mogelijkheid om de angstige onrust te laten ophouden: de betrokkene blijvend in diepe slaap te brengen tot de dood volgt. En dat mag: een onbehandelbaar delier is door deskundigen erkend als een reden om tot palliatieve sedatie over te gaan (zie noot 13). Wie begint met bewust versterven, doet er dan ook verstandig aan met de persoon die namens u mag beslissen, de 'gevolmachtigde', en met uw huisarts te bespreken dat u instemt met palliatieve sedatie als er een delier ontstaat.

Misschien is het risico op een delier te verminderen. Hoe? Door van tevoren uit te testen hoe iemand op een lage dosis morfine reageert. We kennen leerzame voorbeelden dankzij twee hoogbejaarde artsen die, vanwege hun geloof, niet om euthanasie wilden vragen. Zij gaven de voorkeur aan bewust versterven. Een week voordat zij ophielden met drinken, probeerden zij een lage dosering morfine uit: tweemaal daags één tablet van 10 mg. Bij deze dosering bleef hun bewustzijn helder en had de morfine een positief effect op de stemming. Die dosering hoefde niet te worden verhoogd tijdens de vijftien respectievelijk zeventien dagen dat het overlijden bij hen duurde. Aanvankelijk namen zij morfine als tablet in, later werd het als injectie onder de huid toegediend.

Zoals er 'klassejustitie' bestaat, zo lijkt dit een voorbeeld van 'klassemedicatie'. Artsen die bewust gaan versterven, kunnen voor zichzelf een bevoorrechte behandeling regelen met een lage dosis morfine. Het is onrechtvaardig dat anderen die weloverwogen voor deze stervensweg kiezen, dat niet mogen uitproberen (zie *Intermezzo* III over Anna).

De praktische voorbereiding

Voordat u kunt stoppen met eten en drinken, moeten u en uw naasten het een en ander organiseren. Vanzelfsprekend kan de opsomming in dit stukje niet volledig zijn. Daarom is het belangrijk dat u dagelijks bezoek krijgt van uw huisarts en een ervaren palliatief verpleegkundige. Zij kunnen u verder adviseren als er problemen ontstaan met de uitvoering.¹⁴

► Schriftelijke behandelweigering en gevolmachtigde

Zet uw voornemen op papier, liefst in uw eigen handschrift. Als u niet meer kunt schrijven, mag u het ook op een geluids- of videoband inspreken: 'Ik wil bewust en weloverwogen sterven door te stoppen met eten en drinken. Ik weiger opname in een ziekenhuis. Ik verbied artsen om mij kunstmatig vocht door een sonde of infuus te geven. Ook andere levensreddende behandeling mag niet.'

Schrijf of zeg duidelijk de datum, uw naam en geboortedatum. Vergeet niet uw handtekening te zetten.

Op papier of videoband benoemt u een vertrouwenspersoon als gevolmachtigde: 'Mevrouw X mag namens mij beslissen als ik dit zelf niet meer kan. Ik heb haar uitgelegd waarom ik dood wil. Zij moet erop toezien dat iedereen mijn wensen respecteert, en als het nodig is een advocaat inschakelen.'

Geef een kopie van dit papier aan uw huisarts, ook als die het niet eens is met uw besluit. Als u bovengenoemde punten in uw eigen woorden opschrijft, heeft dat dezelfde juridische betekenis als een behandelweigering op een voorgedrukt formulier van een organisatie. U kunt overwegen om bij het ondertekenen van de behandelweigering een getuige mee te laten tekenen, die kan bevestigen dat u begreep wat u opschreef.

► Afspraken maken

Zorg dat er een schrift klaarligt waarin de afspraken en het verloop worden bijgehouden. U moet afspraken maken over de behandeling en verzorging met uw (huis)arts en met de (thuis)

zorg. Wie geeft die verzorging? Gebruikelijk is een (wijkverpleegkundige en verzorgenden van de thuiszorg. Natuurlijk hebben ook dierbare personen hierbij een belangrijke rol.

De huisarts hoort dit team te begeleiden. In een verpleeghuis is deze rol weggelegd voor de specialist ouderengeneeskunde, voorheen de verpleeghuisarts. Als de arts niet wil meewerken, dient deze te zorgen voor een goede overdracht aan een andere arts in de regio. Als ook dat niet lukt, kan een ervaren palliatief verpleegkundige adviseren over de palliatieve zorg. Maar voor de medicijnen blijft een arts onmisbaar.

► Mondverzorging en medicijnen van tevoren uitproberen

U krijgt straks te maken met middelen die het dorstgevoel verlichten. En met kalmerende medicijnen. Het geeft zelfvertrouwen als u de middelen van tevoren uitprobeert. Zo weet u wat goed bij u uitpakt, of juist niet.

► Matras huren tegen doorliggen

Een speciale Anti-Decubitus- of AD-matras tegen het doorliggen kun je voor het begin van bewust versterven via een thuiszorgwinkel huren.¹⁵ De beste kwaliteit matras bestaat uit verschillende opblaasbare compartimenten: een 'alpha trancell matras'. Deze geeft bescherming tegen doorliggen en biedt ligcomfort. Een enkele keer ontstaan er kort voor het overlijden toch doorligplekjes op de stuit of heupen. Het regelmatig insmeren daarvan is goed bedoeld, maar soms meer belastend voor de stervende dan hem of haar met rust te laten.

► Katheter

Is een katheter nodig? Dat hangt van de omstandigheden af. Een katheter is niet nodig als iemand nog met hulp uit bed kan komen om te plassen. Wanneer iemand daarvoor te zwak is geworden, kan een blaaskatheter helpen om de belasting door het verschonen tot een minimum te beperken. Anderen menen dat een goed absorberende luier minder ongemak geeft dan een katheter, zeker omdat er na verloop van tijd nog maar weinig urine is.¹⁶

► Darmreiniging

Na een week vasten is men te zwak om nog goed te kunnen persen. Soms ontstaat dan onrust door een dikke darm met voedselresten uit de periode dat u nog at. Een verstopte dikke darm kan verwardheid veroorzaken. Zorg er daarom voor dat u een middel in huis hebt dat de ingedikte ontlasting zacht maakt als daar behoefte aan is. Er is hiervoor op recept bij de apotheek een klysma met fosfaat te krijgen (Klyx of Colex). Een klysma kan het beste door een (wijk)verpleegkundige worden ingebracht.

Men kan ook twee dagen voor het begin van het vasten de darm reinigen met Dulcolax (op recept). Dat geeft soms wat pijnlijke krampen, maar het werkt wel veel sneller dan tevoren lactulose in te nemen, dat zonder recept verkrijgbaar is.

► Verantwoord stoppen met gebruikte medicijnen

Nadat u gestopt bent met eten en drinken, is het innemen van tabletten vaak een onnodige belasting. Onnodig, want het einde is nu nabij. Overleg daarom met uw arts met welke medicijnen u zonder probleem kunt stoppen. De medicijnen die u beter wel kunt blijven gebruiken, kunnen als zetpil of injectie worden toegediend.

Het is maar zelden mogelijk om het levenseinde te bespoedigen door met een bepaald medicijn te stoppen. Vraag uw huisarts informatie hierover.

Checklist

Voor het gemak volgt hier een geheugensteun met alle stappen kort op een rij. Stappen die noodzakelijk zijn als u thuis stopt met eten en drinken, zowel in de voorbereiding als tijdens het proces.

► Noodzakelijke voorbereidingen

1. De wens tot levensbeëindiging is schriftelijk vastgelegd met een kopie aan uw arts. Met name verbiedt u een zieken-

huisopname, vochttoediening en andere levensverlengende behandeling.

2. Er is een gevolmachtigde benoemd. Deze heeft een kopie van de brief.

3. Er zijn afspraken gemaakt met de arts over diens huisbezoek en bereikbaarheid.

4. Er is contact gelegd met een (wijk)verpleegkundige. De arts brengt deze op de hoogte. ^

5. De thuiszorg is op de hoogte van de levensbeëindiging en brengt de verzorgenden die aan huis komen, op de hoogte.

6. Er is een matras voor het comfort en ter voorkoming van doorliggen.

7. Er is een schrift waarin alle afspraken en bijzonderheden dagelijks worden opgeschreven.

8. De middelen voor de mondverzorging zijn in huis aanwezig.

9. Een fosfaatklysma voor de darmreiniging is in huis voor als het nodig mocht zijn.

► Maatregelen na het begin van stoppen met drinken

1. De familie, vrienden of andere vertrouwenspersonen die een deel van de verzorging op zich nemen, leren van de (wijk)verpleegkundige de mondverzorging uit te voeren.

2. De arts adviseert over verzachtende medicatie bij belastende symptomen, zoals angst, onrust, benauwdheid, slapeloosheid en pijn.

3. Allen weten wie zij kunnen bellen bij onverwachte klachten. Zij zijn om beurten aanwezig en bieden afleiding of er zijn' wanneer iemand wakker is.

4. De wensen van de betrokkene worden zoveel mogelijk ingewilligd en alle aandacht is gericht op zijn of haar comfort.

INTERMEZZO IV

Gerda: 'Ben ik nou nóg niet dood?'

Het sterfbed van Gerda (84) is niet waardig verlopen. 'Sommige verzorgsters kwamen na een bezoek aan haar kamer huilend de gang op,' zegt haar schoondochter. En haar zoon: 'Haar mond met blaren en korsten was niet om aan te zien.' Waarom ging het mis?

Gerda is sinds twintig jaar weduwe en uitzonderlijk vitaal. Ze staat tot haar 81ste nog wekelijks op de tennisbaan, maakt lange wandelingen met een vriendin en heeft een vaste bridgekring. 'Zij ging haar eigen weg, was wilskrachtig, maar soms ook wel dwingend,' zegt haar zoon.

Twee jaar voor haar dood neemt die vitaliteit snel af. De neuroloog stelt vast dat er in de witte hersenstof bloedinkjes zijn opgetreden, met verschijnselen van de ziekte van Parkinson als gevolg. Gerda krijgt problemen met slikken en spreken, last van trillen en een spastische linkerarm. Er is geen hoop op genezing en medicijnen geven slechts tijdelijk enige verbetering.

Als Gerda geen trappen meer kan lopen, verhuist ze naar een verzorgingshuis. Dat vindt ze verschrikkelijk. Aanvankelijk maakt ze er nieuwe kennissen, totdat de slikstoornis toeneemt en zij begint te kwijlen. Een regelrechte ramp, zegt

haar zoon: 'Mijn moeder was altijd gehecht aan een tot in de puntjes verzorgd uiterlijk. Daarom wilde ze niet meer aan de maaltijd of de bridgetafel verschijnen, want "dat kwijlen is geen gezicht". Daar kwam bij dat mensen haar steeds moeilijker konden verstaan, vooral in gezelschap. Zo begon mijn moeder te vereenzamen.'

De dag breekt aan dat Gerda alleen nog met een tillift uit bed kan komen. Haar eten wordt gepureerd, maar zelfs dan krijgt ze het met moeite doorgeslikt. 'Ze eet en drinkt zeer slecht doordat zij zich vaak verslikt,' noteert de verpleging. 'Ze kan het slijm uit de luchtwegen bijna niet meer ophoesten. Af en toe wordt ze tot stikkens toe benauwd, één keer liep zij blauw aan.' Medicijnen om het slijm vloeibaarder te maken brengen amper verlichting.

Gerda beseft dat ze alleen nog maar afhankelijker zal worden. Haar sociale isolement doordat mensen haar slechts met moeite nog kunnen verstaan, geeft de doorslag: 'Ik wil euthanasie.' De papieren van de NVVE heeft ze al een jaar in huis, vertelt haar schoondochter. 'Ze had het invullen en ondertekenen ervan steeds uitgesteld, totdat de grens voor haar was bereikt. Nadat ze opnieuw bijna in het slijm was gestikt en daar erg angstig van werd, vroeg ze mij om samen de papieren in orde te maken.'

Gerda was ervan overtuigd dat haar huisarts zou meewerken, herinnert zich haar schoondochter die erbij zat: 'Nu zij het laatste jaar telkens haar grenzen had verlegd en haar vraag om euthanasie had uitgesteld, zou haar huisarts vanzelfsprekend begrijpen dat het nu menens was.'

Maar haar huisarts weigert. Niet om principiële redenen. Hij vindt haar wilsbekwaam, dus in staat om haar situatie te overzien, en ook niet depressief. Hij weigert, omdat hij zich door haar onder druk gezet voelt. Stond zij tot voor kort niet regelmatig op de tennisbaan? Juist vanwege haar uitzonderlijk goede conditie kan zij haar handicaps niet accepteren. Bovendien, zo legt hij Gerda uit: 'Ouder worden betekent voor

iedereen wat inleveren en je aanpassen. Uw kwijlen is niets bijzonders in het verzorgingshuis. Andere oude mensen die hun speeksel in een zakdoekje moeten opvangen, komen wel aan tafel en doen mee met bridgen/ En hij kan haar best verstaan als hij met haar alleen is.

Haar huisarts snapt, kortom, niet waarom deze handicaps 'ondraaglijk lijden' voor zijn patiënte zouden betekenen. Dat er geen dodelijke ziekte in het spel is, speelt bij zijn afwijzing van haar euthanasieverzoek ook een rol. 'Als dit ondraaglijk lijden is, dan is het hek van de dam in het verzorgingshuis: hoe kan ik dan de euthanasieverzoeken van andere invalide bewoners nog weigeren?' zegt hij bij zijn vertrek tegen de schoondochter.

Gerda is woedend. Het weekend erna besluit ze te stoppen met eten en drinken, een methode die zij 'mensonwaardig' noemt. Haar zoon en schoondochter proberen haar tot uitstel te bewegen. Zonder resultaat. 'Ik stop, want de arts neemt me niet serieus en wil me niet helpen. Ik heb genoeg wilskracht om het vol te houden.'

De verpleging brengt de huisarts van haar besluit op de hoogte. Die voelt zich door Gerda gechanteerd - 'Als u me niet helpt, honger ik me wel dood' - en wordt hierdoor alleen maar gesterkt in zijn weigering.

Het verloop op basis van aantekeningen van de verpleging in het zorgdossier:

Dag 1. Mevrouw besluit alle medicijnen en eten en drinken te weigeren in de hoop snel dood te gaan. Vannacht dronk zij nog wel een glas water.

Dag 2. At en dronk niets. Plaste niet en gaf pijn aan bij de verzorging. Van de huisarts kreeg zij paracetamol-zetpillen 500 mg tot 6 keer daags. Zij wil niet meer uit bed in de stoel worden getild.

Dag 3. Weigert nog steeds te eten en te drinken. Zegt dat ze hoopt euthanasie te krijgen.

Dag 4. Ze gaf nog pijn aan. De paracetamol-zetpillen zijn verhoogd naar 1000 mg.

Dag 5. De huisarts vraagt een scen-arts om een consult, maar deze kan pas over vijf dagen komen.

Dag 6. Mevrouw gaf pijn aan. Bij het wakker worden zei ze: 'Ben ik nou nóg niet dood?'

Dag 7. Ze gaat minder reageren en krijgt blaren en korsten in de mond, die afschuwelijk stinken.

Dag 8 en 9. Geen rapportage. Haar schoondochter over deze dagen: 'Het was niet om aan te zien hoe ze erbij lag. Sommige verzorgsters kwamen na een bezoek aan haar kamer huilend de gang op.' Haar zoon: 'Ik had een kussen op haar gezicht moeten drukken, haar mond met kloven en korsten was niet om aan te zien.'

Dag 10. Bij het bezoek van de scen-arts is mevrouw niet meer verstaanbaar. De huisarts gaf Durogesic 25. Dit is morfine via een pleister.¹

Dag 11. Zij is buiten kennis. In aanwezigheid van de familie is zij overleden.

Waarom is dit sterven zo ellendig verlopen? Gerda en haar arts hadden veel eerder met elkaar over de vraag om euthanasie moeten praten. Gerda heeft niet beseft wat het doodmaken van een patiënt voor haar arts betekent. De arts op zijn beurt heeft zich niet verdiept in wat deze ziekte voor haar inhield. Voor iemand als Gerda die altijd tot in de puntjes verzorgd in het openbaar verscheen, is het ontluisterend om onverstaanbaar te spreken en te kwijlen.

De term ontluistering gebruikte de Hoge Raad in het beroemde Schoonheim-arrest uit 1984. Tijdens het debat in 2001 in de Tweede Kamer over de euthanasiewet is 'toenevende ontluistering' ook door de minister gelijkgesteld met 'ondraaglijk lijden'. Veel artsen weten dit niet. Een tijdig bezoek van een scen-arts had nog kunnen helpen. Op de tiende dag was dat zinloos, omdat Gerda niet meer tot een gesprek in staat was.

De huisarts schoot tekort in de zorg van een 'goed hulpverlener'. Hij kwam niet regelmatig langs bij een emotioneel

en fysiek pijnlijk sterfbed. Er ontstonden pijnlijke zweren en stinkende korsten in de mond. Dat wijst erop dat de mondverzorging vanaf het begin onvoldoende was.

Het is een taak van de (huis)arts om met de verzorgenden hun tegenstrijdige emoties te bespreken. Net als sommige artsen vinden ook sommige verzorgenden dat opzettelijk stoppen met eten en drinken hetzelfde is als zelfmoord. Het zit diep in onze levensbeschouwing dat dit *nóóit* mag, dat het altijd moreel 'slecht' is. Als iemand daar toch voor kiest, 'mag dat ook wel een beetje een lijdensweg zijn'. Ook als iemand hoogbejaard is en de dood als een goede vriend ziet?²

HOOFDSTUK 3

Specialist ouderengeneeskunde Bert Keizer: 'De dood is soms welkom'

'Ik heb heel wat sterfbedden meegemaakt, maar de taaie volharding die sommige medeburgers in dit boek moeten opbrengen om zich het graf in te kunnen vechten, slaat alles wat ik rond de dood heb zien gebeuren in het verpleeghuis.'¹

Bert Keizer, specialist ouderengeneeskunde, filosoof en spraakmakend publicist, vindt dat zijn collega's terecht moeilijk over de dood doen. Dat doen immers alle mensen. 'Maar van artsen mag je verwachten dat ze erkennen dat de dood in sommige situaties welkom is.' Bert Keizer begeleidde in zijn verpleeghuis meneer Ross die stopte met eten en drinken. Hier zijn verslag en commentaar.

Meneer Ross klinkt stellig: 'Ik wil niet meer.' De 84-jarige weduwnaar is opgenomen in het verpleeghuis. Zijn rechteronderbeen is geamputeerd en nu moet hij oefenen met een onderbeenprothese. Maar hij wil niet meer.

Zijn vrouw leed aan dementie en is vijfjaar terug overleden. Meneer Ross heeft haar jarenlang thuis liefdevol verzorgd, totdat ze een hersenbloeding kreeg en naar een verpleeghuis moest. Na haar dood zegt hij vaak dat hij niet verder wil leven. Nu zit Ross zelf in het verpleeghuis. Hij heeft suikerziekte, een hartkwaal, ziet slecht, is licht hardhorend en moet aan zijn onderbeenprothese wennen.

Zijn arts Bert Keizer kan zijn wens goed begrijpen. 'Enigszins tegen beter weten in overwoog ik toch de mogelijkheid van euthanasie/' zegt Keizer. 'Ik vroeg een scen-arts in consult en legde haar de situatie zo eerlijk mogelijk uit. Dat wil zeggen, dat ik mijn twijfels uitte rond de mogelijkheid van euthanasie.' De scen-arts windt er geen doekjes om: 'Dit is geen uitzichtloos lijden omdat revalidatie zeker kan lukken. Deze man wil niet verder leven, en daar heeft hij zijn redenen voor, maar die voldoen niet aan de eis van "uitzichtloos lijden" die nodig is voor euthanasie.'

Keizer: 'Ik had meneer Ross al voor het scen-consult gezegd: "Als euthanasie niet kan, zoeken we een andere weg: stoppen met eten en drinken." Maar na de afwijzing van zijn euthanasieverzoek vatte hij zijn revalidatie weer op. Tot opluchting van iedereen.'

Drie weken later weet meneer Ross het zeker: 'Nee, ik wil niet revalideren. Ik wil het echt niet.' Er volgt een familiebe raad met Ross, zijn dochter en kleindochter. Keizer legt uit dat hij kan stoppen met eten en drinken, en dat dit enig ongemak kan veroorzaken, maar dat daar ook iets tegen te doen is.

Bert Keizer: 'Ik zal je steunen en beloof dat je niet zult lijden.'

Meneer Ross: 'Hoe lang duurt zoiets?'

'Als je geluk hebt een dag of zes. Als je pech hebt langer.'

Een kort verslag van het verloop, opgetekend door Bert Keizer:

Dag 1. Ochtend - ik stop alle medicatie (ook die tegen de diabetes), behalve Normison-capsules 4 x 10 mg voor de nacht. Ik geef die in eigen beheer, zodat hij 's nachts zelf kan bepalen of hij wil slapen of niet. Hij wordt op een speciale matras gelegd tegen het doorliggen en krijgt een katheter in de blaas. Zijn familie neemt een plantenspuit mee om zijn mond zo vaak als hij wil te bevochtigen.

Dag2. De situatie uitvoerig in het team besproken. De uitleg nog eens herhaald. Het gaat tenslotte om een sterk afwijkende

gang van zaken die door de verzorgenden op een begrijpende en positief steunende wijze tegemoet getreden moet worden.

Dag 3. Meneer redt het goed op de Normison. Hij blijft overdag wakker, is goed aanspreekbaar, heeft wel een beetje dorst, maar niet onoverkomelijk. Dochter en kleindochter komen elke dag. Ze blijven een tijdlang en gaan dan weer.

Dag 4. Heeft nu wel meer dorst, maar slaapt gelukkig veel. Verzorging vanaf nu beperkt tot het allernoodzakelijkste. Dat wil zeggen niet meer wassen (meneer loost geen urine en geen ontlasting) en geen wisselgigging. Ik vertrouw maar op de speciale matras die doorliggen voorkomt. Gebitsprothese uit laten want die gaat pijn doen.

Dag 5. Ligt hele dag rustig te doezelen. Is goed te wekken. Zegt dat hij zich verveelt. Vindt dat het allemaal erg lang duurt. Wil geen muziek, tv of radio.

Dag 6. Klaagt over dorst. Daarom starten we met 4 x 10 Dormicum s.c. (injectie van slaapmiddel onder de huid). Ik leg uit dat hij nu dieper zal slapen.

Dag 7. Als gisteren eigenlijk. Af en toe wakker, wat hij onprettig vindt. Dorst draaglijk, stemming goed. Gelukkig geen tekenen van verwarring. Dormicum verhoogd naar 6 x 15 mg.

Dag 8. Dormicum gehandhaafd op 6 x 15 mg. Zuster maakt hem netjes wakker voor injectie tot onaangename verrassing van de familie. (Zuster erg onervaren, snapt niet dat meneer mag doorslapen.)

Dag 9. Begint toch een beetje door te liggen. Dat kan pijnlijk zijn, vandaar morfine 6 x 10 mg s.c. toegevoegd. Nu echt diep in slaap. Hij reageert niet meer op prikkels.

Dag 10. Toestand onveranderd. Overlijdt om 23.30 uur. Dochter en kleindochter waren er niet bij, maar zijn zeer tevreden over het verloop.

Bert Keizer: 'Ik vond wel dat het lang duurde. Tien dagen. Natuurlijk had ik stiekem gehoopt dat het korter zou duren maar het belangrijkste is dat het geen lijdensweg is geworden. Elke avond kreeg hij vier Normison-capsules van 10 mg.

een slaapmiddel, naast zijn bed, zodat meneer naar behoefte kon nemen. Dat is prettig voor een mens: er staat gewoon een bakje en je hoeft er niet bij een verzorgende om te zeuren.'

Bert Keizer vindt bewust versterven, mits goed begeleid, een humaan levenseinde. Hoewel meneer Ross met een dodelijke medicijnencombinatie beter af was geweest. 'Dat is milder. En sneller. Want het is nogal een gedoe, en dat tien dagen lang: de kinderen die elke dag moeten komen. Voor de familie is het ook een hele sjouw.' Maar: 'Het voordeel van stoppen met eten en drinken is dat de naasten zich op het sterven kunnen voorbereiden. De persoon in kwestie? Die is al voorbereid en heeft maar één wens: van het leven af te zijn.'

Zelfeuthanasie kan voor de dierbaren heel zwaar zijn, of het nu door bewust versterven gebeurt of met medicijnen. 'Ze kunnen het ervaren als een keuze tegen henzelf. Jij wilt dood, dus je kiest tegen mij. Vaak durven zij het niet eens te zeggen, want de stervende heeft het al moeilijk genoeg. Ik heb dat zelf ervaren toen een vriendin, uiteraard op goede gronden, om euthanasie vroeg en het ook kreeg. Ik ervoer dat alsof ze zei: "Aan jullie heb ik allemaal niks." Nee, ik durfde er niet over te beginnen. Ik heb het na haar dood wel eens voorzichtig gezegd tegen anderen die meteen opsprongen en zeiden: "Had jij dat nou ook?"'

Voor de verzorgenden in het verpleeghuis is bewust versterven ook 'een heel gedoe. Veel van hen zijn jong. En jonge mensen vinden de keuze voor de dood vaak krankzinnig. Daar komt bij dat ze wekenlang bezig zijn geweest met wassen, aankleden, prothese uitproberen enzovoort. En dan wil die man ineens dood! Zij vinden dat een rare streek en het voelt alsof hun werk belachelijk wordt gemaakt.' Wat dat betekent voor een specialist ouderengeneeskunde? 'Elke dag op de afdeling zijn. Eindeloos praten. Je moet de hele omgeving mee zien te krijgen.'

Meneer Ross was niet de eerste patiënt die Keizer zo begeleidde. 'Een mevrouw van ver in de 80 jaar, moeder van een

vriend van mij. Heel vitaal. Kreeg de diagnose blaaskanker, wilde die lijdensweg niet meemaken en vroeg haar uroloog om euthanasie. Die weigerde. Ze ging terug naar huis. Ook haar huisarts weigerde. Zijn argument: "Ze lijdt nog niet, dus mag het niet."

Haar zoon vroeg Bert Keizer of hij wilde meedenken. Keizer nam contact op met mevrouw en haar huisarts en stelde voor dat zij zou stoppen met eten en drinken. De huisarts was bang, herinnert Keizer zich: 'Hij vreesde dat het een lijdensweg zou worden. Uit onwetendheid. We hebben haar samen begeleid. Ook voor haar was het zeker geen lijdensweg, dankzij slaapmiddelen, een katheter en een antidoorligmatras.'

De gemiddelde huisarts durft mensen met een weloverwogen en duurzame doodswens niet aan te raden om te stoppen met eten en drinken. Keizer: 'Puur uit medische onwetendheid. Ze denken: "Dat wordt een marteling!" En in het ziekenhuis is er al helemaal geen sprake van. Daar is het infuus heilig. Zo heilig dat de stervende tot zijn laatste snik vocht toegediend krijgt.'

Daarnaast hebben veel artsen weinig op met mensen die hun levenseinde in eigen hand nemen. Dat merkt Keizer als hij op medische congressen spreekt. Hij is somberder geworden over zijn beroepsgroep. 'Ik hoor bar weinig positieve opmerkingen over stoppen met eten en drinken, laat staan over het innemen van een dodelijke combinatie medicijnen. Niet eten en drinken beschouwen artsen als zelfdoding. Sommigen stellen zelfs glashard: "Ik verrek het om mee te werken aan zelfmoord." Het is een lastige psychologische hobbel, waar niet alleen artsen last van hebben.' Maar: 'Van artsen mag je verwachten dat ze erkennen dat de dood in sommige situaties niet langer een ramp is. Een arts hoeft de dood niet altijd als een catastrofe te zien, maar als een, nou ja, "zegen", dat klinkt een beetje raar, maar toch als iets goeds. Wanneer we dat niet onderkennen, veroorzaken we veel meer leed dan dat we wegnemen.'

Medische onwetendheid, afkeer van zelfeuthanasie, en dat

is nog niet alles. Bij veel artsen bespeurt Keizer een werktuiglijke benadering van zieke mensen. 'Ze kunnen zich moeilijk inleven in hun patiënten. Dus ook niet in doodswensen. Het zit niet in de artsencultuur om mensen te troosten en hun te vragen hoe ze hun ziekte ervaren.'

Keizer wijst erop dat leerlingen met gemiddeld een acht voor de juiste vakken op het vwo niet hoeven te loten voor de opleiding. 'Kun jij je een lulliger criterium voorstellen als het erop aankomt mensen te selecteren die goed kunnen omgaan met zieken en stervenden?' Hij legt uit: 'Als een longarts in opleiding bij haar aantreden zou zeggen: "Ik wil zorgzaam zijn, patiënten met kanker de gelegenheid geven om vrijuit met mij te praten over hun ziekte, mij al hun vragen te stellen, hun verdriet te uiten, hun angst te bekennen. Ja, ik zou mensen willen troosten, en zodoende kracht willen schenken om hen te helpen hun wrede lot te dragen." Tegen zo iemand zouden de opleiders zeggen: "Lieverd, jij moet predikant worden of als je het zonder God wilt, humanistisch raadvrouw, maar vergeet alsjeblieft het dokteren.'"

Keizer hoopt dat artsen bereid zullen zijn wat scherper naar zichzelf te kijken. 'Waarom zijn we zo schichtig als het om sterven gaat? Wat hindert ons toch? Zien we niet wat voor lijden we hiermee veroorzaken? Bij zelfeuthanasie hebben artsen het gevoel dat ze mee moeten helpen bij het op touw zetten van een verkeersongeluk. Terwijl er voor de persoon zelf geen sprake is van een ongeluk maar van opzet. Kunnen we leren hier anders naar te kijken?'

Hij heeft er niets op tegen dat mensen hun sterven zelf voorbereiden en in regie nemen. Integendeel. 'Bij je geboorte heb je geen keus. Je kunt niet zeggen: "Ik heb voor deze voorstelling gekozen." Maar je hebt wel de keuze om die voorstelling te verlaten.' Keizer is voor de vrijheid om te kiezen voor zelfdoding. 'Waarbij ik wel twee absolute voorwaarden stel: het moet weloverwogen én in aanwezigheid van anderen gebeuren. Een heimelijke zelfdoding is heel wreed. Je scheurt

jezelf abrupt van andere mensen los en dat veroorzaakt veel pijn en rouw.'

Hij ziet in zelfeuthanasie een emancipatoire stap. Een nieuwe rust rond het aanvaarden van het levenseinde. 'Artsen zijn daarbij niet per se nodig. Wel mensen die het traject kennen en over de juiste informatie beschikken. Zoals welke kalmerings- en slaapmiddelen geschikt zijn. Neem het slaapmiddel Normison: een capsule waai vloeistof uitkomt als je die openknipt, zodat je geen injecties nodig hebt. Van dat soort weetjes.'

Hij vraagt zich af of het reëel is om aan te nemen dat we over tien a vijftien jaar met een generatie tachtigers zitten die het lot in eigen hand wil nemen. 'Zullen de veertigers die dan over ons dokteren gretig mee zoeken naar nieuwe wegen om je leven artsloos te beëindigen? Ik weet het niet.' Wel hoopt hij dat huisartsen zullen zeggen: 'Moeten we hier toch niet wat meer aan doen?' Keizer: 'Zo is ook de euthanasiewet tot stand gekomen. Ik hoop kortom dat artsen toeschietelijker zullen worden, zeker ook naar de dood in eigen regie.'

Maar: 'Ik werk nu 27 jaar in het verpleeghuis en krijg al 27 jaar lang te horen dat er een generatie aankomt "die dit echt niet meer neemt", waarbij je onder "dit" van alles kunt invullen. Ik wacht nog steeds op deze dramatische toename van het aantal koele mannen en vrouwen die hun levenseinde in alle kalmte zelf op humane wijze gaan regelen.'

Keizer hoopt dat de huidige patstelling wordt doorbroken: 'Nu roept een aantal mensen: "Het móét" en anderen: "Het mag niet." Elk van de beide methoden eist van de arts een moeizame rol. Als het gaat om stoppen met eten en drinken, dan voelt hij zich mogelijk gedwongen mee te doen aan een zelfdoding. Wie dat zo ervaart, is niet makkelijk van het tegendeel te overtuigen. En bij het innemen van dodelijke middelen moet de arts zich misschien soms laten gebruiken als de leverancier van een middel dat officieel niet de reputatie heeft dodelijk te zijn. Ook een beetje raar eigenlijk. We zijn hier nog lang niet uit.'

De pil van Drion in eigen hand

INTERMEZZO V

Rick: 'Treur niet, want ik ben uit mijn lijden verlost'

Op de begrafenis leest zijn zus uit Ricks afscheidsbrief voor:

'Mensen, treur niet, want ik ben uit mijn lijden verlost. Zie mij op dit moment met een glimlach op mijn gezicht.' Rick (35) leed aan ernstige multiple sclerose (MS) en beëindigde zelf zijn leven met hulp van medicijnen en omringd door zijn familie.

Rick studeert Nederlands en heeft een grote vriendenkring. Hij maakt muziek en danst de tango. Vlak voor zijn afstuderen krijgt hij moeite met lopen. Rick blijkt een vorm van MS te hebben, een ziekte van het zenuwstelsel die nog niet te genezen is. Bij hem verloopt de MS veel sneller dan bij de meeste patiënten. Heel gauw moet hij in een rolstoel, maar hij laat de moed niet zakken, zegt zijn zus: 'Rick was een strijdbaar type met een sterk ontwikkeld gevoel van rechtvaardigheid.'

Vastbesloten te gaan werken schrijft Rick sollicitatiebrieven. Hoewel hij met uitstekende cijfers is afgestudeerd, gaan alle deuren voor hem dicht zodra de naam van zijn ziekte valt. Sneller dan verwacht worden zijn oogspieren aangetast, waardoor zijn gezichtsveld heen en weer beweegt, wat dodelijk vermoeiend is. Rick vestigt zijn hoop op een oogoperatie, maar die mislukt. De eenvoudigste zaken worden een

tijdrovende klus: zich aankleden of koken voor zijn vriendin die een drukke baan heeft. Rick beseft dat zij moeilijk geïnteresseerd kan blijven in het kleine kringetje van zijn dagelijks geworstel en dat hij haar onbedoeld in de weg zit bij haar ont-plooiing. Daarom zet hij een punt achter hun relatie, maar ze blijven goed bevriend.

Ook al is het eind, wat hem betreft, nog lang niet bereikt, toch legt Rick al schriftelijk vast dat hij hulp bij zelfdoding wenst als hij niet meer zelfstandig zal kunnen wonen. Dat is voor hem een absolute grens. Hij spreekt hierover uitvoerig met zijn huisarts, die geen duidelijkheid geeft of Rick dan op hem zal kunnen rekenen.

‘Ik weet uit ervaring dat er ook andere oplossingen zijn, zoals hulpmiddelen met extra zorg,’ zegt de huisarts, ‘en ik adviseer je naar een psychiater te gaan.’ Rick had als student slechte ervaringen met psychiatrische hulp en snapt niet wat een psychiater te maken heeft met zijn weigering om ooit in een verpleeghuis te eindigen: ‘Maakt dat mij tot psychia-trisch patiënt?’

Rick ziet onder ogen dat hij in een eindfase van MS niet op zijn huisarts kan rekenen. Hij zoekt, vergeefs, een andere huisarts die tegen die tijd wel aan zijn verzoek zou willen voldoen. En verdiept zich in uitspraken van rechters. Zo ont-dekt hij dat de arts Admiraal in 1985 is vrijgesproken nadat deze een vrouw met MS een dodelijke injectie had gegeven. Zijn zus: ‘Rick vroeg zich daardoor af: “Zijn artsen nu laf, of willen ze niet weten wat de wet toestaat? Ik word niet serieus genomen.”’

Om te achterhalen met welke medicijnen hij zo nodig zijn leven kan beëindigen, zoekt hij contact met een vereniging voor waardig sterven. Een medewerkster bezoekt hem acht keer in de loop van een paar maanden en geeft de gewenste informatie. Zij biedt aan te bemiddelen tussen Rick en zijn huisarts. Maar de arts weigert om over euthanasie met ie-mand anders dan Rick zelf te praten.

Intussen kan Rick niet meer plassen en krijgt hij dag en nacht een katheter. Zijn benen zijn zo spastisch dat ze in zijn slaap over elkaar schuren, waardoor hij wonden krijgt. Daartegen draagt hij 's nachts beugels.

Thuis kan hij al spoedig zijn ontlasting niet meer ophouden en ligt 's ochtends in zijn ontlasting te wachten op de verpleging. 'De grenzen voor fatsoenlijke zorg aan huis waren nu overschreden,' meent zijn zus.

Nog eenmaal vraagt Rick zijn huisarts of deze nu op korte termijn tot hulp bij zelfdoding bereid is. Deze vraagt consult aan bij een scen-arts, die drie gesprekken met hem heeft, met als conclusie: 'Ik kan niets voor je doen, wantje huisarts wil geen hulp bij zelfdoding geven en als scen-arts mag ik dat niet van hem overnemen.'

Rick is verbaasd. Heeft de huisarts soms tegen de consulent gezegd dat hij geen hulp wil geven? Waarom schakelt hij dan toch nog een scen-arts in? Om hem aan het lijntje te houden? Waarom zegt de consulent dat zij het niet mag overnemen? Had zij hem wél hulp bij zelfdoding verleend, wanneer zij zijn huisarts was geweest? Heerst er in Nederland willekeur?

Ongebruikelijk snel slaat de ziekte verder toe. Rick wordt kortademig, omdat de verlamming zich uitbreidt naar enkele borstspieren. Hij spreekt moeizamer en krijgt moeite om een bekertje water naar zijn mond te brengen. Tot overmaat van ramp laat hij een heet bord uit de magnetron op zijn borst vallen, zodat een brandwond ontstaat. Zijn huisarts houdt voet bij stuk: 'Laat je opnemen in een verpleeghuis.'

Nu is de maat vol. Rick vraagt enkele vrienden om in het buitenland medicijnen aan te schaffen die in combinatie dodelijk zijn. Maar niemand is hiertoe bereid. Ten einde raad maakt hij een plan om in zijn elektrische rolstoel bij een stille spoorwegovergang voor een trein te parkeren. Maar wat als hij daarbij alleen zijn armen of benen verplettert? Dat noodplan stelt hij uit.

Met de medewerkster van de vereniging voor waardig

sterven bespreekt hij zijn wanhoopsoplossing. Zij neemt contact op met een gepensioneerd arts, aan wie zij de situatie uitlegt. Een maand later krijgt Rick via de post een pakje zonder afzender: een doosje met honderd pillen en een getypt briefje: 'Dit is een dodelijke dosis chloroquine. U moet nog wel zelf twee soorten slaapmiddelen hierbij zien te krijgen, anders is het geen milde dood.' Een maand later heeft hij die slaappillen ook in huis: een deel van zijn huisarts en een deel van een vriend. Tegenover beiden had hij over slapeloosheid geklaagd. Zijn zus denkt dat ze wel konden vermoeden dat Rick hiermee een ander plan had. Hij is opgelucht, want 'ik ben nu voor mijn dood niet meer afhankelijk van een arts'. Zijn zus beseft dat hij elk moment de pillen kan innemen: nu hij al moeite met spreken heeft, zal hij binnenkort niet meer goed kunnen slikken. En dan is het voor een zelfdoding met medicijnen te laat.

Op proef in het verpleeghuis

Op aandringen van familie en vrienden laat Rick zich overreden om op proef enkele weken in een verpleeghuis te wonen, waar ook wat 'jongere' bewoners van rond de vijftig verblijven. Het experiment mislukt: 'Ik kan met geen van de bewoners een behoorlijk gesprek voeren. Hier kan ik nog één of meer jaren alleen maar wachten tot ik tussen zes plankjes de deur uitga. Dat vooruitzicht maakt me woedend.'

Toch voelt zijn zus zich overvallen als hij haar op een avond belt met: 'Ik wil er een eind aan maken. Ben je bereid erbij te zijn om mijn hand vast te houden, zodat ik niet alleen ben?'

'Ja, maar niet deze week.' Ze wil eerst met de huisarts en de gezinsleden overleggen.

Rick vraagt ook drie intieme vrienden of ze bij zijn sterfensuur willen zijn. De een weigert, de tweede vraagt om uitstel, de derde zegt dat hij misschien de politie zal bellen. Rick schakelt direct de medewerkster in met de vraag of zij

deze vriend op andere gedachten wil brengen. Dat gebeurt.

Zijn zus belt de huisarts: 'Grijpt u in?'

'Nee, ik grijp niet in, want als hij dit wil, is dat zijn zaak.

Of u de politie wilt bellen, is uw verantwoordelijkheid.'

Die week krijgt ze, net als zijn ouders en broer, een telefoontje van Rick: 'Ik ben begonnen met de antibraakmiddelen. Ik ga de pillencocktail overmorgen innemen. Ik hoop dat je wilt komen.' Zijn zus schrikt, hoewel ze het ook wel had verwacht: 'Hij had al vaker gezegd: "Als ik wil stoppen, heb ik niemand iets uit te leggen. Dit is mijn leven!"'

De volgende dag blijken ook zijn ouders en broer, los van elkaar, te hebben besloten dat ze bij hem zullen komen. Voor zijn moeder is dit het zwaarst; al heeft Rick vaak over de mogelijkheid van zelfeuthanasie met haar gesproken, het bleef voor haar toch theorie. Een van hen verwoordt wat de anderen denken: 'Ik ben het niet met zijn besluit eens, maar ik hoef het daar ook niet mee eens te zijn. Want het is zijn keus.' Zijn zus: 'Toen ik bij hem thuis kwam, bleek hij vastbesloten om nu door te zetten. Hij toonde de "zware pillen" die hij in huis had, en legde uit dat een plastic zak over zijn hoofd daarbij niet nodig was. Steeds benadrukte hij dat niemand hem mocht helpen bij het innemen van de pillen. Hij was bang dat hij ons daardoor in de problemen zou brengen.'

Het hele gezin zit om hem heen. Ricks opgewekte stemming werkt aanstekelijk: 'Ik voel me heerlijk najaren geploeter, zoals ik me vroeger voelde als ik eindelijk op vakantie ging.' Ze praten over koetjes en kalfjes, terwijl Rick muziek draait van zijn favoriete soulzangeres.

Dan komt het moment dat Rick zijn zus vraagt om hem in bed te helpen. Vervolgens gaat ze in de kamer ernaast bij de anderen zitten. Rick wil dat de deuren tussen beide kamers open blijven. Ze ziet Rick met zijn stuurloze, wapperende handen bezig met een kommetje vla en een fles cognac. Even later roept hij haar bij zich: 'Het is klaar. Wil je me recht leggen? Ik word erg moe. Wil je de anderen vragen één voor één bij me te komen?'

Om beurten houdt ieder even zijn hand vast. Zijn zus komt als laatste. Ze legt haar hand op zijn voorhoofd. Hij kijkt haar rustig en blij aan: 'Jullie mogen echt niks doen. Het kan wel lang duren, maar bel de dokter pas als ik dood ben. Blijf je in de buurt?'

Het wordt heel stil in de kamer. Allen horen hem ademen. Geluiden van buiten, spelende kinderen, een auto, dringen in de kamer door. Plotseling doet Rick zijn ogen open, pakt de telefoon naast zijn bed en belt de buurvrouw: 'Wil je je zoon-tje vragen binnen te komen? Hij maakt buiten zoveel lawaai.' Kort daarna lijkt hij te slapen. Zijn ademhaling wordt geleidelijk dieper en stopt na anderhalf uur. Hij wordt lijkleek.

'Pas een halfuur later belde ik de huisarts, die de lijk-schouwer waarschuwde,' zegt zijn zus. 'Al snel liepen er vijf politieagenten door het huis die overal foto's maakten. Een rechercheur las de euthanasieverklaring en de behandelweigerings die Rick naast zijn bed had gelegd.' De rechercheur belt met de huisarts die hem vertelt dat hij van Ricks plan op de hoogte was en geen reden had gezien om dit met dwang te verhinderen: 'Zelfdoding dooreen wilsbekwaam persoon is volgens de Nederlandse wet niet verboden.'

De burens zien de politieauto's en komen vragen: 'Hij heeft het toch niet met een plastic zak hoeven doen?' De volgende ochtend worden alle gezinsleden afzonderlijk op het bureau verhoord. Zijn zus voelt zich daardoor niet belast: 'Wij werden niet behandeld als verdachten van een misdrijf. De rechercheur was correct en vriendelijk. Hij wilde precies weten wat elk van ons had gedaan en gezegd. Ik had niets te verbergen. Dit was geen gewone dood. Onderzoek of er een misdrijf in het spel was kan geen kwaad.'

Alle gezinsleden waren blij dat Rick hen met zijn besluit min of meer had overvallen. Bij nader inzien leek de last groter om te weten dat het over een paar weken zou gaan gebeuren. Zorgzaam als hij was, heeft hij hen slapeloze nachten bespaard.

HOOFDSTUK 4

De medicijnmethode

Vooraf- Draaiboek voorbereiding - Draaiboek uitvoering
- De meldingsbrief

Vooraf

‘Zelfeuthanasie drukt een stil protest uit tegen de grote afhankelijkheid van een arts om op je eigen tijd te mogen sterven. Nu artsen meer kennis en macht hebben gekregen om een goede dood te bevorderen, is het voor leken aantrekkelijk om die kunst van hen af te kijken en zelfstandig toe te passen.’¹

Zelfeuthanasie met medicijnen. Dat is het thema van hoofdstuk 4 en 5. Deze methode lijkt als twee druppels water op euthanasie. Bij euthanasie brengt een arts de patiënt door een eerste injectie in een diepe slaap en geeft hem daarna een tweede injectie met een middel dat de adem doet stokken. Bij zelfeuthanasie neemt iemand twee soorten medicijnen in: een slaapmiddel en een dodelijk middel. Het eerste geeft een diepe slaap. Het tweede zorgt ervoor dat de adem of het hart stilstaat. Dezelfde volgorde dus. Eerst inslapen, daarna overlijden.

Er komt veel kijken bij de medicijnmethode. Alleen al het verzamelen van de medicijnen is een heel karwei. Toen regering en parlement in 1865 met de wet op de artsenijbereidkunst de arts de sleutel van de medicijnkast overhandigden, kon niemand de gevolgen hiervan voorzien. Opium bijvoorbeeld, sinds mensenheugenis behalve medicijn ook ‘vrijetijdsdrug’,

kon opeens niet meer bij de drogist worden gekocht.²

De toegangscode tot de medicijnkast is zo ingewikkeld dat impulsieve zelfdodingen met medicijnen meestal mislukken. De mensen die de medicijnmethode grondig voorbereiden, zijn doorgaans hoger opgeleid dan degenen die bewust stoppen met eten en drinken. De reden ligt voor de hand. Het verzamelen van de medicijnen is een hele opgave. Een oudere heeft vertrouwenspersonen nodig om de drempels te nemen die de samenleving opwerpt tegen dit waardig levenseinde zonder hulp van een arts.

Ook is uit onderzoek bekend dat de medicijnmethode vrijwel uitsluitend in huiselijke kring plaatsvindt. De reden? Als een verpleeghuisbewoner zegt dat hij een dodelijke voorraad medicijnen heeft verzameld, zal die hem zonder pardon worden afgepakt, want 'zo iemand is een gevaar voor zichzelf.

De voorbereiding kost tijd en moet grondig gebeuren. Zo ook de uitvoering. Elke stap moet met zorg worden gezet. Wie impulsief of nonchalant handelt, neemt een groot risico: óf de zelfeuthanasie mislukt, óf ze zal niet humaan verlopen.

Wat moet u tijdens de voorbereiding en uitvoering weten en doen? In dit hoofdstuk staan antwoorden op vragen als: hoe komen mensen aan de medicijnen? Wat is 'gewenning' en waarom is ontwenning van bepaalde medicijnen noodzakelijk? Hoe voorkom je dat je in het ziekenhuis wakker wordt? Gewapend met deze kennis leest u in hoofdstuk 5 welke medicijnen, in de juiste combinatie en dosis, dodelijk zijn.

► Waarschuwing

Lees dit hoofdstuk van begin tot eind, voordat u aan hoofdstuk 5 begint. We hebben een checklist 'voorbereiding' en een checklist 'uitvoering' gemaakt. Maar als u alleen maar deze leest, mist u informatie en kan de zelfeuthanasie mislukken. De informatie in hoofdstuk 4 en 5 luistert bijzonder nauw. Wijk hier niet van af.

Draaiboek voorbereiding

► Gesprekken

Blijf niet in uw eentje rondlopen met het plan dat u uw leven wilt beëindigen. Neem iemand in vertrouwen. Dat kan een intieme vriend(in) zijn, een buitenstaander of een hulpverlener die niet van uw wens schrikt. Samen kunt u uitzoeken of de keuze voor de dood niet voorbarig is. Ziet u andere mogelijkheden over het hoofd? Zijp er dingen waardoor uw situatie minder uitzichtloos wordt en uw leven toch weer zin krijgt? Het is het meest onherroepelijke besluit van uw leven.

In de adressenbijlage achter in dit boek ziet u waar u in Nederland en Vlaanderen over uw doodswens anoniem en online kunt praten. Ook telefoongesprekken zijn mogelijk. Spreek ook met een hulpverlener die ervaring heeft in het begeleiden van mensen met een doodswens. Dat kan uw huisarts zijn, een geestelijk raadsman of een psychotherapeut. Soms is de vertrouwensrelatie met de arts beschadigd, omdat deze een zelfgekozen levenseinde veroordeelt. Een andere keer is een arts of hulpverlener niet goed op de hoogte van wat daarbij komt kijken. In die gevallen kunt u terecht bij een consulent van Stichting De Einder.

De gesprekken met een vertrouwenspersoon zijn na uw overlijden belangrijk voor de naasten. Hij of zij kan aan uw familie en vrienden uitleggen waarom u geen andere uitweg meer zag. Voor de verwerking van hun verlies is dat belangrijk. Voor uzelf is het belangrijk dat een vertrouwenspersoon kan voorkomen dat u voortijdig gevonden wordt en in het ziekenhuis ontwaakt. Daarover later meer.

► Welke medicijnen zijn nodig?

Als uw besluit vaststaat, rijst de vraag welke middelen nodig zijn. Vier groepen medicijnen kunnen in de juiste dosis dodelijk zijn: opiaten (vooral in gebruik als pijnstiller), bepaalde antidepressiva, chloroquine (tegen malaria of bij reuma) en barbituraten (een sterk soort slaapmiddel). U zult een keuze uit één van deze vier dodelijke middelen moeten maken, af-

in

hankelijk van uw mogelijkheden om één ervan te bemachtigen. Informatie hierover vindt u in hoofdstuk 5.

Deze vier groepen medicijnen zijn ieder op zichzelf dodelijk zónder toevoeging van een slaapmiddel. Waarom is een slaapmiddel dan nog nodig? Als u een dodelijk middel inneemt, zult u overlijden doordat het hart ophoudt met kloppen of doordat de adem stopt. Dan ontstaat pijn of benauwdheid. Daarom hebt u naast een dodelijk middel ook slaapmiddelen of benzodiazepinen nodig. Deze hebben twee belangrijke eigenschappen. Ze geven een zo diepe slaap dat u de hart- of ademstilstand waaraan u overlijdt, niet kunt ervaren. Bovendien onderdrukken ze de bijwerkingen van dodelijke middelen, zoals spierkrampen of epileptische aanvallen. Sommige barbituraten geven een zo diepe en langdurige slaap dat een slaapmiddel erbij niet nodig is.

Op de laatste dag voor de zelfeuthanasie moet u de maag tot rust brengen om te voorkomen dat u alle ingenomen pillen weer uitbraakt. Daarvoor is een antibraakmiddel van belang.

► Dodelijke dosis en lichaamsgewicht

De dodelijke dosis die bij ieder medicijn wordt vermeld, geldt voor personen met een gewicht van tussen de zestig en de negentig kilo. Wie meer dan negentig kilo weegt, moet de dodelijke dosis met 20 procent verhogen; boven de 100 kilo met 40 procent. Wie minder dan zestig kilo weegt, kan de dodelijke dosis met 10 procent verlagen. Dit geldt ook voor slaapmiddelen en antibraakmiddelen.

► De slaapmiddelen of benzodiazepinen

Naast een dodelijk medicijn zijn dus ook slaapmiddelen nodig uit de groep van de benzodiazepinen. In Nederland zijn ruim twintig verschillende benzodiazepinen op de markt. Sommige worden voorgeschreven tegen slapeloosheid, andere tegen angstige spanning. Zij zijn volgens artsen veilig, omdat ze zelfs in hoge dosis niet dodelijk zijn.

U kunt echter niet zomaar een benzodiazepine verzame-

len. Elk benzodiazepine heeft verschillende eigenschappen, die niet altijd geschikt zijn om langdurig diep te slapen. Bij de meeste dodelijke medicijnen hebt u een slaapmiddel nodig waardoor u lang slaapt: een 'doorslaper'. Bij andere dodelijke middelen is ook een middel nodig waardoor u snel slaapt: een 'inslaper'.

Bij gebruik van twee benzodiazepinen, een doorslaper en een inslaper, beide in hoge dosis, treedt de dood mogelijk ook eerder in. Daarom kunt u ze het beste alle twee verzamelen, maar noodzakelijk is dit niet. Vergeet niet dat u in elk geval een doorslaper nodig hebt.

► Lang werkende slaapmiddelen: doorslapers

Gebruik één van de drie lang werkende slaapmiddelen. In de aanbevolen dosering geven zij ongeveer 48 uur een diepe slaap. Het inslapen komt na 30 tot 60 minuten.

► flurazepam (Dalmadorm) 500 mg, dat wil zeggen 34 tabletten van 15 mg of 17 van 30 mg.

► diazepam (Valium) 500 mg, dat wil zeggen 250 tabletten van 2 mg, 100 van 5 mg of 50 van 10 mg.

► flunitrazepam (Rohypnol) 20 mg, dat wil zeggen 20 tabletten van 1 mg of 10 van 2 mg.

Let op: Rohypnol is het meest giftige benzodiazepine. Omdat het onder de Opiumwet valt, is het moeilijk te verzamelen. In combinatie met alcohol kan het in grote hoeveelheid dodelijk zijn, maar onzeker is hoeveel daarvoor nodig is. Het geeft snel én zeer langdurig een diepe slaap.

► Snel werkende slaapmiddelen: inslapers

Gebruik één van de vier snel werkende slaapmiddelen:

► midazolam (Dormicum) 150 mg: 20 tabletten van 7,5 mg of 10 van 15 mg.

► flunitrazepam (Rohypnol) 20 mg: 20 tabletten van 1 mg of 10 van 2 mg.

Wanneer midazolam of flunitrazepam niet te verkrijgen zijn, gaat het ook met:

- lorazepam (Temesta) 25 mg: 25 tabletten van 1 mg of 10 van 2,5 mg.
- temazepam-in-opgeloste-vorm (Normison) 400 mg: 40 capsules van 10 mg of 20 van 20 mg.

De lang werkende slaapmiddelen moeten tegelijk met het dodelijke middel worden ingenomen. Pas daarna mag u het snel werkende slaapmiddel innemen. Zie verder bij het *Draaiboek uitvoering*.

Let op: oxazepam (Seresta) is geen inslaapmiddel en het kan ook zeker de lang werkende slaapmiddelen niet vervangen. Als aanvulling op bovenstaande middelen kan het van nut zijn.

▸ Antibraakmiddelen

De hoeveelheid tabletten van het dodelijke middel en van de slaapmiddelen is zo groot dat de maag kan gaan protesteren in de vorm van misselijkheid en braken. Daarom hebt u ook een antibraakmiddel nodig. Dat maakt de maag sneller leeg en u krijgt minder last van een vol gevoel of van misselijkheid.

Twee antibraakmiddelen worden aanbevolen.

- Eerste keus: metoclopramide (Primperan). Vijf tabletten van 10 mg of 5 zetpillen van 20 mg.

Schema van innemen: Start ongeveer 24 uur tevoren met 2 tabletten van 10 mg of één zetpil van 20 mg. Neem daarna om de acht uur een tablet van 10 mg óf een zetpil van 20 mg. Neem het laatste tablet of de zetpil ongeveer een uur voor de dodelijke medicijnen in.

Metoclopramide is alleen op recept te krijgen. Het heeft soms slaperigheid als bijwerking. Dan lopen mensen het risico dat de juiste uitvoering van de zelfdoding in gevaar komt. Test daarom tijdens de voorbereiding uit of u van 10 mg metoclopramide suf wordt.

- Tweede keus (als metoclopramide niet te verkrijgen is of

sufheid veroorzaakt): domperidon (Motilium): 5 tabletten van 10 mg of 5 zetpillen van 60 mg.

Het schema van innemen is hetzelfde als bij metoclopramide. Domperidon is zonder recept verkrijgbaar bij apotheken. Omdat zetpillen minder goed in het bloed worden opgenomen, moet de dosis hoger zijn.

Gebruik geen medicijnen tegen reis- en wagenziekte. Deze medicijnen, zoals cinnarizine (Primatour), zijn bij de drogist te koop en werken tegen misselijkheid op zee, omdat zij het evenwichtsorgaan dempen. Maar zij werken niet tegen de misselijkheid die veroorzaakt wordt door belasting van het maag-darmkanaal met een grote hoeveelheid pillen. Bovendien kun je er slaperig van worden.

► Het verzamelen

Bij het verzamelen van medicijnen moet u weten dat ieder geneesmiddel twee namen heeft. Eén naam is ontleend aan de chemische stof: de stofnaam. Deze naam is in alle landen hetzelfde en daarom gebruiken we in dit boek overal de stofnaam van een medicijn. Daarnaast heeft elk medicijn verschillende merknamen waaronder het in de apotheek wordt verkocht. Die merknamen kunnen in elk land weer anders zijn. De merknamen in enkele Europese en Engelstalige landen vindt u in de tabel in de achterkast van dit boek. Voor het gemak van de lezers geven we soms tussen haakjes achter de stofnaam (bijvoorbeeld: diazepam) ook een van de merknamen (Valium), waaronder diazepam in Nederland wordt verkocht.

Hoe kom je aan de medicijnen?

Overzicht hoe de dodelijke medicijnen zijn verkregen (gegevens van 78 mensen)³

Van arts of apotheek in het buitenland	35%
Van de eigen arts die wist van het plan tot levensbeëindiging	22%
Van vriend of familie	16%
Via internet of de zwarte markt	11%
Onbekend	16%
totaal	100%

Het verzamelen van een slaapmiddel is vaak niet zo moeilijk, omdat deze veel worden voorgeschreven tegen slaapstoornissen en bij spanning of angst. Maar als het gaat om het verzamelen van de dodelijke middelen uit hoofdstuk 5, is het een ander verhaal.

Het blijkt dat mensen verschillende wegen bewandelen om daaraan te komen. Sommigen vragen hun huisarts om de middelen in kleine porties voor te schrijven. Bij één op de vijf overledenen was een arts in Nederland hiertoe bereid. Uitsluitend in schrijvende gevallen. Bijvoorbeeld als de patiënt de medicijnen onmogelijk zelf kan verzamelen. Een huisarts meende dat aan de zorgvuldigheidseisen voor euthanasie was voldaan, terwijl de scen-arts vond van niet. Daarna schreef deze huisarts de dodelijke medicijnen in kleine porties voor.

In zulke gevallen geven artsen geen openlijke hulp. Ze nemen evenmin de verantwoordelijkheid voor het overlijden en zijn ook niet aanwezig. Soms melden zij het overlijden als een natuurlijke dood, soms als een zelfdoding. Deze artsen willen er niet voor uit te komen dat zij de doodswens ondersteunen, ook al is er niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. Daardoor blijft hun hulp onzichtbaar.

Andere mensen kopen de medicijnen in het buitenland. In veel derdewereldlanden zijn medicijnen zonder recept te koop.

Maar omdat er geen controle is, zijn ze soms nep. Daarom kan men het beter dichterbij huis zoeken. In verschillende Europese landen kun je in sommige apotheken medicijnen kopen als je de juiste naam noemt waaronder het medicijn in dat land bekendstaat (zie de tabel). Een 'medicijntoerist' had de plaatselijke naam en het aantal milligram per tablet op een briefje geschreven en liet dat aan een apotheker lezen. Deze bleek het medicijn niet in voorraad te hebben. Een dag later lag het klaar. Is er toch een recept nodig, dan bezoeken medicijntoeristen een plaatselijke arts met de vraag om een bepaald medicijn. Als iemand niet meer zelf kan reizen, zijn vrienden of familieleden soms bereid voor 'Morpheuskoerier' te spelen. Morpheus was bij de oude Grieken de god van de slaap. Zij shoppen tijdens hun vakantie de medicijnen bij elkaar.

Chloroquine en allerlei slaapmiddelen worden zonder recept in landen in Zuid- en Oost-Europa verkocht. Zelden wordt gevraagd waarvoor iemand het medicijn wil gebruiken. Wanneer je de medicijnen in een officiële apotheek in een Europees land koopt, is er weinig reden om te twifelen aan de inhoud van de strips.

Ook het internet biedt veel mogelijkheden. Via buitenlandse websites kun je zonder recept aan allerlei medicijnen komen. Het bedrijf achter de internetapothekers bevindt zich vaak buiten de Europese Unie. De middelen worden per post toegestuurd. In dit boek geven wij geen internetadressen, omdat die uit angst voor justitie regelmatig verdwijnen en onder een andere naam weer opduiken.

Maar zijn medicijnen via het internet wel betrouwbaar? Medicijnen die je in een derdewereldland of via internet koopt, bevatten niet altijd de chemische stof die op de strip staat. Dit geldt vooral voor lifestyle-middelen, zoals Viagra of afslankmiddelen. De in dit boek besproken medicijnen zijn echter geen lifestyle-middelen. Consulenten van De Einder kunnen in een persoonlijk gesprek informatie geven over betrouwbare internetadressen. De NVVE geeft deze adressen niet.

Wie twijfelt aan de inhoud van een medicijnstrip, kan een

apotheker vragen om deze in een laboratorium te laten onderzoeken. Zo'n onderzoek kost tijd: minstens vier weken, en geld: honderd euro of meer. Onderzoek naar een middel dat onder de Opiumwet valt, zoals een barbituraat, zal door een laboratorium worden geweigerd.

► Hoe bewaar je de middelen?

Hoelang blijven de medicijnen goed en hoe moet je ze bewaren? Op de verpakking staat tot wanneer je de medicijnen kunt gebruiken. De fabrikant garandeert daarmee dat ze tot die datum werkzaam zijn.

Bewaar de middelen in het donker, in een goed afgesloten glazen flesje of in een speciale container of doos die te koop is bij de apotheek. Er mag geen vocht bij komen. Droog en in het donker bewaard zijn de besproken medicijnen zeker tien jaar houdbaar. Daarna neemt de werkzaamheid elke tien jaar met ongeveer 10 procent af. Verhoog daarom na tien jaar de dosis met 10 procent, na twintig jaar met 20 procent, enzovoort.

U hoeft geen vochtwerende korrels in het flesje te doen. Bewaren in de koelkast verlengt de houdbaarheid niet en is bovendien riskant. Iemand anders kan de middelen voor een impulsieve zelfdoding uit de koelkast wegnemen. Leg de middelen dus op een veilige plaats, bij voorkeur in een kluis of op een goed verborgen plek waar anderen niet bij kunnen.

► Behandelverbod en gevolmachtigde

U kunt na het inslapen worden gevonden en in allerijl naar het ziekenhuis worden gebracht. Schrijf daarom een behandelverbod, waarin u verbiedt dat men u naar het ziekenhuis brengt en uw leven probeert te redden (zie hoofdstuk 2). Met name kunt u een maagspoeling, een infuus, beademing en sondevoeding verbieden. Uw verklaring is rechtsgeldig als uw naam er duidelijk op staat met de datum en uw handtekening. Dit behandelverbod legt u duidelijk zichtbaar neer. Zie verder *'Mag ik een levensreddende behandeling weigeren?'* in hoofdstuk 8.

► 'Aflekken' van medicijnen

Misschien gebruikt u een of meer van de medicijnen die u voor zelfeuthanasie wilt gebruiken, bijvoorbeeld een opiaat vanwege pijnklachten. Wil de zelfeuthanasie slagen, dan moet u eerst een paar weken met alle opiaten stoppen, 'ontwennen' of afkicken.

Bepaalde medicijnen worden bij regelmatig gebruik snel door het lichaam afgebroken. Dit heet 'gewenning'. Iedereen kent dit van alcohol: een beginner is sneller dronken dan iemand die al jaren drinkt. Om hetzelfde effect te bereiken moet men méér gaan drinken. Bij regelmatig gebruik vermindert bovendien de gevoeligheid van de hersenen ervoor. Daardoor hebben mensen bij gewenning aan opiaten of slaapmiddelen er steeds meer van nodig voor hetzelfde effect. Het lichaam kan die stoffen dan zo snel onschadelijk maken dat men zelfs met een drievoudige dosis niet overlijdt.

Chloroquine en antidepressiva geven geen gewenning. Hier van hoeft men dus niet af te kicken. Dat moet wel bij opiaten. In mindere mate geven ook benzodiazepinen gewenning. Ook barbituraten geven gewenning. Omdat bijvoorbeeld Vesparax nooit meer als slaapmiddel wordt voorgeschreven, kan er geen gewenning optreden. Het barbituraat fenobarbital geeft gewenning en wordt gebruikt tegen epilepsie. Met dit middel kan men pas veilig stoppen om af te kicken nadat de arts een vervangend middel tegen epilepsie heeft voorgeschreven.

Als u een pijnstiller gebruikt, moet u uitzoeken of dat een opiaat is. Paracetamol en Diclofenac bijvoorbeeld zijn geen opiaten, maar MS Contin is dat wel (zie de tabel in de achterkaft). Als uw pijnstiller in de groep van de opiaten zit, moet u ermee stoppen voordat u tot zelfeuthanasie met een ander opiaat overgaat. Kunt u over het soort pijnstiller dat u gebruikt niet openlijk praten met uw huisarts? Vraag het dan aan een consulent van Stichting De Einder. Of zoek in de medische bibliotheek in het *Farmacotherapeutisch Kompas*, dat u ook op internet kunt raadplegen (www.fk.cvz.nl).

Stoppen met opiaten, met fenobarbital of benzodiazepinen

is moeilijk. Bij pijnstillers uit de groep der opiaten zal het vaak onmogelijk zijn. Tenzij de huisarts een pijnstiller die geen opiaat is, in plaats van het opiaat kan voorschrijven. Als het onmogelijk is af te kicken, blijf dan het opiaat gebruiken en kies chloroquine of een antidepressivum voor de zelfeuthanasie.

Aan ontwenning van slaapmiddelen valt echter niet te ontkomen. Er zijn voorbeelden gemeld van mensen die dachten dat ze ontwenning konden overslaan en dat het met een dubbele dosis slaapmiddel toch wel zou lukken. Sommigen stierven een pijnlijke dood doordat ze niet diep in slaap raakten. Zie de berichten uit de praktijk in hoofdstuk 5.

Doe de ontwenning niet abrupt. Plotseling stoppen kan onaangename gevolgen hebben, zoals angst of onrust. Van het ene op het andere moment stoppen met een benzodiazepine kan een enkele keer zelfs een epileptische aanval uitlokken.

De ontwenning duurt meerdere weken. Het begint met geleidelijk afbouwen, gevolgd door een periode dat u 'clean' bent, dus het middel niet meer gebruikt. Pas daarna kunt u uw leven humaan beëindigen.

Standaardadvies ontwenning

- ▶ Afbouwen: over twee weken geleidelijk het gebruik verminderen naar nul.
 - ▶ Clean-periode: minstens drie weken voor de zelfdoding moet het gebruik van het middel geheel gestaakt zijn. Voor een enkel medicijn zijn vier weken noodzakelijk.
 - ▶ Totale ontwenningperiode: minimaal twee weken afbouw plus drie weken clean, dus ten minste vijf weken. U mag er ook langer over doen.
-
- ▶ Hinderlijke wisselwerking tussen medicijnen
Medicijnen die bij beginnende dementie worden voorgeschreven, kunnen de werkzaamheid van het dodelijke middel verminderen. Het is niet precies bekend welke andere medi-

cijnen dat ook doen. Stop daarom twee weken voor de zelfeuthanasie met alle medicijnen die u kunt missen. Bij sommige is dat echter onverstandig. Bijvoorbeeld, met insuline of medicijnen voor het hart kunt u beter niet stoppen. Maar als u op korte termijn wilt overlijden, zijn veel medicijnen overbodig.

Vraag uw arts met welke medicijnen u zonder bezwaar twee weken kunt stoppen. Of vraag het een consulent van De Einder. Lukt het u niet om deze informatie te verkrijgen? Blijf dan liever de voorgeschreven medicijnen gebruiken.

► Checklist voorbereiding

Waar moet u aan denken in de voorbereidingsfase?

1. U komt tot een zorgvuldig afgewogen besluit in gesprek met een vertrouwenspersoon en bij voorkeur ook in overleg met een arts. Als de arts hier niet van wil horen, zoekt u contact met een ervaren hulpverlener. In de loop van deze gesprekken wordt duidelijk of uw besluit definitief is en wie u wilt vragen om bij de uitvoering aanwezig te zijn.

2. U kiest een dodelijk medicijn uit hoofdstuk 5. Daarbij zoekt u als regel een lang werkend slaapmiddel uit tegen de bijwerkingen die aan het overlijden vooraf gaan; soms is ook een snel werkend slaapmiddel nodig.

3. U schaft het dodelijke middel aan samen met de slaapmiddelen en een antibraakmiddel.

4. U bewaart de middelen droog, in het donker en op een veilige plaats.

5. U schrijft een behandelverbod en benoemt een gevolmachtigde.

6. U bepaalt een datum en een plaats voor de zelfeuthanasie. U houdt hierbij rekening met een periode van ten minste vijf weken ontwenning en clean zijn.

7. U informeert uw vertrouwenspersoon over de door u vastgestelde datum en plaats van de zelfeuthanasie.

8. U gaat over tot afkicken als u een middel voor zelfeuthanasie wilt gebruiken waarbij dat nodig is. Tegelijk start u met

de ontwenning van slaapmiddelen: twee weken afbouwen van het medicijn en drie weken clean.

9. U zoekt uit welke van de door u gebruikte medicijnen onmisbaar zijn tot op de dag van de uitvoering. Met de overige medicijnen stopt u één en liefst twee weken van tevoren. Met name moet u de laatste week stoppen met alle medicijnen die bij u diarree kunnen geven.

Draaiboek uitvoering

De medicijnen zijn in huis en de voorbereiding is van a tot z geregeld. In de praktijk wordt de zelfeuthanasie nu vaak uitgesteld, omdat mensen de zekerheid hebben dat ze de regie over het einde in handen hebben.

Als het moment ten slotte toch is aangebroken, moet het volgende gebeuren. U controleert opnieuw alle stappen van de checklist voorbereiding. Zo kan ontwenning nodig zijn, vanwege pijnstillers of slaapmiddelen die u inmiddels (weer) gebruikt. Dan begint u ongeveer 24 uur tevoren met antibraakmiddelen en gedurende acht uur van tevoren eet u zo weinig mogelijk. Daarna is de maag (vrijwel) leeg als u de middelen gaat innemen. Deze worden sneller opgenomen. Maar eet gerust een klein hapje van een lievelingsgerecht kort voordat u alle medicijnen inneemt.

Inkeer en bezinning

Beschouw het etmaal waarin u begonnen bent met een antibraakmiddel en met vasten, als een periode van inkeer en bezinning: wilt u heus het leven verlaten of zijn er redenen voor uitstel? Terugkomen op uw besluit is soms een teken van kracht!

- Veel gestelde vragen over de uitvoering
Moet *iemand ook alcohol erbij drinken*? Hierover zijn onjuiste ad-

viezen in omloop. Het klopt dat alcohol het effect van dodelijke middelen kan versterken. De hoeveelheid die hiervoor nodig is, bedraagt vijf borrelglazen sterkedrank. Van zo'n hoeveelheid worden veel mensen behoorlijk dronken. Dit verstoort de nauwkeurige uitvoering en zeker ook de waardigheid.

U kunt alcohol als genotmiddel gebruiken voor of na het innemen van de middelen. Maar doe dat alleen als u uit ervaring weet dat u het goed verdraagt.

Is het nodig tevoren een proefdosis te nemen om te zien hoe u op de middelen zult reageren? Dat is niet nodig. Uw reactie op een proefdosis zegt niets over uw reactie op een dodelijke hoeveelheid. Alleen bij het antibraakmiddel metoclopramide heeft het zin om uit te testen of u van een tablet slaperig wordt. Slaperigheid kan een zorgvuldige uitvoering verstoren.

Is het nuttig om de medicijnen op te lossen in pure alcohol? Pure alcohol is bij de apotheek te koop. De werking zou daardoor sneller intreden. Maar het heeft grote nadelen. De smaak van de oplossing is erg vies. Soms is het onmogelijk om de middelen volledig op te lossen, en sommige middelen lossen helemaal niet op in alcohol. Pure alcohol wordt niet altijd goed verdragen.

Anderen adviseren de middelen in water op te lossen. Maar de smaak is vies en niet alles lost in water op. Een koolzuurhoudende drank als Spa rood versnelt de opname in het lichaam niet. Wie het graag drinkt, kan het gebruiken, maar het hoeft niet.

Is het verstandig de medicijnen fijn te maken in een vijzel of een koffiemolen? Ja, want het poeder wordt sneller dan tabletten opgenomen in het bloed. Wacht met het fijnmaken niet tot op de dag van de uitvoering. En bewaar het poeder droog, in het donker en op een veilige plek.

Dextropropoxyfeen zit niet in tabletten maar in capsules. Deze capsules kunt u opendraaien en de korrels bij voorkeur fijnmalen. Dat versnelt namelijk de werking.

Chloroquinetabletten zijn te groot om snel door te slikken. Maal ze fijn in een elektrische koffiemolen.

Medicijnen in de vorm van een dragee kun je niet fijnmaken omdat een dragee een keihard omhulsel heeft. Strooi deze middelen uit in vla of yoghurt. Dat maakt het doorslikken makkelijker dan wanneer je ze stuk voor stuk zou innemen.

► Checklist uitvoering

1. Begin 24 uur tevoren met het antibraakmiddel.
2. Eet niet of weinig in de laatste acht uur voor de inname van de middelen, zodat de maag leeg is en de medicijnen sneller worden opgenomen.
3. Strooi pas kort voor het innemen het dodelijke medicijn en het lang werkende slaapmiddel in een kommetje vla of yoghurt. Roer het poeder of de tabletten door elkaar. Sommigen voegen zoetstof of geconcentreerd sinaasappelsap toe om de vieze smaak te maskeren. Anderen vinden dit geen verbetering.
4. Eet het mengsel op, maar zonder te spreken, omdat dit kans op verslikken geeft. Neem de middelen zittend in. Daarna kunt u, als u dat wilt, gaan liggen.
5. Neem het snel werkende slaapmiddel als laatste in. Als u dit tegelijk met de andere middelen inneemt, kunt u al tijdens het innemen van het dodelijke medicijn in slaap vallen. Bij midazolam kan dat al na vijf minuten gebeuren.
6. U kunt de bittere smaak wegspoelen met één of twee glazen water of melk. Meer drinken kan braken opwekken.

Het overlijden kan soms lang op zich laten wachten. Waak om beurten om te voorkomen dat allen uitgeput raken. Zolang de persoon diep in slaap is, is het beter geen arts te waarschuwen, ook al duurt het langer dan 24 uur. Onwillekeurige bewegingen of onregelmatig ademen zijn géén tekenen dat iemand weer wakker wordt.

Als iemand toch wakker dreigt te worden, kan men de huisarts waarschuwen en vragen of deze om de vier tot zes uur

een injectie met 10 mg Valium geeft om de persoon in slaap te houden. Sommige artsen zijn hiertoe bereid omdat dit geen dodelijke handeling is. Andere artsen zien het als meewerken aan zelfdoding en weigeren om die reden. Door iemand met een lage dosis Valium in slaap te houden, wint de arts tijd voor overleg met een scen-arts of andere collega. Het behandelverbod maakt de arts duidelijk dat ziekenhuisopname verboden is. Voor de bijna overleden persoon zou het een belastende ervaring zijn om weer te ontwaken.

De meldingsbrief

Mensen die een humane zelfdoding met medicijnen of met helium willen uitvoeren, willen graag weten hoelang het duurt voordat iemand overlijdt en of er narigheid aan het overlijden voorafging. Nog belangrijker: een enkele keer mislukt een zelfeuthanasie met een van de combinaties uit dit boek. Dan is een uitgebreide melding van groot belang om na te kunnen gaan waar dat aan ligt. Anderen kunnen dankzij die kennis een mislukking voorkomen.

Daarom is achter in dit boek (als bijlage 1 - 3) een meldingsbrief opgenomen. Een vertrouwenspersoon die bij een zelfeuthanasie aanwezig was, kan deze invullen. Wilt u het formulier van tevoren doorlezen? Dan weet u waarop u moet letten.

INTERMEZZO VI

Renés vader: ‘Ik voel me een halve crimineel’

René (33) lijdt al vijftien jaar aan een chronische psychiatrische ziekte. Na zowat alle behandelingen en medicijnen te hebben uitgeprobeerd, ziet hij geen andere uitweg meer dan zichzelf te doden. Hij wil per se niet alleen sterven. Daarmee plaatst hij zijn ouders voor een duivels dilemma.

Leeg van binnen, zo voelt René¹ zich. Net alsof zijn leven zich in een film afspeelt. ‘Dit dooie leven houd ik niet vol.’ Het meest pijnlijke is de vervreemding. ‘Ik voelde en dacht zo anders dan de René die ik nu ben en in wie ik mij opgesloten voel.’ Amper dertig jaar oud komt hij tot wanhoopsdaden. Hij loopt een sloot in, doet een wurgpoging, neemt een overdosis medicijnen in en weigert drie maanden te eten.

In zijn jeugd leek er geen vuiltje aan de lucht. Zijn moeder: ‘René was een serieus, leergierig kind. Een beetje een piekeraar, dat wel, die zich het leed van de wereld aantrok. Zijn grote liefde was basketbal, daar kon hij helemaal in opgaan. Op de havo kon hij goed meekomen, tot hij abrupt veranderde toen hij zestien was.’

René wordt angstig, durft niet meer naar school en ligt wekenlang in bed. Hij wordt opgenomen en behandeld met een middel tegen psychose. Als dat onvoldoende helpt, gaat

hij naar de jongerenafdeling van een academisch centrum waar hij een jaar verblijft. Samen met zijn ouders krijgt hij gezinstherapie van twee ervaren psychiaters. Zij zeggen dat René aan 'depersonalisatie' lijdt.

'Gaaf het ooit over?' vraagt de jongen. 'Wij hebben nog nooit gezien dat het niet overging,' luidt het hoopvolle antwoord. Allerlei medicijnen worden uitprobeerde, met geen of nauwelijks resultaat. Op sommige momenten lijkt René weliswaar minder angstig, maar: 'Ik voel me een robot, ik beleef nergens iets aan. Ik ben een levende dode.'

René blijft vaste klant van de psychiatrie. Hij volgt intensieve dagbehandeling, wordt soms kortdurend opgenomen en verblijft ten slotte ruim tien jaar in een grote psychiatrische instelling. In de avonduren heeft hij nog geprobeerd zijn mavo-diploma te halen, maar hij kan zich niet concentreren.

Ieder weekend en alle vakanties brengt hij thuis bij zijn ouders door. 'We maakten uitstapjes,' zegt zijn moeder, 'bezochten musea, gingen naar de film. We deden van alles om hem op andere gedachten of gevoelens te brengen.' In de loop der jaren begint René de moede te verliezen. 'Je kan beter I< hebben. Dan weet je waar je aan toe bent,' laat hij zich ontvallen.

Zo wil hij niet oud worden, zegt René als hij bijna dertig is: 'Wanneer ik op mijn dertigste nog niet beter ben, maak ik er een einde aan.' Hij vraagt zijn psychiater om hulp bij zelfdoding. Die antwoordt: 'Misschien wil jij dood, maar ik laat je niet gaan.'

Zijn vader: 'Hij smeekte ons of we hem niet alleen wilden laten wanneer hij er ooit een einde aan zou maken. Dat leek ons zo ondenkbaar en vreselijk dat we beloofden bij hem te blijven.' En zijn broer: 'Ik kon er best inkomen dat je leven niet meer hoeft als je na vijftien jaar vergeefse behandeling nergens meer van kunt genieten.'

Nadat René drie maanden niet heeft gegeten en dertig kilo is afgevallen, zegt zijn psychiater: 'Wij zullen alles op

alles zetten om je in leven te houden. Desnoods roep ik de hulp van de rechter in om je wilsonbekwaam te verklaren, dat je niet in staat bent tot een weloverwogen besluit. Dan kan ik je onder dwang sondevoeding geven.'

Zijn moeder doet een klemmend beroep op hem: 'Jezelf uitmergelen is onmenselijk. Pas op dat de psychiater je wilsonbekwaam verklaart! Nu kun je tenminste zelf een uitweg zoeken.'

^

René neemt zich voor om bij zijn ouders te gaan wonen en 'het' daar te doen. Na een tijdje toneelspelen, wat hij in de psychiatrie wel heeft geleerd, wordt hij uit de instelling ontslagen. Met ambulante nazorg mag hij naar huis.

'Hoe kan ik op een humane manier sterven?' vraagt René zijn huisarts. Deze zegt dat hij daar nooit aan zal meewerken. René is erg teleurgesteld, maar weet een kopie te bemachtigen van het *Schotse boekje*, waarin tips voor zelfdoding staan. Hij bestudeert de informatie en besluit chloroquine te verzamelen.

Tijdens een trip in het buitenland probeert hij samen met zijn vader bij enkele apotheken de benodigde pillen te verkrijgen. Hun smoesjes worden niet geloofd. Dan springt zijn broer voor hem in de bres en krijgt de chloroquine wel van een apotheek. Waarom deed zijn broer dat? 'Ik hoopte dat hij met die pillen in huis rust zou krijgen.' René zelf spaart het slaapmiddel Imovane dat in het *Schotse boekje* staat.

Nu het zo dichtbij komt, maken zijn ouders allerlei bezwaren: 'We hebben je niet op de wereld gezet om je op die manier te laten gaan.' Zijn moeder: 'We voelden ons verscheurd. Tegenover het gevoel: "Dat mag je niet van ons vragen", stond: "We laten je niet in de steek".' Zijn vader: 'Toen René eens de indruk kreeg dat ik hem bij een poging tot zelfdoding alleen zou laten, vloog hij huilend op me af: "Dat mag je niet doen!" We hadden geen idee met wie we hierover konden praten. Zijn behandelend psychiater weigerde ons pertinent te woord te staan over de mogelijkheid van een humane zelfdoding.'

René legt een datum vast. Zijn ouders vinden telkens reden voor uitstel. Eerst is er die dag een familielid jarig. Daarna wordt hun hond zo ziek dat ze hem moeten laten inslapen. René bij de dierenarts: 'Bij Dolo mag het wél, waarom niet bij mij?'

Hij gaat bij familieleden langs om afscheid te nemen. 'Ik had een intelligente man kunnen zijn met heel veel interesses en mogelijkheden,' schrijft hij in zijn afscheidsbrief aan sommigen van hen. 'Dit is een heel zwaar rouwproces. M'n ziekte is erg slopend. In de afgelopen jaren heb ik de meest verschrikkelijke dingen meegemaakt. Ik wens jullie heel veel liefde, kracht, wijsheid en geluk in jullie verdere leven.'

Zijn vader zoekt contact met een vereniging voor waardig sterven en vraagt of het antibraakmiddel dat ze in huis hebben, wel doeltreffend zal zijn. 'Zijn vader klonk wanhopig,' herinnert zich de medewerker. Deze praat eerst onder vier ogen met René. Is hij zelf tot dit besluit gekomen? Heeft zijn omgeving druk op hem uitgeoefend? De medewerker is verbaasd dat alle kennis en middelen al aanwezig zijn.

Dan komen zijn ouders bij het gesprek. 'We hebben de houding van zijn huisarts besproken. Die overwoog René te laten opnemen,' zegt zijn moeder. 'Ik heb René voorgesteld nog haptonomie te proberen maar hij wees dit geërgerd af.' Bij het afscheid biedt de medewerker aan nog eens te komen praten. Dat hoeft niet van René: 'Het gaat nu best goed met me, omdat ik mijn zelfdoding aan het voorbereiden ben.'

Hij heeft weer een nieuwe datum gepland. Ten einde raad grijpen zijn ouders alles aan om het niet nū te doen. Zou hij toch niet nieuwe medicijnen proberen? René gelooft er niet meer in; heeft hij niet de modernste antipsychotica uitgeprobeerd? Maar het antidepressivum waarmee hij kort geleden nog begonnen is, werpen zijn ouders tegen, brengt toch enige verbetering? René vindt van niet en verzucht: 'Zal ik het dan maar alleen in een hotelletje doen? Of gewoon van een flat springen?'

In een brief aan zijn ouders en broer probeert hij zijn

besluit nogmaals te verduidelijken. 'Ik vind het echt vreselijk dat ik in dit leven niet de liefde met jullie heb kunnen delen. Beschouw mezelf als het ware als een levende dode, die niets aan het leven kan hebben. Er is ook geen uitzicht op verbetering. Dit lijden is voor mij ondraaglijk en onaanvaardbaar. Ik wil van mijn lijden af en ben ervan overtuigd dat ik alles heb geprobeerd.'

Op een avond gebeurt het dan toch. René trekt zich in zijn kamer terug met doosjes medicijnen (chloroquine en het slaapmiddel Imovane) en een kommetje vla. Niemand mag erbij zijn; het laatste wat hij wil, is zijn familie in de problemen brengen.

Na een tijdje komt René de trap af. Hij kijkt ieder één voor één recht in de ogen en zegt: 'Ik hou van je.' Dan loopt hij weer naar boven met de boodschap: 'Jullie hoeven niet steeds bij me te blijven, als je maar af en toe even komt kijken.'

Zijn broer wil hem niet tegenhouden: 'Hij heeft de vrijheid om dit te doen. Mijn vriendin masseerde René, terwijl hij op bed lag. Mijn moeder en ik zaten erbij. Mijn vader hield het boven niet uit, hij voelde zich te verscheurd. We begrepen niet waarom René na een halfuur nog niet in slaap viel, terwijl hij zeker dertig pillen van het slaapmiddel had ingenomen.'

Als ze even beneden gaan zitten, klinkt boven een harde bons. René is uit zijn bed gevallen en ligt klaarwakker met verkrampte spieren op de grond. 'Zal ik de ambulance bellen?' vraagt zijn moeder. René schudt van nee. Zijn benen en armen zijn spastisch verkromd. Vanwaar die spierkramp? Een overdosis chloroquine kan al binnen een uur krampen geven. René gebruikte het verkeerde slaapmiddel, Imovane, dat langzaam een diepe slaap geeft. In het *Schotse boekje* stond niets over de noodzaak om bij chloroquine ook een snel werkend slaapmiddel in te nemen.

Ze leggen hem op bed, zijn moeder houdt zijn hand vast en vraagt: 'Als je wilt dat we je naar het ziekenhuis brengen, hoefje alleen maar in mijn hand te knijpen.' René fluistert:

'Geen ambulance. Niet doen!' Om beurten houden ze hem vast. Een uur later lijkt René eindelijk diep in slaap. Plotse-
ling komt er een vreemd geluid uit zijn borst. Zijn moeder
vliegt naar de telefoon en belt in paniek het alarmnummer.
'Mijn zoon heeft tabletten ingenomen. Ik wil niet dat hij
lijdt, maar u mag niets doen, want hij heeft een behandel-
verbod naast zich liggen!'

'Belt u eerst maar de huisarts,' is het antwoord.

'Het is voorbij!' roept zijn broer. De ambulance is niet
meer nodig. René is dood.

Moeder belt de politie en de dienstdoende huisarts,
toevallig hun eigen huisarts die niet aan de zelfdoding wilde
meewerken. Die is ontzet: 'Heeft hij het toch gedaan?' De
rechercheur vraagt de familie: 'Waarom hebt u niet ingegre-
pen?' Die avond worden allen apart verhoord. De volgende
ochtend wordt het lichaam vrijgegeven voor de begrafenis.

Zijn broer heeft er als enige geen slecht gevoel over: 'Ik heb
minder dan mijn ouders last van een gevoel van falen. René
heeft de verlossing gekregen waar hij altijd over sprak.'

De ouders krijgen rouwbegeleiding en moeder gaat naar
een lotgenotengroep voor ouders van schizofrene kinderen
die door suïcide om het leven zijn gekomen. Sommigen benij-
den haar. 'Jij hebt je kind niet voor een trein verloren, zoals
wij onze jongen.' Maar anderen zeggen: 'Hoe kon je daarbij
zijn, hoe kun je je eigen kind helpen?'

Zijn vader: 'Ik voel me een halve crimineel.' Ze missen
hem nog elke dag. 'Het was een fijne zoon en een heel bijzon-
der mens.'

HOOFDSTUK 5

Medicijnen voor zelfeuthanasie

Vooraf - Opiaten - Chloroquine - Antidepressiva -
Barbituraten

‘De pil van Drion bestaat al, als je maar weet wat
je nodig hebt en iemand het voor je koopt’, zegt
mevrouw Wetering (87).¹

Vooraf

Vier groepen medicijnen zijn in hoge dosis meestal dodelijk: pijnstillers uit de groep van de opiaten, chloroquine (tegen malaria of bij reuma), sommige antidepressiva en alle barbituraten. Behalve bij de meeste barbituraten moet u deze dodelijke medicijnen met slaapmiddelen innemen, want anders sterft u geen humane dood. Ook antibraakmiddelen zijn altijd nodig.

Bij elke medicijngroep vindt u eerst enige algemene informatie die voor de hele groep geldt. Daarna geven we informatie bij bepaalde medicijnen uit deze groep: wat is de dodelijke dosis? Zijn ze gemakkelijk of juist moeilijk te verkrijgen? Moet je ervan afkicken? Welke slaapmiddelen zijn nodig? In *Berichten uit de praktijk* leest u steeds wat nabestaanden of hulpverleners hebben gemeld over het verloop.

U hebt hoofdstuk 4 gelezen en weet dus wat er bij de voorbereiding en uitvoering van de medicijnmethode komt kijken. Bij elk medicijn in dit hoofdstuk staat een schema met de belangrijkste basisgegevens. Maar u moet wel de tekst erom-

heen lezen: ook buiten de schema's staan dingen die u moet weten.

Gebruik het register: achter in dit boek staat een lijst van medicijnnamen in alfabetische volgorde met de pagina waarop elk medicijn wordt besproken. Zo kunt u snel het dodelijke medicijn vinden waarover u meer wilt weten.

Gebruik ook de uitklapbare tabel in de achterkaft: hier vindt u de merknamen van de medicijnen met daarnaast hun stofnaam in negen West-Europese en vier Engelstalige landen. Deze tabel is handig om de plaatselijke naam te vinden van het middel dat u wilt kopen in het land waar u op vakantie bent.

Leeswijzer bij dit hoofdstuk

Raakt u ontmoedigd door de vele medicijnen in dit hoofdstuk? Ziet u door de bomen het bos niet meer? Lees dan bij de verschillende medicijnen eerst de tekst onder de kopjes '*Algemene informatie*' en '*Verkrijgbaarheid*'. Elk van de vier medicijngroepen begint met deze informatie. Kijk eerst naar wat er hierover staat bij de opiaten, bij chloroquine, de antidepressiva en bij de barbituraten. Kies het middel dat in uw situatie het eenvoudigst te verkrijgen is en waarin u voldoende vertrouwen hebt. Lees daarom ook de '*Berichten uit de praktijk*' bij elk medicijn.

Opiaten

Algemene informatie ► Opiaten veroorzaken de dood door ademstilstand. Niet alle opiaten zijn geschikt voor zelfeuthanasie. Het mislukt bijvoorbeeld vaak met heroïne.² Vijf opiaten zijn wel geschikt: dextropropoxyfeen (Depronal), morfine (MS Contin), oxycodon (Oxynorm, Oxycontin), fentanyl (Durogesic) en methadon (Symoron). Drie weken tevoren mag er geen enkel ander opiaat en geen slaapmiddel zijn gebruikt (ontwenning!). Neem ze altijd met 500 mg van een lang werkend slaapmiddel in.

Verkrijgbaarheid ► Artsen schrijven opiaten voor tegen pijn en kortademigheid. Ze vallen onder de Opiumwet. Daarom kun je er moeilijk aan komen. Maar in de palliatieve zorg schrijven artsen regelmatig opiaten voor en in sommige Europese landen kun je een opiaat bij een apotheek kopen. Als die dat weigert, kunt u een plaatselijke arts om een recept vragen. Enkele opiaten zijn via internet te koop. Voor betrouwbare internet-adressen kunt u terecht bij de Stichting De Einder.

Maak uw eigen keus

U moet zelf kiezen met welk middel u uw leven wilt beëindigen. Honderd procent garantie is er nooit. Nergens ter wereld is onderzocht welke hoeveelheid en welke combinatie van medicijnen bij de meeste mensen dodelijk is. De dodelijke dosis die in dit boek bij elk middel wordt genoemd, is gebaseerd op de toxicologie (wetenschap van vergiftigingen) en op meldingen uit de praktijk. Als u overweegt een bepaald middel te gebruiken, kunt u veel leren van de mislukte en gelukte levensbeëindigingen met dat middel. Maar van sommige medicijnen zijn nog te weinig meldingen ontvangen om voldoende zeker te weten of de genoemde dosis voor de meeste mensen dodelijk is.

Ontwenning

zijn ze niet dodelijk als u ze al regelmatig gebruikt. Ook geeft elk opiaat gewenning voor alle andere opiaten. Soms weten mensen die pijnstillers krijgen niet eens dat ze een opiaat slikken. Dan heeft een zelfeuthanasie een grote kans te mislukken. Iedereen kan in het *Farmacotherapeutisch Kompas* (www.fk.cvz.nl) opzoeken of een pijnstiller een opiaat is. U kunt dat ook vragen aan een apotheker.

Slaapmiddelen ▶ opiaten maken weliswaar slaperig, maar geen van deze geeft 48 uur een diepe slaap. Combinatie met ten minste één lang werkend slaapmiddel is dan ook noodzakelijk om geen last te hebben van de ademstilstand. U moet wel ontwennen van alle slaapmiddelen (benzodiazepinen).

Aanvullende informatie per opiaat ▶ Let op: de algemene informatie wordt niet herhaald.

Stofnaam: dextropropoxyfeen of D-propoxyfeen

Bekendste merknamen ▶ Depronal, Deprancol, Darvon,

Propoxyfeen

Voorgescreven ▶ Tegen pijn, bij reuma, osteoporose en kanker

Dodelijke dosis ▶ 4,5 gram

Verkrijgbaarheid ▶ Dit opiaat is in 2010 binnen de EU uit de handel genomen. Wij bespreken het toch omdat veel (internet) apotheken buiten Nederland nog een voorraad ervan hebben en het de komende jaren nog verkopen.

Wijze van innemen ▶ *Capsules* openen, de korrels daaruit fijnwrijven in vijzel; *tabletten* fijnmaken

Tijdsduur tot overlijden ▶ Na 8 a 48 uur

Berichten uit de praktijk ▶ Er zijn meer dan 80 meldingen ontvangen, waarvan 3 mislukkingen

Dextropropoxyfeen is verkrijgbaar in capsules van 150 mg. Maar let op: in sommige landen zit er maar 65 mg in. Dit staat op de verpakking en op de doordrukstrip. De praktijk heeft uitgewezen dat 4,5 gram dextropropoxyfeen (30 capsules van 150 mg) bijna altijd dodelijk is, mits ingenomen met 500 mg van een lang werkend slaapmiddel: 500 mg flurazepam of 500 mg diazepam. Een tweede slaapmiddel is niet nodig maar het kan ook geen kwaad. ^

Wijze van innemen ► Dextropropoxyfeen wordt geleverd als capsule, waarin korrels zitten. Uit deze korrels komt de dodelijke stof vertraagd in het bloed. U kunt de capsules openen en de korrels die erin zitten fijnmalen in een vijzel. Dan wordt het sneller in het bloed opgenomen.

Berichten uit de praktijk over 88 mensen die dextropropoxyfeen hebben gebruikt. Bij drie van hen is de zelfeuthanasie mislukt en bij nog twee anderen bijna mislukt. In totaal 85 personen zijn overleden. U kunt het meest leren van de zeldzame mislukkingen. Daarom bespreken we die eerst.

Bij een vrouw met uitgezaaide kanker mislukte de zelfeuthanasie met dextropropoxyfeen omdat zij een pijnstillertje uit de groep opiaten gebruikte. De ontwenning was vergeten en dus was de dextropropoxyfeen niet dodelijk. Een ander had in het buitenland twintig capsules gekocht die 'nep' bleken te zijn. Een man die dextropropoxyfeen innam met een kort werkend slaapmiddel, werd weer wakker. Een lang werkend slaapmiddel versterkt de werking van het opiaat beter en geeft een grotere kans op overlijden.

Bijna mislukt was de levensbeëindiging van een 90-jarige vrouw die slechts twintig capsules innam in plaats van de in dit boek aanbevolen dertig stuks. Zij overleed pas na 43 uur. Op verzoek van de familie kwam twintig uur na het innemen van de middelen de huisarts langs die om de acht uur een zetje gaf met 10 mg diazepam (Valium), waarna zij uiteindelijk

overleed. Dat is een lage dosis, die haar wel in slaap heeft gehouden, maar niet dodelijk kan zijn.

Ook bij een 75-jarige man met beginnende alzheimer was het bijna mislukt. Hij nam de juiste dodelijke dosis (4,5 gram) tezamen met 500 mg oxazepam en 75 mg midazolam. Toen hij niet overleed, waarschuwde de familie een arts die hem een injectie gaf met een lage dosis van een slaapmiddel. Zo won de arts tijd om met een scen-arts te overleggen. De man bleef in slaap en overleed na ongeveer 50 uur.³ Waarom mislukte het bijna? Vermoedelijk omdat deze man medicijnen tegen de ziekte van Alzheimer gebruikte. De dextropropoxyfeen wordt dan sneller afgebroken, waardoor het niet tot een ademstilstand heeft geleid. Vandaar ons advies om een week voor de geplande datum te stoppen met alle medicijnen die niet strikt noodzakelijk zijn.

Van de 83 overleden personen hebben de meesten ten minste 500 mg van een lang werkend slaapmiddel gebruikt. Velen hebben daarbij nog een tweede slaapmiddel gebruikt, meestal oxazepam. Slechts bij 18 personen is de tijdsduur tussen het innemen van de middelen en het overlijden in de meldingsbrief vermeld. Meestal duurt het tussen de 8 en 48 uur. Als iemand na 48 uur niet is overleden, is de kans groot dat hij weer wakker zal worden, tenzij een arts om de paar uur 5 tot 10 mg diazepam toedient. Dan overlijdt de persoon na verloop van tijd aan uitdroging. Niet door de lage dosis diazepam van de arts.

Sommige mensen zijn afgeweken van de aanbevolen combinatie of gebruikten een lagere dosis, maar zijn toch overleden door een aanwezige ziekte en uitdroging. Wie afwijkt van de aanbevolen dosering, speelt Russische roulette. Het lukt vaker niet dan wel!

Stofnaam: morfine

Bekendste merknamen ► MS Contin CR, Kapanol CR, Morfine of Morphin, Skenan, Oramorph

Voorgeschreven ► Tegen pijn bij kanker en bij benauwdheid

Dodelijke dosis ► 1,2 gram

Verkrijgbaarheid ► Moeilijk te verkrijgen .

Wijze van innemen ► *Tabletten* fijnmaken; *capsules* openen, de korrels fijnwrijven; als *injectievloeistof* in een spier spuiten

Tijdsduur tot overlijden ► Na 8 tot 48 uur

Berichten uit de praktijk ► Er zijn slechts enkele meldingen binnengekomen

Dodelijke dosis ► Morfine wordt slecht in het bloed opgenomen. Ongeveer 20 procent van de geslikte hoeveelheid komt in het bloed. Bij het inslikken van 1,2 gram komt er dus zo'n 240 mg in het bloed terecht: voldoende voor een ademstilstand. Bij sommige nieuwere morfinepreparaten (de 'retard'- of 'CR-preparaten') laat de dood langer op zich wachten omdat deze vertraagd uit de darm worden opgenomen.

Injectie van 240 mg morfine in een spier is waarschijnlijk dodelijk. Omdat dit een grote hoeveelheid injectievloeistof is (12 tot 24 ml), kan dat lastig zijn en tijd kosten. U zou in slaap kunnen vallen voordat alles is ingespoten. Als u het in een bloedvat spuit, valt u ook te vroeg in slaap.

Verkrijgbaarheid ► Morfinetabletten en -ampullen voor injectie zijn moeilijk te verkrijgen in het buitenland.

Wijze van innemen ► Tabletten fijnmaken. Als morfine in capsules zit, deze openen en de korrels fijnwrijven in een vijzel. In vloeibare vorm zit morfine in een glazen ampul. Men kan leren om zichzelf een injectie te geven door een paar keer te oefenen met een injectiespuit en steriel water die u bij een apotheek kunt kopen.

Berichten uit de praktijk ► Er zijn ruim tien meldingen binnengekomen uit de Verenigde Staten die alle zijn gelukt. De hoeveelheid morfine en de tijdsduur tot het overlijden zijn niet bekend. Wat artsen zeggen over de hoeveelheid morfine die dodelijk is, verschilt gewoonlijk per arts en is niet betrouwbaar.⁴

Stofnaam: oxycodon

Bekendste merknamen ► Oxynorm, OxyContin, Oxycodon

Voorgescreven ► Tegen pijn

Dodelijke dosis ► In tabletten: 1 gram; als drank: 1 gram

Verkrijgbaarheid ► Hierover is weinig bekend: op recept van een plaatselijke arts

Wijze van innemen ► *Tabletten* fijnmaken; als *drank* opdrinken;
dragees in vla strooien

Tijdsduur tot overlijden ► Na 8 tot 48 uur

Berichten uit de praktijk ► Weinig meldingen

Oxycodon is een opiaat met een vergelijkbare sterkte als morfine, maar het wordt beter door het maag-darmkanaal opgenomen. Het bestaat in tabletvorm, als dragee of als drank. De dragees (OxyContin) werken pas na enkele uren.

Berichten uit de praktijk

Staten staan enkele meldingen van het gebruik van oxycodon voor levensbeëindiging, die zijn gelukt. Er zijn geen precieze gegevens bekend.

Wij ontvingen drie meldingen met Oxycontin in de door ons aangegeven dosis (ten minste 1000 mg Oxycontin samen met ten minste 500 mg Valium): één persoon overleed, de tweede ontwaakte na $\pm$ 50 uur, en de derde overleed na 44 uur met koorts. Koorts wijst erop dat bij het overlijden een longontsteking een rol heeft gespeeld door de ademdepressie door Oxycontin.

Het is verstandig de dragees (tabletten met hard omhulsel) fijn te malen in een elektrische koffiemolen en het poeder uit te strooien in een kommetje vla omdat de stof in poedervorm beter door de darm wordt opgenomen. De lange duur tot overlijden wordt veroorzaakt doordat opiaten de darmwerking sterk vertragen waardoor de opname in het bloed langzaam plaatsvindt. De mislukking is mogelijk te verklaren door een (zeldzame) biochemische aanleg waardoor het opiaat versneld is afgebroken.

Stofnaam: fentanyl (-pleisters)

Bekendste merknamen ► Durogesic, Fentanyl, Effentova

Voorgeschreven ► Tegen pijn bij terminale kanker

Ontwenning nodig ► Ja

Slaapmiddel nodig ► Ja: lang werkend, 500 mg

Dodelijke dosis ► 500 microgram

Verkrijgbaarheid ► Moeilijk te verkrijgen

Wijze van innemen ► *Pleisters* op buik plakken en afdekken om warmte te veroorzaken rond pleister

Tijdsduur tot overlijden ► Na 12 a 60 uur

Berichten uit de praktijk ► Meer dan 100 meldingen van overlijden

Fentanyl in de vorm van pleisters is pas sinds 1995 in de handel. Er zijn ook zuigtabletten met fentanyl, maar deze zijn niet voor zelfeuthanasie geschikt.

Dodelijke dosis ► Pleisters met in totaal 500 microgram per uur (een microgram is eenduizendste milligram). Dit zijn minimaal 5 pleisters van 100 microgram. Nadat deze op de huid zijn geplakt, zult u pas na enkele uren inslapen. Het kan 60 uur of soms zelfs langer duren voordat ademstilstand optreedt.

Verkrijgbaarheid ► Fentanyl is uitsluitend verkrijgbaar als pleister. De pleisters variëren in sterkte van 12, 25, 50, 75 tot

100 microgram; deze geven respectievelijk 12, 25, 50, 75 of 100 microgram fentanyl per uur door de huid aan het bloed af. Het effect treedt pas na een aantal uren in. De werkingsduur van een pleister is twee tot drie dagen. Je krijgt het moeilijk voorgeschreven, tenzij je ernstige pijnen hebt. Maar dan kun je niet ontwennen, dus is het moeilijk om pleisters te sparen.

Slaapmiddelen ► Eén lang werkend slaapmiddel is noodzakelijk om te voorkomen dat u de ademstilstand bewust meemaakt. Vergeet niet dat een antibraakmiddel nodig is, omdat u 500 mg van een lang werkend slaapmiddel moet innemen.

Wijze van innemen ► Plak de pleisters tegelijkertijd op een stuk huid dat goed wordt doorbloed en vrij van haren is. Bijvoorbeeld op de buik. Leg een vochtig gaas over de pleisters en daaroverheen een stukje plastic dat rondom goed is afgeplakt. Onder het plastic gaat het dan broeien, waardoor de pleisters sneller morfine afgeven.

Berichten uit de praktijk ~~Verenigde~~ Staten heeft de Food and Drug Administration gemeld dat er jaarlijks ongeveer honderd mensen overlijden na gebruik van fentanyl. Een aantal van hen was vermoedelijk niet van plan zich te doden, maar is per ongeluk overleden. Meestal was er verwarming van de huid rond de pleister of van het lichaam in het spel. Zij hadden bijvoorbeeld koorts; anderen gebruikten een elektrisch verwarmde deken of hadden een kompres op de pleister aangebracht. We kunnen uit deze meldingen geen conclusie trekken over de hoeveelheid fentanyl die met zekerheid dodelijk is. Het blijft daarom riskant om de dosering van 500 microgram te verlagen.

Uit de vakliteratuur zijn twee ervaringen bekend met een overlijden door fentanyl. De ene persoon gebruikte pleisters met een totale sterkte van 150 microgram in combinatie met diazepam, de andere overleed met 300 microgram aan pleisters.

Stofnaam: methadon

Bekendste merknamen ► Symoron, Methadon, Pinadone, Eptadine

Voorgeschreven ► Bij pijn of ontwenning van heroïne- en opiatenverslaving

Dodelijke dosis ► 1 gram; 200 tabletten van 5 mg

Verkrijgbaarheid ► Op de zwarte markt via een betrouwbare tussenpersoon

Wijze van innemen ► *Tabletten* fijnmaken

Tijdsduur tot overlijden ► Na 8 a 48 uur

Berichten uit de praktijk ► Geen

Methadon is op de markt als tablet van 5 mg en als drank. De drank is niet geschikt voor zelfeuthanasie.

Verkrijgbaarheid ► Methadon wordt voorgeschreven bij heroïneverslaving. Daardoor wordt het ook op de zwarte markt verhandeld. Onervaren kopers worden gemakkelijk misleid. Zij kopen voor veel geld een surrogaat. Gelet op de hoeveelheid methadon, 200 tabletten van 5 mg, zal het verzamelen tijd kosten.

Chloroquine

Algemene informatie ► Chloroquineverbindingen veroorzaken een hartstilstand. Chloroquine zit in drie chemische verbindingen: chloroquinesulfaat en chloroquinefosfaat, gebruikt tegen malaria. En in hydroxychloroquine, voorgeschreven bij reumatische aandoeningen. Deze drie hebben niet dezelfde dodelijke dosis, zie hiervoor de schema's.

Verkrijgbaarheid ►

der de Opiumwet. Daarom kun je er vrij makkelijk aan komen. In alle landen waar malaria voorkomt, en in verschillende andere landen (bijvoorbeeld in Zuid-Europa), is chloroquinesulfaat zonder recept bij apotheken te koop. Soms moet je een dag wachten omdat de apotheek het niet in voorraad heeft. Buiten Europa zijn nagmaakte tabletten in omloop die niet of nauwelijks van het echte middel zijn te onderscheiden. Koop chloroquine bij voorkeur in een westers land waar controle is op medicijnen.

Ook via internet kun je chloroquine bestellen. Wanneer de internetleverancier buiten Europa is gevestigd, kunnen de tabletten nep zijn. Vraag advies over betrouwbare adressen bij De Einder.

Ontwenning ►

ning. Wie ergens woont waar malaria voorkomt en regelmatig chloroquine gebruikt, hoeft er dus niet mee te stoppen. Dat geldt ook voor hydroxychloroquine.

Slaapmiddelen ► Bij levensbeëindiging met chloroquine is het gebruik van twee soorten slaapmiddelen noodzakelijk: een lang werkend benzodiazepine (ten minste 500 mg) tegelijk met de chloroquine, en direct daarna een snel werkend benzodiazepine (100 mg).⁵ Een overdosis chloroquine kan binnen een uur pijnlijke spierkrampen of een epileptisch insult geven, voordat je in slaap bent gevallen (zie *Intermezzo VI* over

René). De concentratie van het lang werkende slaapmiddel in het bloed is dan nog onvoldoende om deze bijwerkingen te onderdrukken. De snel werkende middelen zijn echter ook weer snel uitgewerkt. Omdat chloroquine extreem bitter is, is een antibraakmiddel onmisbaar.

Wijze van innemen ► Maal de chloroquinetabletten fijn in een elektrische koffiemolen. Maskeerde bittere smaak met een zoete smaakstof die men aan de vla of yoghurt toevoegt. Na het innemen kunt u de bittere smaak met water of melk wegspoelen. Drink niet meer dan twee glazen omdat dit braken kan opwekken.

De lang werkende benzodiazepinen moeten gelijktijdig met alle chloroquine in twee kommetjes vla worden gestrooid en onmiddellijk na het uitstrooien achter elkaar worden opgegeten. Hoe langer u daarover doet, hoe bitterder het wordt. De vla dient als glijmiddel voor de vele tabletten. De snel werkende benzodiazepinen moet u pas daarna innemen om te voorkomen dat u tijdens het innemen in slaap valt. Bij het zeer snel werkende midazolam (Dormicum) kunt u al na vijf minuten in slaap vallen, dus nog voordat alle chloroquine is ingenomen.

Berichten uit de praktijk over de gebruikte slaapmiddelen Sommigen namen een te kleine hoeveelheid van een lang werkend slaapmiddel, zodat de slaap niet lang genoeg duurde. Anderen hebben geen snel werkend slaapmiddel genomen. Zij hebben de zeer pijnlijke spiertrekkingen bewust ervaren voordat een hartstilstand een einde aan hun lijden maakte. Voor de aanwezigen was dat traumatisch. Weer anderen sloegen de ontwenning van slaapmiddelen over en dachten dat een hogere dosis toch wel een diepe slaap zou geven. Maar dit is niet altijd het geval en sommigen van hen stierven een pijnlijke dood.

Aanvullende informatie per chloroquineverbinding

Stofnaam: chloroquinesulfaat

Bekendste merknamen ► Nivaquine, Chloroquine

Voorgeschreven ► Tegen malaria in enkele gebieden waar de parasiet nog niet resistent is

Ontwenning ► Niet nodig

Slaapmiddel ► lang werkend 500 mg én snel werkend 100 mg

Dodelijke dosis ► 11 gram = 110 tabletten van 100 mg

Wijze van innemen ► *Tabletten* fijnmalen in een elektrische koffiemolen; zoetstof toevoegen aan vla

Tijdsduur tot overlijden ► Na 4 a 48 uur

Bijwerkingen ► Spierkrampen, soms epileptisch insult

Berichten uit de praktijk ► 12 meldingen

Alle merknamen die in de tabel achterin onder chloroquine staan, bevatten chloroquinesulfaat. De enige uitzondering is Resochin, dat chloroquinefosfaat bevat. Let goed op of in de bijsluiter wordt vermeld of het middel dat u koopt, chloroquinesulfaat of -fosfaat bevat, want de dodelijke dosis van deze stoffen verschilt. Controleer ook het aantal milligrammen per tablet dat op de verpakking moet staan. Als u het niet zeker weet, kan een apotheker dit voor u uitzoeken.

Verkrijgbaarheid ► In Nederland zijn chloroquinesulfaat en -fosfaat alleen op recept verkrijgbaar bij de GGD of een huisarts. Maar als u zegt dat u naar de tropen gaat, krijgt u het niet omdat de malariaparasiet in veel gebieden niet meer gevoelig is voor chloroquine. Andere middelen tegen malaria komen dan eerder in aanmerking, maar deze zijn geen van alle voor levensbeëindiging geschikt.

Berichten uit de praktijk ► Er zijn twaalf zelfdodingen met chloroquinesulfaat gemeld. Vijf personen gebruikten 10 gram, dus iets minder dan aanbevolen, maar zij zijn wel overleden. Soms gaat het snel: vier van de twaalf personen over-

leden binnen vier uur. Maar het kan ook wel 48 uur duren. Als iemand dan nog niet is overleden, is er vermoedelijk een probleem opgetreden, zoals diarree na gebruik van hydroxy-chloroquine (zie verder).

Stofnaam: chloroquinefosfaat

Merknaam ► Resochin

Voorgeschreven ► Tegen malaria in enkele gebieden waar de parasiet nog niet resistent is

Ontwenning ► Niet nodig

Slaapmiddel ► lang werkend 500 mg en snel werkend 100 mg

Dodelijke dosis ► 17,7 gram = 71 tabletten van 250 mg

Wijze van innemen ► *Tabletten* fijnmalen in een elektrische koffiemolen; zoetstof toevoegen aan vla

Tijdsduur tot overlijden ► Na 4 a 48 uur

Bijwerkingen bij overdosis ► Spierkrampen, soms epileptisch insult

Berichten uit de praktijk ► 50 meldingen

Berichten uit de praktijk

overlijden van ongeveer 50 personen. Zij namen 70 tabletten chloroquinefosfaat (Resochin) in, samen met 1000 mg, dus een dubbele dosis, diazepam, maar zonder een snel werkend slaapmiddel. Het overlijden kwam na twee tot vier uur. Er traden geen spierkrampen of epileptische insulten op. Toch blijft het riskant om geen snel werkend slaapmiddel te gebruiken.

Vanuit Nederland is een melding ontvangen die precies volgens het advies in dit boek was uitgevoerd. Twee uur later was de man overleden.

Zes personen gebruikten minder dan de aanbevolen hoeveelheid (in plaats van 17 gram, slechts 10 tot 14 gram chloroquinefosfaat) maar zij zijn wel overleden.

Humphry (1991) raadt aan om tegelijk met chloroquine een bètablokker (bijvoorbeeld metoprolol) in te nemen. Wij nemen dit advies niet over.⁶

Stofnaam: hydroxychloroquine

Bekendste merknaam ► Plaquenil

Voorgeschreven ► Tegen gewrichtsreuma

Ontwenning ► Niet nodig

Slaapmiddel ► lang werkend 500 mg en snel werkend 100 mg

Dodelijke dosis ► 15 gram = 75 tabletten van 200 mg

Wijze van innemen ► *tabletten* fijnmalen in een elektrische

koffiemolen; zoete smaakstof toevoegen

Tijdsduur tot overlijden ► Na 4 a 48 uur

Bijwerkingen bij overdosis ► Spierkrampen, soms epileptisch insult

Berichten uit de praktijk ► Twee meldingen

Berichten uit de praktijk ► Er zijn twee meldingen van zelf-euthanasie met hydroxychloroquine. Bij een daarvan was de zelfeuthanasie bijna mislukt. Het gaat om een oudere man die de juiste hoeveelheid innam. Na een kwartier viel hij in slaap, en weer een kwartier later merkte de aanwezige familie dat hij diarree kreeg. Dat is een zeldzame bijwerking van een grote hoeveelheid chloroquine. Daardoor is slechts een deel van het ingenomen medicijn in het bloed opgenomen, te weinig om te overlijden. Er kwam ook te weinig van het slaapmiddel in het bloed om de spiertrekkingen in zijn armen en benen te onderdrukken.

De familie waarschuwde de dienstdoende arts, met wie een conflict ontstond over wel of geen opname in een ziekenhuis 'om deze suïcide te voorkomen', zoals de arts het noemde. De gemachtigde toonde de behandelweigeringsverklaring en verbood opname. Het kostte veel moeite de arts ervan te overtuigen dat de verklaring rechtsgeldig was. De gemachtigde zei dat zij desnoods een advocaat zou inschakelen om het behandelverbod te handhaven. De arts zag toen van de opname af.

De volgende dag kwam de eigen huisarts, die begreep dat een opname niet mocht. Op verzoek van de familie overlegde hij met een andere arts, die het advies gaf een slaapmiddel in een lage dosis te geven zodat hij nog enige tijd zou blijven

slapen. Toen zijn toestand 48 uur na het innemen van de middelen nog onveranderd was, gaf de huisarts een injectie met 10 mg morfine onder de huid. Daarna volgden om de paar uur nog enkele onderhuidse injecties met een lage dosis midazolam (Dormicum), die op zichzelf niet dodelijk zijn. De man overleed circa 80 uur na het innemen van de medicijnen, vermoedelijk door uitdroging, zonder dat hij bij kennis was gekomen.

Bij de gelukte zelfeuthanasie nam een 45-jarige man 12 gram Plaquenil en 4 gram Nivaquine in, samen met 65 mg Rohypnol: een slaapmiddel dat snel en langdurig werkt. In hoge dosis (*ten minste* 20 mg) zou Rohypnol dodelijk kunnen zijn, maar bij welke dosis precies is onbekend.

Antidepressiva

Algemene informatie

hartritmestoornis met daarbij mogelijk ook ademstilstand. Niet alle antidepressiva zijn voor zelfeuthanasie geschikt. Hier worden uitsluitend de antidepressiva besproken met een 'tricyclische' chemische structuur. Volgens de toxicologische literatuur zijn zij vaak dodelijk. Er zijn er acht in de handel die sterk op elkaar lijken, in alfabetische volgorde: amitriptyline (merknaam: Tryptizol), clomipramine (Anafranil), desipramine (Pertofran), dosulepine (Prothiaden), doxepine (Sinequan), imipramine (Tofranil), nortriptyline (Nortrilen) en trimipramine (Surmontil).

Het overlijden vindt meestal na 12 tot 48 uur plaats. Tricyclische antidepressiva vertragen de darm werking. Daardoor verloopt ook de opname van deze middelen uit de darm langzaam en kan het overlijden zelfs nog wat langer dan 48 uur duren.

Verkrijgbaarheid ► Geen van de antidepressiva valt onder de Opiumwet. Zij zijn in veel landen zonder recept in apotheken te koop of via het internet. Net als bij chloroquine zijn ook van de tricyclische antidepressiva buiten Europa nagemaakte tabletten in omloop. Bij een internetleverancier buiten Europa is enig wantrouwen op zijn plaats. Controleer of er een bijsluiter bij zit waarop de naam en de dosis van het medicijn staan vermeld. Check ook of de medicijnen in een strip zitten waarop de naam is gedrukt. Vraag bij twijfel het oordeel van een apotheker of van een ervaren hulpverlener.

In alle westerse landen schrijven huisartsen en psychiaters regelmatig amitriptyline en nortriptyline voor. Dit gebeurt bij hardnekkige depressieve klachten: extreme vermoeidheid, lusteloosheid, slapeloosheid, gebrek aan energie, gebrek aan eetlust of nergens van kunnen genieten. Vaak schrijven artsen eerst andere antidepressiva voor, zoals Prozac, Seroxat of Remeron. Pas als deze middelen bijwerkingen blijken te geven (zie hun bijsluiters) of als de klachten niet verbeteren, wordt

een van de tricyclische antidepressiva voorgeschreven. Amitriptyline wordt bovendien gegeven tegen chronische pijnklachten en hardnekkige slapeloosheid.

Dodelijke dosis

dosis van 6 gram meestal dodelijk, maar bij clomipramine (Anafranil) is 8 gram nodig omdat dit het minst giftige middel is uit deze groep.⁷ Daarom stellen wij de dodelijke dosis van clomipramine naar boven bij op 8 gram. De toxicoloog en farmaceut die bij dit boek adviseren, menen dat de dodelijke dosis van de overige tricyclische antidepressiva 6 gram is, zolang er geen meldingen zijn ontvangen die dit tegenspreken. U kunt zelf beslissen of u een nog hogere dosis wilt innemen.

Ontwenning

wenning op. Wie een van deze middelen gebruikt, hoeft dus niet te ontwennen. Dit geldt wel voor het lang werkende slaapmiddel dat nodig is.

Slaapmiddelen

langdurige slaap. Daarom is 500 mg van ten minste één lang werkend slaapmiddel nodig. In hoge dosis geven tricyclische antidepressiva soms epileptische aanvallen of een zeer hoge temperatuur (tot 40 graden Celsius of hoger). De ingenomen slaapmiddelen onderdrukken deze toevallen, maar dat geldt niet voor de hoge koorts. Bij een hoge dosis ingenomen antidepressiva is koorts dus een normaal verschijnsel. Bij een hoge lichaamstemperatuur zal het overlijden sneller komen.

Het gebruik van antibraakmiddelen vanaf 24 uur tevoren is noodzakelijk.

Wijze van innemen

bletten, capsules of dragees. Tabletten: wrijf ze fijn in een vijzel. Capsules: open ze en bewaar het poeder droog. Dragees: deze hebben een hard omhulsel en dus kunt u ze niet fijnmaken.

Berichten uit de praktijk ► Slechts drie meldingen van zelfeuthanasie met tricyclische antidepressiva zijn ontvangen. Dit is opmerkelijk, omdat sommige van deze medicijnen zeer vaak worden voorgeschreven en niet moeilijk aan te schaffen zijn.

Er is één levensbeëindiging gemeld met slechts 4 gram amitriptyline en slechts 120 mg flurazepam (Dalmadorm) die dodelijk is verlopen. Minder dan 6 gram kan soms dodelijk zijn, maar een lage dosis (4 gram) is wel riskant. Een te lage dosis slaapmiddel kan ertoe leiden dat iemand de hart- en ademstilstand halfbewust meemaakt, zodat er geen sprake is van een humane dood.

Er zijn twee mislukkingen gemeld met clomipramine. Een 50-jarige vrouw nam 6 gram clomipramine in samen met 700 mg oxazepam en 36 mg lorazepam. Er was niemand aanwezig. Na ruim 50 uur werd zij wakker. Het is mogelijk dat zij niet alle tabletten heeft ingenomen of dat zij ze in haar slaap deels heeft uitgebraakt. Omdat niemand erbij was, valt dit niet uit te sluiten.

De tweede mislukking overkwam een man van 50 jaar en 90 kilo die vergeefs psychiatrisch was behandeld. In aanwezigheid van familie en een consulent nam hij 6,75 gram clomipramine in, tegelijk met 500 mg diazepam (Valium). Vanwege de noodzakelijke ontwenning van Valium had hij tevoren vijf weken geen Valium gebruikt. Toen hij na een uur nog niet sliep, nam hij tevens 25 mg lorazepam, een snel werkend slaapmiddel, en sliep in. Na 31 uur opende hij zijn ogen. Pas na 50 uur was hij voldoende helder om te beseffen dat hij nog leefde. Voor alle betrokkenen was deze mislukking een afschuwelijke ervaring.

Toch is het dodelijke effect van een hoge dosis clomipramine regelmatig bevestigd in de vakliteratuur. De twee mislukkingen zijn daarom geen reden om clomipramine te ontraden. Wel adviseren de toxicoloog en de apotheker voortaan een hogere dosis te nemen: 8 gram in plaats van 6 gram. Bij een lichaamsgewicht boven de 90 kilo adviseren zij een verhoging van de dosis met 1,5 gram naar een totaal van 9,5 gram.

Deze voorbeelden laten duidelijk zien hoe belangrijk het is om mislukkingen te melden met de brief in bijlage i.

Stofnaam: amitriptyline

Bekendste merknamen ► Tryptizol, Amitriptyline, Sarotex

Voorgeschreven ► Tegen depressie, bij slapeloosheid en bij chronische pijn *

Dodelijke dosis ► 6 gram = 120 tabletten van 50 mg of 240 tabletten van 25 mg

Wijze van innemen ► Tabletten fijnmaken; capsules openen en het poeder uitstrooien in vla

Tijdsduur tot overlijden ► Na 12 a 48 uur

Bijwerkingen bij overdosis ► Hoge temperatuur; soms epileptisch insult

Berichten uit de praktijk ► Eén melding die is gelukt

Stofnaam: clomipramine

Bekendste merknaam ► Anafranil

Voorgeschreven ► Tegen depressie

Dodelijke dosis ► 8 gram = 107 tabletten van 75 mg
160 tabletten van 50 mg of 320 tabletten van 25 mg

Berichten uit de praktijk ► Twee meldingen met 6 respectievelijk 6,75 gram, beide mislukt

Overige eigenschappen zijn dezelfde als bij amitriptyline.

Stofnaam: desipramine

Bekendste merknaam ► Pertofran

Voorgeschreven ► Tegen depressie

Dodelijke dosis ► 6 gram = 240 dragees van 25 mg

Berichten uit de praktijk ► geen

Overige eigenschappen zijn dezelfde als bij amitriptyline.

Stofnaam: dosulepine

Bekendste merknaam ► Prothiaden

Voorgeschreven ► Tegen depressie

Dodelijke dosis ► 6 gram = 80 dragees van 75 mg of

240 capsules van 25 mg

Wijze van innemen ► Dragees innemen geroerd door de vla;

capsules openen en het poeder uitstrooien in vla

Overige eigenschappen zijn dezelfde als bij amitriptyline.

Stofnaam: doxepin(e)

Bekendste merknaam ► Sinequan

Voorgeschreven ► Tegen depressie

Dodelijke dosis ► 6 gram = 120 capsules van 50 mg of 240 capsules

van 25 mg

Overige eigenschappen zijn dezelfde als bij amitriptyline.

Stofnaam: imipramine

Bekendste merknaam ► Tofranil

Voorgeschreven ► Tegen depressie

Dodelijke dosis ► 6 gram = 240 tabletten van 25 mg

Overige eigenschappen zijn dezelfde als bij amitriptyline.

Stofnaam: nortriptyline

Bekendste merknamen ► Nortrilen, Aventyl

Voorgeschreven ► Tegen depressie

Dodelijke dosis ► 6 gram = 120 tabletten van 50 mg of 240 tabletten

van 25 mg

Overige eigenschappen zijn dezelfde als bij amitriptyline.

Barbituraten

Algemene informatie ► De dood treedt in door een combinatie van adem- en hartstilstand. Alle barbituraten zijn geschikt voor een humane levensbeëindiging. We bespreken fenobarbital, pentobarbital, secobarbital en het bekende, maar niet meer verkrijgbare, Vesparax. In de tabel achterin staan ook amobarbital, butobarbital, cyclobarbital en Thiopental (voor injectie) genoemd, met daarbij de landen waar u misschien nog met moeite een recept kunt krijgen.

Verkrijgbaarheid ► In Nederland en België kunnen alleen artsen aan barbituraten komen bij de uitvoering van euthanasie. De weinige barbituraten die in het buitenland nog wel in de handel zijn, vallen onder de Opiumwet en zijn zeer moeilijk te verkrijgen. Een uitzondering is fenobarbital (Luminal) dat tegen epilepsie wordt voorgeschreven en dat niet onder de Opiumwet valt.

In de anesthesie en de palliatieve zorg worden barbituraten door artsen nog regelmatig gebruikt. Het gebruik ervan tegen slapeloosheid is bijna nergens meer mogelijk.

Barbituraten worden ook gebruikt om dieren uit hun lijden te verlossen. Maar deze zijn alleen in de veterinaire geneeskunde door dierenartsen te verkrijgen en ook hierop is toezicht door de Inspectie. Vloeibaar pentobarbital (Nembutal) is in Mexico op recept nog verkrijgbaar in dierenwinkels en bij dierenartsen. Dit wordt uitvoerig beschreven in Nitschke (2006). Sindsdien reizen toeristen naar Mexico om er Nembutal te kopen. Mogelijk zullen de autoriteiten dit 'euthanasie-toerisme' proberen tegen te gaan of zal er namaak-Nembutal verkocht gaan worden.⁸

Dodelijke dosis

Wanneer iemand dit heeft ingenomen, zal hij of zij overlijden, mits er geen braken of diarree optreedt en er geen maagspoeling plaatsvindt. Niemand hoeft zich ongerust te maken dat

de zelfdoding zal mislukken als iemand na 24 uur nog ademt. Bij fenobarbital kan het zelfs 72 uur duren.

Gebruik van barbituraten bij euthanasie
pentobarbital of Thiopental bij euthanasie. Het barbituraat is bedoeld om de patiënt in een diepe slaap te brengen. Daarna wordt een ander medicijn ingespoten dat de ademhaling vaak binnen een minuut doet stoppen.

In plaats van de dood 'aan de naald' geven artsen soms een drank met 9 gram pentobarbital of secobarbital. Binnen een kwartier valt deze in slaap, waarna de familie op het overlijden wacht. Na het innemen van 9 gram barbituraat vindt het overlijden meestal binnen twee uur plaats. Een enkele keer duurt het langer. In Nederland dienen sommige artsen dan een dodelijke injectie toe. Na een uur is al het barbituraat in het bloed opgenomen en is het overlijden door het ingenomen barbituraat onafwendbaar.

Slaapmiddelen
de meeste barbituraten. Zij geven behalve een diepe ook een langdurige slaap.

Ontwenning
del worden voorgeschreven, is ontwenning niet aan de orde. Slaapmiddelen zijn dus niet nodig, behalve bij fenobarbital (zie daar). Wie van plan is fenobarbital te gebruiken, moet ook het (eventuele) gebruik van benzodiazepinen als slaapmiddel tijdig staken. Zie het standaardadvies over ontwenning in hoofdstuk 4.

Houdbaarheid ► Bewaar barbituraten in het donker, in een goed afgesloten glazen flesje of flacon (te koop bij apotheek) zodat er geen vocht bij kan komen.

Wijze van innemen ► Een antibraakmiddel is nodig. De tabletten fijn maken in een vijzel.

Informatie per barbituraat

Stofnaam: fenobarbital

Bekendste merknamen ► Luminal, Gardenal, Phenobarbital,

Phenobarbitone

Voorgeschreven ► Bij epilepsie uitsluitend op doktersrecept

Dodelijke dosis ► 6 gram = 60 tabletten van 100 mg, of 120 tabletten

van 50 mg, of 240 tabletten van 25 mg

Slaapmiddel nodig ► Van belang bij fenobarbital; niet nodig bij

pentobarbital, secobarbital en Vesparax

Wijze van innemen ► *Tabletten* fijnmaken of in hun geheel in vla

strooien

Tijdsduur tot overlijden ► Na 12 tot 72 uur

Berichten uit de praktijk ► Twee meldingen

Slaapmiddelen

Combinatie met 500 mg van een lang werkend benzodiazepine is noodzakelijk, omdat het overlijden lang op zich laat wachten.

Ontwenning bij epilepsie ►

leptische aanvallen gebruiken en die dit middel voor zelfdoding willen gebruiken, moeten ten minste vier weken clean zijn. De totale ontwenningduur van fenobarbital bedraagt dus zes weken: twee weken afbouw en vier weken clean. Tijdens deze zes weken zou er bij een patiënt met epilepsie een epileptische aanval kunnen optreden. Dit is een ernstig risico dat met een arts moet worden besproken. Deze zou een ander middel tegen epilepsie kunnen voorschrijven dat geen barbituraat is en ook geen benzodiazepine.

Berichten uit de praktijk

de naleving van het behandelverbod moet weten dat het overlijden wel drie dagen op zich kan laten wachten. Het is niet verstandig om de eerste 72 uur na het innemen van fenobarbital een arts te waarschuwen, omdat deze meestal een ziekenhuisopname zal voorstellen. Als er geen beademing of andere levensreddende ingrepen worden verricht, zal de persoon niet meer ontwaken.

Er zijn twee meldingen. De ene persoon gebruikte 6 gram fenobarbital en overleed na 72 uur. De andere overleed met 4,5 gram fenobarbital. Onbekend is na hoeveel tijd het overlijden kwam. Minimaal 6 gram is nodig om een grote kans te hebben dat het overlijden zal volgen.

Stofnaam: pentobarbital

Bekendste merknamen ► Nembutal, Pentobarbital

Voorgescreven ► Bij doktershulp bij zelfdoding; in diergeneeskunde veel gebruikt voor euthanasie bij dieren

Verkrijgbaarheid ► In Mexico zonder recept bij dierenarts of-winkel

Slaapmiddel ► niet nodig

Dodelijke dosis ► 6 gram

Wijze van innemen ► tabletten fijnmaken; in vloeibare vorm opdrinken; zeer bitter, daarom is antibraakmiddel van belang

Tijdsduur tot overlijden ► Als regel binnen 24 uur

Berichten uit de praktijk ► 22 meldingen

Dodelijke dosis ► Zes gram opdrinken

Verkrijgbaarheid ► Nembutal kan als vloeistof die men kan drinken in Mexico worden gekocht bij dierenwinkels of dierenartsen. Nembutal blijkt sinds kort ook te bestellen via enkele internetapotheken. Voor de laatste stand van zaken, raadpleeg De Einder.

Berichten uit de praktijk

gevallen van levensbeëindiging gemeld met pentobarbital (Nembutal). De betrokkenen dronken minimaal 6 of meer, soms wel 12 gram Nembutal. De tijdsduur tot overlijden varieerde van 15 minuten tot 5,5 uur. In de VS wordt bij Nembutal soms ook een bètablokker ingenomen (160 a 360 mg propranolol). Men heeft het idee dat een bètablokker de hartslag zo vertraagt dat daardoor het overlijden zou worden bespoedigd. Toevoeging van een bètablokker bevelen wij niet aan, zoals reeds is besproken in noot 6. Het is ook niet nodig, omdat 6 gram van een barbituraat op zichzelf al dodelijk is.

Stofnaam: secobarbital

Bekendste merknaam ► Thiopental (uitsluitend verkrijgbaar als injectie)

Voorgeschreven Als voorbereiding op euthanasie door artsen

Verkrijgbaarheid ► Uitsluitend voor artsen

Wijze van toediening ► Injectie in bloedvat

Dosis om diepe slaap te verkrijgen ► In Nederland wordt door artsen 1,5 gram in een ader gespoten om de patiënt snel in slaap te brengen

Dodelijke dosis ► 9 gram. Vanuit België is gemeld dat een injectie met slechts 2 gram in een ader vaak ademstilstand geeft

Berichten uit de praktijk ► Honderden meldingen, één mislukking

Berichten uit de praktijk ► Is één mislukking gemeld in de staat Oregon (VS) op meer dan 250 gelukke zelfdodingen met 9 gram secobarbital. Een man ontwaakte 65 uur na het innemen daarvan. Vermoedelijk is de verklaring dat de man de secobarbital tegelijk met het laxermiddel Lactulose innam. Lactulose geeft diarree, waardoor te weinig van het barbituraat in het bloed kwam.

Vesparax

Vesparax is een mengsel van twee barbituraten: secobarbital (150 mg) en brallobarbital (50 mg). Vesparax is in Nederland en België uit de handel genomen. Sommige mensen hebben nog een voorraad. In de tabel achterin dit boek staan de landen vermeld waar het met grote moeite nog van een arts verkrijgbaar zou kunnen zijn.

Dodelijke dosis niet
per tablet. Dertig tabletten Vesparax zijn voldoende.

Slaapmiddel Niet nodig, zolang men geen barbituraat dagelijks als slaapmiddel gebruikt. Een antibraakmiddel is wel nodig omdat het erg bitter is.

Houdbaarheid Oudere mensen die lang geleden in het buitenland Vesparax hebben gekocht, vragen soms of hun voorraad nog geschikt is voor zelfeuthanasie. Zoals in hoofdstuk 4 onder houdbaarheid is gezegd, neemt de werking van medicijnen die droog en in het donker zijn bewaard, pas na tien jaar af met ongeveer 10 procent en na twintig jaar opnieuw met circa 10 procent. Na tien jaar is het daarom aan te bevelen ongeveer 35 tabletten in te nemen, na twintig jaar 40 tabletten, enzovoort.

Berichten uit de praktijk
minste 30 tabletten Vesparax (6 gram barbituraat). De gerapporteerde tijdsduur tot het overlijden was minimaal 20 minuten tot maximaal 23 uur. Dit laatste geval betrof iemand die de Vesparax 25 jaar had bewaard: de ingenomen 40 tabletten werkten wel maar het duurde langer.

Vier personen namen Vesparax in een lagere dosis (4 tot 5 gram) en combineerden dit met een grote dosis van een opiaat. Zij zijn overleden.

Eén persoon overleed na het innemen van slechts 15 tabletten (= 3 gram) Vesparax tegelijk met een lage dosis van een opi-

aat. Ook een andere persoon (85 jaar) overleed na het innemen van 15 tabletten. Het duurde wel 36 uur. In beide gevallen had het heel goed kunnen mislukken.

HOOFDSTUK 6

Onzekere of gevaarlijke methoden

Vooraf - Misverstanden - De mythe van de plastic zak -
Koolmonoxide

Vooraf

Suicide- of zelfmoordsites, je vindt ze op internet. Met allerlei onzekere en gevaarlijke methoden om uit het leven te stappen. We kunnen ze onmogelijk allemaal bespreken. Maar één ding is zeker: de meeste informatie op internet is misleidend. Ton Vink concludeert dat de informatie over zorgvuldige zelfdoding die de NWE-vwebsite digitaal ter beschikking stelt 'op een beperkt aantal internetpagina's, wellicht toch niet zo'n goed idee is'. (Zie kader aan het slot van hoofdstuk 7; zie ook hoofdstuk 11).

We beginnen met medicijnen en natuurlijke gifstoffen waarvan velen denken dat ze dodelijk zijn. Gevolgd door onzekere of gevaarlijke methoden: een plastic zak over het hoofd en zelfdoding met het gas koolmonoxide.

Misverstanden

Er bestaan veel misverstanden over dodelijke medicijnen. Zelfs artsen zijn hierover vaak niet goed geïnformeerd. Zij denken dat bepaalde medicijnen in overdosis dodelijk zijn. Insuline, in gebruik bij suikerpatiënten, kan in overdosis soms dodelijk zijn voor oude mensen met een slechte lichamelijke conditie. Maar het dodelijke effect ervan is uiterst onzeker bij mensen die niet ernstig ziek zijn. Dit leert de toxicologie, de wetenschap van vergiften. De gevallen waarin iemand niet

dood is gegaan na een overdosis insuline, worden zelden of nooit bekend.¹

Sommigen zeggen dat medicijnen voor hartpatiënten in een hoge dosis geschikt zouden zijn om je van het leven te beroven, zoals Digoxine (uit de plant digitalis), bètablokkers zoals Metoprolol of een calciumantagonist zoals Isoptin. Zij hebben in lage dosis een gunstige invloed op het hart. In zeer hoge dosering kunnen zij een onregelmatige hartslag veroorzaken, maar hier ga je zelden aan dood.

Er zijn fabeltjes in omloop over het innemen van een paar doosjes aspirine of paracetamol. Beide leiden in hoge dosis tot een zeer pijnlijke dood die weken duurt.

Hoe dodelijk zijn gifstoffen in de natuur? Sinds Socrates een extract van dollekervel dronk, zijn er al mythen in omloop over humane middelen voor een zelfverkozen levenseinde. Socrates stierf niet de milde dood die Plato in *Phaedo* zo romantisch omschreef, in filosofische discussie met zijn vrienden. Hij is langzaam gestikt.² Het vergif in planten (de goudenregen, digitalis, doornappel of taxus, om er maar een paar te noemen) of in paddenstoelen is in de meeste gevallen niet dodelijk en zeker niet pijnloos.

Van allerlei dierlijke en plantaardige gifstoffen wordt gezegd dat zij iemand hebben gedood. Vooral sommige slangen en spinnen zouden dodelijk zijn. Dat is zeker mogelijk, maar wel met de afschuwelijke ervaring van verlamming bij helder bewustzijn. Er is geen enkel dierlijk of plantaardig gif bekend dat met grote waarschijnlijkheid een humane dood geeft. De in Nederland verkrijgbare soorten rattengif en middelen tegen insecten zijn zelden tot nooit dodelijk bij de mens.

De mythe van de plastic zak

De methode werkt in theorie als volgt: eerst neem je slaapmiddelen in. Voor het inslapen trek je een ruime plastic zak over het hoofd die je met elastiek of klittenband rond de hals vastzet. In zittende houding houd je met de hand de zak aan de hals open

tot j e in slaap valt. De zuurstof die zich in de plastic zak bevindt, is na ongeveer twintig minuten op en dus zou j e in de slaap stikken door zuurstofgebrek. Maar zo gaat het meestal niet.³

Hoe gaat het in werkelijkheid? Mensen die erbij waren, vertellen dat iemand wel in slaap valt maar na ongeveer tien minuten door toename van kooldioxide in de zak hevig gaat bewegen. Je worstelt om lucht te happen, precies zoals je worstelt als je onder water wordt geduwd. Hierdoor verschuift de plastic zak een beetje. Net genoeg om lucht toe te laten langs het elastiek, zelfs als dit goed om de hals is bevestigd. Dan slaapt iemand verder tot de slaapmiddelen zijn uitgewerkt. Je wordt wakker met de kater van een mislukte zelfdoding. Mensen schamen zich hiervoor en daarom worden mislukkingen zelden bekend.

De NVVE gaf in het verleden het advies dat je met je hand of met een koordje de zak bij je hals openhoudt, totdat je in slaap valt. Maar dit voorkomt de mislukking niet: het worstelen om lucht te krijgen begint pas nadat je bent ingeslapen. Zodra je weer lucht krijgt door een kleine opening bij de hals, val je weer in slaap. In ongeveer de helft van de gevallen waarbij een ooggetuige aanwezig was die niet actief ingreep, mislukte de methode.⁴

Drie onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar gemeld dat de methode vaak pas effectief was nadat anderen de zak om de hals hadden bevestigd en de armen van de in slaap gevallen persoon hadden vastgehouden.⁵ De aanwezigen durven niet te praten over hun helpende rol bij de zelfdoding. Een vertrouwenspersoon die aanwezig is en weet hoezeer zijn dierbare naar de dood verlangde, zal toegeven aan de verleiding om de zak weer om de hals te bevestigen en vervolgens de handen van de dierbare vasthouden zodat deze de zak niet kan verwijderen.⁶ Dit kan tot levenslange schuldgevoelens leiden, en tot levenslang zwijgen, vanwege het risico te worden vervolgd. Zo blijft 'de mythe van de plastic zak' bestaan.

In het *Schotse boekje* (NVVE 1996), en vervolgens opnieuw in 2009 op de website van de NVVE, wordt geponeerd dat 'met

snelwerkende en lang werkende slaapmiddelen, gebruikt in combinatie met een plastic zak die u over het hoofd bevestigt, u door gebrek aan zuurstof overlijdt.⁷ Er wordt niet gewezen op de grote kans dat dit mislukt door onwillekeurige bewegingen en evenmin op het risico dat de aanwezigen uit mededogen toch actief gaan helpen.

Plastic zak onwaardig en overbodig

Twee mensen namen een dodelijke dosis opiaten in, samen met slaapmiddelen, en deden een plastic zak om hun hals. Zelf vonden zij het onwaardig om zo te sterven. Ze deden het 'voor alle zekerheid'. Uren later overleden zij. Bij een goed afgesloten plastic zak is alle zuurstof na twintig minuten op. Het is dus uitgesloten dat de plastic zak enig nut heeft gehad. Zij kregen gewoon nog lucht door een kier. De opiaten waren de oorzaak van het overlijden.

Nu ja, zo redeneren sommigen, als het mislukt, is er in elk geval ook geen schade aangericht. Na een mislukte poging met een plastic zak is nooit hersenletsel gepubliceerd. Toch is de stelling 'baat het niet, dan schaadt het niet' niet op haar plaats: elke mislukking is een ellendige ervaring voor iemand die weloverwogen het leven wil beëindigen. En een belasting voor degenen die erbij waren. Gebruik van de plastic zak schaadt wel. De NVVE is er vaak op gewezen dat zelfdoding met benzodiazepinen en een plastic zak regelmatig mislukt tenzij er door naasten actieve hulp wordt verleend. Helaas blijft de NVVE-website de methode toch noemen. Men gaat een inhoudelijke discussie hierover uit de weg.

Koolmonoxide

Houtskool in trek voor zelfdoding

In een Nederlandse krant stond: 'Het aantal zelfdodingen in Hongkong neemt toe door de verkoop van barbecuehoutskool. Het was enkele jaren nog niet bekend dat zelfdoding mogelijk was door houtskool te verbranden in een slecht geventileerde ruimte. Tegenwoordig is het in Hongkong, na de sprong van een flatgebouw, de meest gebruikte methode. Hulpverleners die zelfdoding proberen te voorkomen, hebben gevraagd houtskool uit de schappen te halen.'

De 'houtskoolmethode', waarbij koolmonoxide vrijkomt, is onzeker en gevaarlijk omdat je voortijdig gevonden kunt worden en je hersenen dan vaak blijvend beschadigd zijn. Zij is ook gevaarlijk voor mensen die zich in dezelfde of een kamer ernaast bevinden.

De methode gaat als volgt: bij het verbranden van houtskool in een slecht geventileerde ruimte komt na enige tijd koolmonoxide vrij, een reukloos gas dat in hoge concentratie ontvlambaar is. Als je dit gas inademt, krijgen de hersenen na verloop van tijd te weinig zuurstof. Zelfs een lage concentratie koolmonoxide zal na enige tijd tot zuurstofgebrek in de hersenen leiden.

Aanvankelijk bemerk je een slaperig gevoel, dat ongemerkt overgaat in een coma. Dit gebeurt niet alleen bij de persoon met een doodswens, maar ook bij ieder ander in dezelfde kamer of in een kamer ernaast. Soms treedt de dood snel in (binnen dertig minuten), soms langzaam (na een paar uur).

Tot in de jaren tachtig was zelfdoding door uitlaatgassen van een stationair draaiende auto in een garage niet zeldzaam. Een buigzame slang werd aangesloten op de uitlaat van de auto en kieren van de ramen werden afgeplakt. In oude auto's was er een relatief hoge concentratie koolmonoxide in uitlaatgassen. Volgens persberichten uit Japan gaan jonge-

ren nog wel eens over tot een groepszelfdoding in een oude bestelbus. Moderne auto's met een efficiënte verbrandingsmotor produceren soms honderd maal minder koolmonoxide. Levensbeëindiging met deze methode is nog steeds mogelijk, maar duurt zó lang dat de kans op een voortijdige ontdekking groot is. Met daarbij een grote kans op blijvende hersenbeschadiging.⁸

HOOFDSTUK 7

Zelfdodingsconsulent Ton Vink: 'Je eigen pil van Drion is veel waard'

'Niemand kan bestrijden dat zelfdoding dikwijls in
overeenstemming is met ons eigen belang en onze
plicht tegenover onszelf: ouderdom, ziekte of ongeluk
kunnen het leven tot een last maken, een last die
zwaarder kan wegen dan het leven zelf.'

David Hume¹

Ton Vink is filosoof en werkt als counselor samen met de Stichting De Einder. In de volksmond wordt hij 'zelfdodingsconsulent' genoemd. Maar: 'Het is een misverstand dat wie bij mij komt, meteen uit het leven wil stappen.' Een interview over zijn praktijk waar de laatste jaren ook oudere echtparen komen.

Dr. Ton Vink houdt kantoor aan huis in een gemeente onder de rook van Arnhem. Hij zit in een rieten stoel voor het raam. Onder zijn bureau snort een kat, in huis gekomen na een overlijden in de familie. Voor alle duidelijkheid zegt hij meteen: 'Ik verschaf nooit de medicijnen. Ik ben niet actief bij de zelfdoding betrokken. Ik geef informatie, algemeen advies en morele steun.'

Vink formuleert bedachtzaam, helder en met een glimlach om zijn mond. Hij geeft advies, informatie en steun bij vragen over een waardig levenseinde onder eigen regie. Wat hij zoal

meemaakt in zijn counselorpraktijk, beschreef hij in het boek *Zelf over het levenseinde beschikken. De praktijk bekeken*.²

Zo schrijft hij over Wim, een aardige, ontwikkelde man van 86, enerverend leven achter de rug, reislustig en verwoed zeiler. Tijdens zijn reizen verzamelt Wim de nodige dodelijke medicijnen. Niet om zijn leven op korte termijn te beëindigen, wél om de regie over zijn levenseinde in eigen hand te houden. Pas jaren later, Wim is dan 93 en zijn krachten worden minder, neemt hij omringd door zijn kinderen zijn medicijnen in.

Zo gaat het vaak, zegt Vink. 'Mensen hebben allemaal dezelfde vraag: hoe kunnen zij greep op hun eigen levenseinde krijgen of houden? Niet mogen sterven, terwijl je dat ooit wél wil, is hun grote zorg. Om te beginnen is voor hen kennis van belang. Als ze weten hoe ze hun eigen pil van Drion kunnen samenstellen, is dat hun veel waard. Dan zijn ze gerustgesteld, en leven vaak nog jaren verder.'

Zelf mogen beschikken over je levenseinde is voor Vink een belangrijk uitgangspunt. 'In de Romeinse tijd konden de machthebbers hun onderdanen dwingen te sterven, zoals de Romeinse filosoof Seneca die in het jaar 65 van keizer Nero een bevel tot zelfdoding kreeg, waarbij dokters zijn aderen openden. Nu is een heel andere vraag actueel: kan de overheid haar burgers verplichten om te blijven leven?'

Als het niet lukt om van de huisarts recepten voor kleine hoeveelheden te krijgen, moet je 'een rondje apotheek maken'. Chioroquine, Depronal en antidepressiva kun je doorgaans betrouwbaar kopen in een ander Europees land, zegt Vink: 'Dat geeft de zekerheid dat de inhoud overeenstemt met wat op het doosje staat. Medicijnen via het internet is een heikel punt als de internetapotheek zich buiten Europa bevindt. Het is verstandig te controleren of de medicijnen in een strip verpakt zitten waarop de naam en dosis van het middel gedrukt staan. Controleer ook of er in het doosje een bijsluiter zit in het Engels, Spaans of andere Europese taal. Als je het niet vertrouwt, bespreek je twijfels dan met een counselor die op de hoogte is

van betrouwbare internetadressen.' Het lukt iedereen om aan dodelijke medicijnen te komen, is zijn ervaring. 'Sommigen hebben ze binnen een paar weken, anderen doen er maanden over. Begin tijdig. De aanhouder wint.'

Mensen die een beroep op zijn kennis doen, omschrijft hij als 'mensen die bewust in het leven staan. Ze denken na over hun keuzes en hoe ze daarover zelf zeggenschap kunnen houden. Je zou ze in drie groepen kunnen indelen. De eerste bestaat uit personen die net slecht nieuws hebben gekregen. Zij hebben gehoord dat ze aan een ernstige ziekte lijden: kanker, parkinson, alzheimer of een andere nare diagnose. Ze zijn bezorgd en willen greep op hun levenseinde houden.'

Groep twee zijn ouderen die, zoals dat heet, klaar met leven zijn. 'Ze zijn niet levensmoe,' benadrukt Vink, 'maar hebben het gevoel dat hun leven langzamerhand is afgerond.' Ten slotte komen ook mensen met psychiatrische problemen in zijn praktijk. 'Bij hen ben ik extra voorzichtig, omdat ik geen psychiater ben. Zij hebben vaak langdurige behandelingstrajecten achter de rug. Soms wel dertig jaar. In principe zouden zij in aanmerking komen voor doktershulp bij zelfdoding, maar psychiaters zijn hier slechts bij hoge uitzondering toe bereid.' Ook voor mensen met psychiatrische problemen geldt dat zij dodelijke medicijnen willen verzamelen als geruststelling. Dus niet om ze meteen in te nemen. 'Maar bij hen is het een gevoeliger punt,' zegt Vink. 'Het in bezit hebben van de medicijnen kan hen in de verleiding brengen deze op een moeilijk moment in te nemen. Daarom adviseren wij altijd om de medicijnen onder te brengen bij een vertrouwenspersoon of op fysieke afstand te bewaren, bijvoorbeeld in een bankkluis in een andere gemeente.'

De laatste paar jaar wordt Ton Vink geconfronteerd met een nieuwe groep: echtparen die samen het leven willen verlaten. 'Ze zijn samen oud geworden, hebben een lang huwelijk achter de rug en geen van beiden wil alleen achterblijven. Zij zeggen: "Onze rit zit erop."'' Neem het echtpaar Verkade. Toen zij

hem voor het eerst consulteerden, waren ze 74 en 72 jaar oud. 'Doordrongen van de wens om samen te overlijden. Niet meteen, maar wel om het op termijn mogelijk te maken. Hun plan werd doorkruist toen meneer Verkade kanker kreeg met een dramatisch snel verloop. Een week na zijn crematie nam mevrouw haar eigen pil van Drion in.' Ook Annegreet van Bergen (2010) beschrijft een echtpaar dat tegelijkertijd de dodelijke middelen innam. De vrouw leed aan dementie. Onduidelijk is of zij nog kon begrijpen dat zij door de pillen zou overlijden of dat de echtgenoot invloed uitoefende op het innemen ervan.

Soms spreekt Vink met cliënten over stoppen met eten en drinken. 'Vooral bij mensen op gevorderde leeftijd en met een zwakke conditie, of bij ouderen die geen zin hebben om de medicijnen te verzamelen. Ik heb hier goede ervaringen mee.' Wel raadt Vink de betrokkenen altijd aan om tijdig contact met de huisarts en thuiszorg te leggen. 'Die zijn immers onmisbaar voor palliatieve, verzachtende zorg. En zo kan de huisarts aan het idee wennen. Het is immers het mooiste als alles in harmonie verloopt.'

Vink praat altijd uitvoerig met zijn cliënten over hun doodswens. 'Wat maakt u zo zeker dat u uw leven wilt beëindigen? Welke mogelijkheden om te blijven leven hebt u onderzocht?' Contact met de familie van de hulpvragers is onmisbaar voor een zorgvuldige besluitvorming. De familie kan meedenken over de doodswens en de alternatieven. Die betrokkenheid vermindert het verdriet bij de nabestaanden, als het ooit zo ver komt.

'Het heeft voor de familie vaak grote betekenis om het moment mee te maken. Zorg datje niet actief bij de zelfdoding betrokken bent, want dat is strafbaar,' zegt Vink. Soms is hijzelf ook aanwezig, op verzoek van de betrokkenen en de familie, om morele steun te geven.

Hij herinnert zich mevrouw Krachten, chronisch ziek en invalide, die toch zelf de medicijnen fijnmaalde. 'Ze wilde niet dat iemand haar hielp. En begon aan haar tocht naar de slaapkamer leunend op haar wandelstok. In haar andere hand

hield zij haar bakje met medicijnen, dat gevaarlijk zwaaide.’
Lachend: ‘Ik hield mijn hart vast.’

In (streng-)gelovige kringen is het soms lastig om dierbaren bij het naderende zelfgekozen levenseinde te betrekken. Vink herinnert zich meneer Franeker, ruim over de tachtig. Op twee familieleden na kon hij met zijn gelovige familie niet over zijn voornemen spreken. Gelovige mensen stellen er prijs op dat hun dood als ‘natuurlijk overlijden’ te boek komt te staan. Dit kan wel eens lukken als je een aantal maatregelen neemt. ‘Gooi alle verpakkingen en lege strips weg. Schrijf geen afscheidsbrief en schuif het bakje waarmee je de medicijnen hebt ingenomen in de prullenbak. Bij hoogbejaarden wordt natuurlijk sneller aangenomen dat zij rustig in hun slaap zijn ingeslapen. Bij jongeren wordt meestal bloed afgenomen voor laboratoriumonderzoek.’

Bij een levenseinde met medicijnen staat de nabestaanden soms veel rompslomp te wachten. ‘In de praktijk moet de huisarts de schouwarts waarschuwen. Maar dat gebeurt niet altijd,’ zegt Vink. ‘De schouwarts moet de officier van justitie informeren dat er een niet-natuurlijke dood is. Vaak komt er dan ook politie over de vloer. Soms stelt die zich soepel op, soms heel vervelend.’

Vink kent uitwassen van politieoptreden. ‘Het echtpaar Beker (90 en 86 jaar) bijvoorbeeld wilde samen sterven. Op een avond namen zij hun bijeengesprokkelde pillen in, een goede vriend was erbij. De volgende ochtend kwam de vriend terug. Mevrouw bleek overleden, meneer nog niet. De huisarts werd gebeld en die schakelde de politie in. Gevolg: een stoet politieagenten en mensen in andere officiële functies in huis. De officier van justitie overwoog meneer Beker, die in coma lag, aan te klagen wegens moord op zijn vrouw. Te midden van deze onrust overleed meneer.’

Ander voorbeeld: ‘Peter Pantser, nog geen veertig en chronisch ziek. In het bijzijn van zijn familie nam hij zijn medicijnen in. De schouwarts schakelde de officier van justitie in.

Politieauto's met zwaailicht zetten de straat af. De familieleden werden als verdachten beschouwd. Het lijk moest mee voor sectie, en de officier van justitie wist niet wanneer het lijk zou worden vrijgegeven. Peter dreigde te laat te komen op zijn eigen crematie.'

Ton Vink ziet graag een einde aan zulke praktijken. 'Ik snap dat een huisarts moet constateren of iemand een natuurlijke dood of door moord is gestorven. Als er sprake is van zelfdoding, is de schouwarts nu nog verplicht de officier van justitie in te schakelen. Maar ik vind dat als de huisarts en de schouwarts samen concluderen dat er sprake is van zelfdoding, maar dat er geen dingen zijn gebeurd die niet door de beugel kunnen, zij in zo'n geval de officier van justitie niét hoeven in te schakelen.'

En: 'Zou het niet zinvol zijn als geschikte medicijnen voor zelfdoding makkelijker verkrijgbaar zouden zijn voor mensen met een weloverwogen doodswens? Zodat ze niet overgeleverd zijn aan zoektochten in een ander land? Of aan een buitenlandse apotheek op het internet die met rommel geld wil verdienen? Moeten deze medicijnen per se achter slot en grendel voor iedereen?'

Ook hoopt Vink dat artikel 294 uit het Wetboek van Strafrecht verdwijnt, het verbod op hulp bij zelfdoding. 'Dit wetsartikel stamt uit de negentiende eeuw. Nu gaat alle aandacht uit naar de mogelijke hulp die bij de zelfdoding wordt verleend, terwijl belangrijker is dat iemand zelf besluit het leven humaan te beëindigen en dat op waardige wijze probeert te doen.'

Vink mist respect voor de moed van mensen om de stap te zetten, of juist uit te stellen. Zoals Henk die, na een arbeidzaam en druk leven, uit het leven wilde stappen. Hij stelde zijn daad uit toen zijn vrouw ernstig ziek bleek te zijn en wijdde zich volledig aan de zorg voor haar. Pas nadat zij gestorven was, zette hij de stap. Hij nam ontspannen zijn medicijnen in, begeleid door een mooi glas cognac 'formaat vissenkom'.

Vink over de website van de NVVE

November 2009 opende de NVVE een website voor haar leden. Zij kunnen daar korte informatie lezen over de namen en doseringen van dodelijke medicijnen. Ton Vink zegt hierover: 'Mijn voorlopige conclusie is dat de poging om zodanig wezenlijke informatie uit een boek van 200 pagina's³ digitaal beschikbaar te stellen op een beperkt aantal internetpagina's, wellicht toch niet zo'n goed idee is. De stap naar een zorgvuldige levensbeëindiging onder eigen regie vereist een zo groot mogelijke helderheid in de besluitvorming en een zo groot mogelijke zorgvuldigheid in de uitvoering. Ik betwijfel eerlijk gezegd of zich dat leent voor digitalisering.'⁴

III

Helium

HOOFDSTUK 8

De heliummethode

Vooraf- Voor wie? - Voorbereiding - Uitvoering - Is hulp
nodig en ook strafbaar? - Aanpassingen in de methode
die wij afraden - Onderzoek - Persoonlijke afweging -
Conclusie

Vooraf

Als artsen weigeren euthanasie te verlenen, kunt u zelf de regie over uw dood in handen nemen. Bijvoorbeeld met medicijnen, door te stoppen met eten en drinken of met behulp van heliumgas. Helium wordt gebruikt om ballonnen te laten zweven. Het is te koop in feestwinkels. Helium is reukloos, niet brandbaar en niet explosief. Als er helium in de kamer komt, is het niet gevaarlijk voor anderen die het inademen.

In veel levens komt een moment dat mensen dieper gaan nadenken over hun dood. Hoe zal het gaan als je oud en ziek wordt en niet meer zelfstandig kunt wonen? Of stel dat je een ziekte hebt met een onvoorspelbaar verloop: je weet niet hoe lang je nog kunt lopen, zien, horen of praten. Wat doe je als het leven een zware last wordt en je eruit wilt stappen, maar je huisarts weigert je te helpen? Dan zult u de regie over uw dood zelf in handen moeten nemen. Tijdig uitzoeken dus wat de mogelijkheden zijn en welke daarvan bij u past. Eén manier om je leven te beëindigen is met helium, snel en pijnloos.

In dit hoofdstuk leest u hoe helium werkt. Als u het goed en op tijd voorbereidt, hebt u zelf de controle op het moment dat de last te zwaar wordt. U hoeft uw dierbaren niet op te zadelen met iets waarmee ze later moeilijkheden kunnen krijgen. Tijdige voorbereiding geeft de ruimte om samen met uw naasten alles te halen uit de tijd die u nog hebt.

Informatie, géén advies

Wij geven in dit hoofdstuk informatie, géén advies om helium te gebruiken.

De tekst is met grote zorg opgesteld, recente ontwikkelingen zijn hierin verwerkt tot december 2011.

De auteurs zijn niet verantwoordelijk voor een mislukking of ongelukkig verloop.

Voor wie?

Helium is een mogelijkheid voor mensen die

- niet willen of niet kunnen stoppen met eten en drinken;
- niet aan dodelijke medicijnen kunnen komen;
- een snellere dood wensen dan met medicijnen mogelijk is;
- niet kunnen ontwennen van slaapmiddelen (hoofdstuk 4);
- pillen niet kunnen doorslikken of gauw misselijk worden.

Alle onderdelen zijn eenvoudig te verkrijgen.

- Twee wegwerpheliumtanks van elk 23 liter, waarin onder druk 420 liter helium zit samengeperst. Deze wegwerptanks kan men kopen in een feestwinkel of via internet bestellen. Googel bijvoorbeeld 'heliumgas en feest' of 'helium huren'. Ze zijn niet zwaar.
- Twee buigzame plastic slangen van ongeveer twee meter lengte met een binnenmaat van negen millimeter, te koop bij een ijzerhandel of aquariumwinkel.
- Een grote braadzak van 40 bij 50 centimeter. Die is zeer sterk, heeft geen naden en is doorschijnend. U kunt hem via internet bestellen. Googel bijvoorbeeld 'braadzak' of 'turkey bag'.
- Een smalle band stug elastiek van ongeveer 1,20 meter lang, verkrijgbaar bij een stoffenwinkel.
- Een rolletje pleistertape van de drogist. 'Duet tape' raden wij

af omdat het zo sterk kleeft dat er bij het plakken gauw een lek in de zak komt.

- Een schaar en een flinke veiligheidsspeld.

Hoe werkt de heliummethode?

Het helium wordt uit de tanks door plastic slangen naar de zak over het hoofd geleid. Als je zuivere helium inademt die niet of nauwelijks vermengd is met lucht uit de kamer, verlies je snel het bewustzijn. Het helium moet alle lucht uit de zak drukken. Dit gebeurt als de opening van de zak bij de hals aansluit maar niet al te strak zit, zodat helium hier naar buiten kan stromen.

Film over de heliummethode

Sommigen vinden de handleiding die nu volgt niet duidelijk genoeg. Er circuleert al een demonstratiefilmpje op YouTube, maar dat slaat veel stappen over die voor een goede voorbereiding en uitvoering onmisbaar zijn. Boudewijn Chabot heeft met hulp van enkele ingenieurs onderzoek gedaan. Op basis van de resultaten heeft Diego Pos een demonstratiefilm over de heliummethode gemaakt. Deze film kunt u bestellen op www.heliumthuissterven.nl.

Vorbereiding

Er zijn twee onderdelen: het klaarmaken van de zak voor gebruik en het verbinden van de zak met de beide heliumtanks door twee buigzame plastic slangen. We nemen deze voorbereidingen stap voor stap door. Als u het niet direct begrijpt, kijk dan naar de film waarop het wordt voorgedaan.

Stap één: een zoom maken in de zak

Leg de zak plat op een tafel. Maak in de rand een zoom: vouw de buitenrand van de zak naar buiten om en plak hem vast met

korte stukken tape. Zorg dat er in de zoom genoeg ruimte is om het elastiek doorheen te rijgen. Als de zoom rondom klaar is, maak dan een knipje in de zoom om het elastiek erdoorheen te rijgen.

Als u in het uiteinde van het elastiek een veiligheidsspeld prikt, hebt u houvast bij het opduwen of rijgen van het elastiek door de zoom. Als u helemaal rond bent, haalt u de veiligheidsspeld eraf. Laat de beide uiteinden van het elastiek nog even los liggen.

Twee: de zak verbinden met de heliumtanks

Plak eerst met stukjes pleistertape het uiteinde van de twee plastic slangen aan elkaar vast over een lengte van ongeveer een halve meter. Leg het uiteinde van deze samengebonden slangen aan de binnenkant van de zak, ongeveer 20 centimeter vanaf de onderrand. Plak vervolgens de slangen met korte stroken tape stevig vast aan de binnenkant van de zak.

Drie: de opening van de zak op maat maken

Doe de zak over uw hoofd tot onder uw kin. Trek de twee uiteinden van het elastiek aan, totdat het goed om uw hals aansluit maar niet knelt. U kunt dit in alle rust uitproberen want in de zak zit genoeg zuurstof. Houd het elastiek vast op de plaats waar het vastgeknoopt moet worden en trek de zak van uw hoofd. Leg een dubbele knoop in het elastiek en knip de losse uiteinden af. De zak is nu klaar voor gebruik.

Vier: de slangen op de tanks bevestigen

Op elke tank zit een zwarte plastic nippel die bedoeld is voor het opblazen van ballonnen. Draai die er met de hand af. Als de nippel te stevig vastzit, gebruik dan een tang.

Schuif op elke heliumtank één van de plastic slangen die uit de zak komt en die u daarin al hebt vastgeplakt. Gebruik een kopje heet water om het uiteinde van de slang soepel te maken. Doe 1 centimeter van het uiteinde van de slang in het

hete water gedurende een halve minuut. Druk dan met een draaiende beweging de slang helemaal aan tot hij tegen het metaal van de kraan komt. Zet de tanks daarna terug in hun doos.

Soms wordt geadviseerd om de slang met een slangklem (te verkrijgen bij de ijzerhandel) te bevestigen op het metalen uiteinde van de tank. Als de binnenmaat van de slang groter is dan de door ons aanbevolen .9 millimeter, is een klem ook nodig om te voorkomen dat er helium langs de slang naar buiten lekt.

Vijf: onderzoek of er gaatjes in de zak zitten

Er is intussen nogal wat geknutseld met de zak. Stel dat hierbij een klein lek in de zak is gekomen, dan ontsnapt er helium uit de zak en komt er zuurstof naar binnen, zodat het (veel) langer duurt voor u buiten kennis raakt. Bij een wat groter lek, dat u niet kunt zien, zult u zelfs bij kennis blijven.

Het testen op gaatjes doet u zo: houd de zak met uw hand rond de plastic slangen aan de onderkant stevig dicht en zet de kraan van één van de tanks open. Als de zak helemaal vol is met helium draait u de kraan dicht. Ga met de opgeblazen zak aan alle kanten langs uw wang om te voelen of er ergens helium ontsnapt. Als u dat voelt, moet u een nieuwe zak klaar maken voor gebruik.

Hiermee zijn alle voorbereidingen met de zak en de tanks voltooid.

Oefening baart kunst. Omdat u op het moment zelf met andere dingen bezig bent, is het zaak dat u de twee handelingen die samen tot de dood leiden, elk apart goed oefent. Beslis of u bij de uitvoering half rechtop in bed wil liggen of in een makkelijke leunstoel onderuit gezakt wil zitten. Dan weet u ook waar u gaat oefenen.

Zes: oefenen met de kraan op de tank

De eerste handeling die geoefend moet worden, is de kraan op de tank een kleine slag opendraaien. U moet er vanuit uw bed of leunstoel makkelijk bij kunnen. Gebruik steeds de hand waarover u de beste controle hebt. De eerste keer gaat de kraan vaak moeilijk open, gebruik dan een tang. Daarna gaat het eenvoudig met de hand.

Let op: zet de kraan op de tanks niet vol open, want dan loopt de tank te snel leeg en is het helium te snel op. Doe de kraan een klein stukje open, zodat u het stromende helium kunt horen. Bij de uitvoering zal er uit de volle tank waarvan de kraan een kleine slag open is gedraaid, gedurende ten minste twintig minuten zachtjes hoorbaar gas blijven stromen. Heliumgas dat in de kamer komt, wordt door de lucht verdund en levert dan geen enkel risico op.

Oefen het opendraaien altijd met één van de twee tanks, zodat de andere geheel gevuld blijft met helium. Wel moet u de kraan op de volle tank één keer met een tang losser maken. Deze volle tank bevat in principe genoeg helium om de dood te bewerkstelligen. De tweede tank is om mee te oefenen.

De ene persoon heeft (veel) meer oefening nodig met het opendraaien van de kraan dan de ander. Je kunt niet meten hoeveel gas er uiteindelijk nog in de oefentank zit wanneer je tot de uitvoering overgaat. Bent u hierover onzeker? Trek dan voor alle zekerheid de slang van de oefentank los en bevestig deze aan een nieuwe (derde!) volle tank. Dit betekent dat u kort voor de uitvoering nog een nieuwe tank moet bestellen en de kraan daarop één keer met een tang losser moet maken.

Zeven: oefenen met de zak op uw hoofd

Eerst zet u de zak op uw hoofd met de slangen aan de kant waar ze het minst in de weg zitten. Dan drukt u met beide handen boven op de zak de lucht eruit tot hij als een douchekapje op uw hoofd zit. Trek vervolgens - uiteraard zonder dat er helium in de zak zit! - in één beweging de zak over uw hoofd tot onder uw kin. Op de plek waar de slangen zitten, zal de zak niet hele-

maal aansluiten aan de hals. Dat is niet erg. De zak hoeft niet strak om de hals te zitten: er moet wat ruimte zijn waardoor de helium naar buiten kan stromen. De heliumstroom verhindert dat er zuurstof van onderen in de zak komt.

Acht: voorkómen dat u omvalt

Helium werkt extreem snel en er treedt geen gevoel van benauwdheid op. Al na een paar keer ademhalen verliest u het bewustzijn. Als u in een stoel zit, valt het bovenlichaam direct om naar voren of opzij. Dan zal de zak aan de hals omhoog worden getrokken door de beide plastic slangen, waardoor er lucht in de zak kan stromen. Dat kan leiden tot een mislukking waarbij u na verloop van tijd weer wakker wordt.

Als u omvalt, kan de heliumtank ook omvallen. Plaats daarom de tanks in de originele kartonnen dozen: deze zijn veel stabielere dan de tanks zelf. En kies een stoel waarin u onderuit gezakt kunt zitten. Zo kunt u niet voorovervallen. Leg stevige kussens aan weerskanten in de stoel tegen de stoelleuningen. Zo kunt u voorkomen dat u opzij valt. Als u ervoor kiest om in bed te overlijden, moet u niet plat liggen maar enigszins rechtop zitten en met hulp van stevige kussens aan weerszijden voorkomen dat u omrolt.

Uitvoering

En dan is het zover. Als u afscheid hebt genomen van uw dierbaren en er klaar voor bent, plaatst u de zak op uw hoofd. Druk hem leeg met uw handen. Zet daarna met de hand waarmee u hebt geoefend, de beide heliumkraantjes zachtjes aan. De zak vult zich nu geleidelijk met helium. Als dit een halve tot een hele minuut duurt, staan de kraantjes voldoende open. Als het sneller gaat, kunt u ze beter wat toedraaien, want anders is de tank te gauw leeg. Voel met één hand of de zak geheel gevuld is en trek hem pas daarna in één keer over uw hoofd tot onder uw kin.

Tot op het laatste moment, zelfs als het helium al stroomt

en de zak opgeblazen is, kunt u er nog van afzien. De eigen regie, daar gaat het om. Dat u zelf uit het leven kunt stappen, zonder dat u de aanwezigen met een strafbare handeling belast. Het moment kiezen zal zwaar vallen. Het is van groot belang dat uw vertrouwenspersoon uw besluit accepteert als het zover is. U mag het zeggen wanneer u eraan toe bent. En u zit zelf aan de knoppen.

Waarschuwing

Het is met klem aan te raden dat de persoon die wil sterven het opendraaien van de kraantjes en het neertrekken van de zak zelf verricht. Een ander die dat doet, loopt kans op vervolging wegens strafbare hulp bij zelfdoding.

Ais u in uw eentje het besluit neemt en niemand weet wanneer u tot de zelfdoding overgaat, zorg er dan voor dat u gevonden wordt door een huisarts of andere hulpverlener die niet schrikt van het vinden van een dode met een zak over het hoofd. Iemand die naar u gaat zoeken en u onverwacht dood aantreft, wordt daardoor belast. U kunt bijvoorbeeld een dag tevoren een brief met huissleutel naar uw arts op de post doen, waarin staat wat u van plan bent en waar hij u kan vinden.

Wat zien de aanwezigen tijdens de uitvoering?

Nadat u de zak met helium over uw gezicht hebt getrokken, verliest u meestal binnen een minuut het bewustzijn. Twee artsen en een jurist waren meermalen getuige van een overlijden door heliumgas. Zij vertelden Chabot dat de persoon meestal al na ongeveer twintig seconden het bewustzijn verloor. De jurist heeft dit ook in een vakblad gepubliceerd.¹ Wij vatten zijn verslag hier samen.

Na het verlies van het bewustzijn draaien de ogen vaak naar boven. De ademhaling gaat sneller en het hart klopt nog zeker tien minuten door. Soms wordt de tong uit de mond gestoken en zijn er bewegingen in een arm of been (artsen noemen dit

'strekreflexen'). De naasten, die niet weten dat deze reflexen vooraf gaan aan het overlijden, geeft dit vaak een emotionele schok. Het lijkt namelijk of hun dierbare weer bij bewustzijn komt, maar dat is juist niet het geval. Zij moeten er ook op voorbereid zijn dat er gedurende ongeveer tien minuten af en toe nog een diepe zucht of snurkend geluid te horen is. Bij zo'n diepe zucht (een 'gasp') krijgt de persoon geen zuurstof binnen maar helium dat in de zak zit. Nadat de kraan op een volle tank een klein stukje is opengedraaid, stroomt er zeker twintig minuten helium, al hoor je dat na een tijdje niet meer.

Een naaste kan de pols voelen om te weten of het hart nog klopt, maar als hij geen medische scholing heeft, kan hij zich daarbij vergissen. Hij doet er in elk geval verstandig aan de zak nog een kwartier na de laatste zucht te laten zitten en deze pas daarna omhoog te schuiven om de ogen te sluiten.

Doodsoorzaak

Wat is de doodsoorzaak na het inademen van helium? Volgens deskundigen treedt de dood in door zuurstofgebrek ('anoxie'). In een nieuwe tank zit 95 tot 98 procent helium. Ook bij het inademen van 95 procent helium dat met wat zuurstof is vermengd, verdringt het helium snel, al na enkele keren ademen, alle zuurstof uit het bloed, zodat de hersenen van het ene op het andere moment geen zuurstof meer krijgen. Dit gaat zo snel dat er in het bloed geen toename van uitgeademde kooldioxide (CO_2) ontstaat. Hierdoor ervaart u geen benauwdheid, zoals bij de methode met de plastic zak wel gebeurt (zie hoofdstuk 6).

Als het inademen van helium wordt afgebroken, bijvoorbeeld omdat iemand de plastic zak wegtrekt, bestaat er in theorie kans op hersenbeschadiging wanneer de persoon weer bij kennis zou komen. Over hersenbeschadiging na het inademen van helium zijn ons echter geen meldingen bekend en ook geen onderzoek. Twee mensen die weer bij kennis kwamen en ons hierover een verslag zonden, hadden geen hersenbeschadiging.

Als er zuurstof ingeademd wordt omdat er een lek zit in de aansluiting van de plastic buis op de tank of door een gaatje in de zak, kan het overlijden veel langer op zich laten wachten. Het is zelfs mogelijk dat iemand niet overlijdt maar weer bij kennis komt. Als u vijf minuten nadat de tanks zijn opengedraaid en de zak over het hoofd is getrokken nog bij kennis bent, kunt u beter zelfde zak wegtrekken. Dan is er ergens een lek en moet u uitzoeken waar dat zit.

Geen gevaar voor de aanwezigen

De aanwezigen lopen geen enkel gevaar omdat heliumgas vermengd met zuurstof uit de lucht geen anoxie geeft. In de lucht zit ongeveer 21 procent zuurstof en 87 procent stikstof. Zolang er 12 of meer procent zuurstof in de lucht in de kamer zit, is er geen gevaar.² Men hoeft dan ook niet alleen te sterven, zoals bij koolmonoxide wel nodig is (hoofdstuk 6).

Er wordt wel gezegd dat iemand die 5 procent zuurstof inademt, zoals diepzeeduikers op grote diepte doen, nog in leven kan blijven. Dit is niet het geval als ze boven water zijn. Diepzeeduikers moeten een laag percentage zuurstof inademen, omdat ze anders op grote diepte, door de enorme druk van het water, juist een overdosis zuurstof inademen die dodelijk kan zijn.

Is hulp nodig en strafbaar?

Bij de voorbereiding?

Ouderen en zieken kunnen vaak zelf, via internet, helium aanschaffen, omdat de tankjes aan huis worden afgeleverd. Maar het plaatsen en aansluiten van de tanks en het gereed maken van de plastic zak is voor mensen die door ziekte of ouderdom hulpbehoevend zijn, niet of nauwelijks zelf te doen. Daarbij is vaak hulp nodig.

Bij de uitvoering?

Kunnen mensen de kraan op de tank zelf opendraaien en de zak zelf over het hoofd trekken? Dat lukt meestal wel, ook als

zij oud of ernstig ziek zijn, zolang zij nog de controle over hun beide handen hebben.

Is hulp bij de voorbereiding strafbaar?

In België is er geen wetsartikel dat hulp bij zelfdoding strafbaar stelt.³ De situatie in Vlaanderen is voor familie en vrienden echter even onduidelijk als in Nederland. Want hoewel er in Nederland wel een wetsartikel is dat hulp bij zelfdoding verbiedt, is nog steeds onduidelijk of dit verbod ook betrekking heeft op de naasten die betrokken zijn bij voorbereidende handelingen zoals het aanschaffen van de heliumtanks en andere benodigdheden. In hoofdstuk 11 worden uitspraken van de Hoge Raad besproken die duidelijkheid geven over de grenzen die professionele hulpverleners in acht moeten nemen.⁴

Openbaar Ministerie houdt onzekerheid voor familie in stand

De Hoge Raad heeft meermalen uitdrukkelijk gesteld dat de invulling van wat 'behulpzaam zijn bij' zelfdoding is, door de rechter moet worden vastgesteld *afhankelijk van de omstandigheden van het geval*. Zolang de rechter geen gevallen voorgelegd krijgt omdat het Openbaar Ministerie de naasten niet vervolgt, kan niemand weten welke hulp strafbaar is en welke niet.

Wel is duidelijk dat de kans op een rechtzaak buitengewoon klein is. Dat doet natuurlijk niets af aan het feit dat politie en recherche een naaste die openheid geeft over hoe de voorbereiding en de uitvoering zijn verlopen, het leven bijzonder onaangenaam kunnen maken. Tot en met nachten in de cel.

Door onzekerheid te laten voortduren én door het optreden van sommige medewerkers van justitie bestaat het risico dat de praktijk van hulp bij de voorbereidende handelingen door naasten zich toenemend in het verborgene zal afspelen. Mensen laten zich rond de intimiteit van het zelfgekozen levens-einde steeds minder de wet voorschrijven als hun persoonlijk geweten in strijd komt met de wet.

Maar je mag rechterlijke uitspraken over hulpverleners niet zomaar toepassen op een familielid of vriend(in) die behulpzaam is bij de voorbereidende handelingen. Sommigen doer dat wel en geven daarmee onjuiste informatie die de naaster onnodig bang maken (zie hoofdstuk 11).

Vorbereiding op humane levensbeëindiging leidt overigens vaak juist niet tot de uitvoering ervan. Het geeft dikwijls rust als u de spullen in huis hebt en weet wat u kunt doen als u werkelijk niet meer verder wilt. In hoofdstuk 11 beschrijven wij precies hoe u ervoor kunt zorgen dat hulp bij de voorbereiding door justitie zeer waarschijnlijk niet als strafbaar zal worden beschouwd.

Is hulp bij de uitvoering strafbaar?

Handelingen die in een direct oorzakelijk verband staan met het overlijden (zoals de kraan op de tank opendraaien en de zak over het hoofd trekken) zijn volgens de letter van de wet strafbaar. Als een familielid dodelijke medicijnen overhandigt of helpt bij de uitvoering van de heliummethode, geeft die persoon *in theorie* strafbare hulp. Maar als hij dat doet uit barmhartigheid en op uitdrukkelijk verzoek van een oude moeder die aan het leven lijdt terwijl haar arts niet bereid is tot euthanasie, dan is de kans op vervolging erg klein. Justitie vervolgt zelden of nooit familieleden die uit overtuiging de wet overtreden en daarvoor ook verantwoordelijkheid nemen door openheid van zaken te geven.

Een voorbeeld hiervan is de zoon van Moek Heringa, een vrouw van 99 jaar, die niet ernstig ziek was. Haar zoon kwam ervoor uit dat hij haar dodelijke medicijnen had gegeven. Hij legde het innemen van de medicijnen door zijn moeder op video vast en gaf de band aan justitie. Hij wacht al een jaar op bericht of zijn zaak voor de rechter komt. Uit overtuiging dat hij volgens zijn geweten juist heeft gehandeld, stelde hij zich bloot aan vervolging om aan de heersende onduidelijkheid rond hulp bij zelfdoding een einde te maken.

Wat te doen na het overlijden?

Ooggetuigen uit de Verenigde Staten en Duitsland hebben verteld dat een van de aanwezigen na het overlijden vaak de heliumtanks en de zak verwijdt. Dit gebeurt voordat een arts wordt gewaarschuwd om het overlijden vast te stellen.

Bij een hoogbejaarde persoon die dood in bed ligt, zonder heliumtanks, zal er niet gauw verdenking ontstaan dat heliumgas de doodsoorzaak is. Dan zal er mogelijk een verklaring van natuurlijk overlijden worden afgegeven. Slechts in een zeer gespecialiseerd laboratorium kan heliumgas in het bloed worden aangetoond.

Door de tanks en de zak te verbergen verwijdt men aanwijzingen die nodig zijn om de doodsoorzaak vast te kunnen stellen. Dit kan strafbaar zijn. Tijdens het wachten op de arts of lijkschouwer, wat soms meer dan een uur duurt, kunt u wel de zak boven op het hoofd schuiven, zodat het gezicht vrij komt en u de ogen kunt sluiten. In hoofdstuk 11 pleiten wij ervoor om na het overlijden openheid te geven over wat er is gebeurd. Lees daar hoe u zich kunt voorbereiden op vragen van de lijkschouwer en de recherche.

Aanpassingen in de methode die wij afraden

Het gebruik van een T-stuk

Sommigen adviseren om de twee plastic slangen die op de twee heliumtanks zijn bevestigd door een T-stuk (te koop bij een ijzerhandel) te verbinden met de plastic zak. Zij vinden het een voordeel als er slechts één slang de plastic zak in gaat in plaats van twee. Het grote nadeel is echter dat er kans op lekkage ontstaat, omdat er slangen over de drie armen van het T-stuk moeten worden geschoven. Elke verbinding geeft kans dat er helium door een lek bij de aansluiting verloren gaat. Men kan dit volgens sommigen proberen te voorkomen door de slangen op het T-stuk met een slangklem vast te zetten, maar niet iedereen is daar handig in.

Een narcosemasker

Sommige onderzoekers hebben geprobeerd de plastic zak te vervangen door een kap over neus en mond zoals die wordt gebruikt bij een narcose of bij de behandeling van een ademstoornis tijdens de slaap ('slaapapneu'). Zij vinden dat een plastic zak het contact met de aanwezige naasten belemmert en bestempelen een zak daarom als onwaardig.

Alle pogingen om de plastic zak te vervangen door een (apneu- of narcose)masker hebben niet goed gewerkt doordat er tussen het masker en de wangen door zuurstof naar binnen lekte. De wangen veranderen immers van vorm nadat iemand buiten kennis is geraakt. Het overlijden trad daardoor met vertraging in (soms pas na veertig minuten) en er waren meer spier trekkingen in de armen of benen.

Een stroomregelaar

Sommige onderzoekers bevelen aan om een stroomregelaar (Engels: 'flow control device') op de tank te bevestigen. Deze dient om een gelijkmatige gasstroom te krijgen die langer doorgaat dan wanneer je de kraan met de hand opendraait. Het nadeel van de regelaar is dat deze extra verbindingen met speciale loodgieterstape nodig maakt die door iemand zonder technische ervaring niet goed aangebracht kan worden. Bovendien is er bij elke extra aansluiting kans op lekkage. Wij denken dat een stroomregelaar niet nodig is als de persoon die de tank opendraait eerst goed oefent om de kraan in de juiste stand open en dicht te draaien zoals hierboven is besproken.

Een grote heliumtank

Bij sommige feestwinkels kun je een grote heliumtank huren. Deze bevat drie keer zoveel helium. Dat lijkt makkelijk, maar heeft verschillende nadelen. Voor oude of zieke mensen is zo'n grote tank te zwaar. Na een tijdje oefenen heb je geen idee hoeveel helium er nog in zit. En na het overlijden wordt de tank misschien door de politie in beslag genomen, terwijl hij naar de winkel moet worden teruggebracht.

Onderzoek

Een groep onderzoekers uit de Verenigde Staten, Canada en Australië heeft al in 1999 de heliummethode ontwikkeld voor ernstig zieken en ouderen. De Canadese criminoloog Russel Ogden was ooggetuige bij zelfdodingen met helium en heeft daarover verslagen gepubliceerd in vaktijdschriften.⁵

Chabot kreeg mondelinge informatie van een Amerikaanse en van een Duitse arts, die elk tientallen keren aanwezig waren bij een overlijden door heliumgas. Alle personen die zij hadden begeleid verloren zeer snel het bewustzijn (na tien tot veertig seconden), zonder benauwdheid of zichtbaar ongemak. Hartstilstand volgde na vijf tot vijftien minuten.

In de Verenigde Staten is door de organisatie Final Exit Network bij meer dan honderd gevallen ervaring opgedaan met helium als humane methode van zelfdoding. Ook in Canada en Australië hebben hulpverleners personen hierbij begeleid. Onduidelijk is echter bij hoeveel van de overleden personen er enige hulp bij de uitvoering is gegeven. Daarom valt niet te zeggen wat de slaagkans van de methode is wanneer deze geheel zelfstandig wordt uitgevoerd.

Onderzoek in Nederland

Boudewijn Chabot heeft met hulp van ingenieurs-technici experimenten gedaan op een pop-met-kunstlong. De pop kreeg een plastic zak over het hoofd. Er werd gemeten hoe snel het percentage zuurstof in de zak afnam nadat de heliumkraan was opengedraaid. In de loop van 2012 zal op www.eenwaardiglevenseinde.nl een Engelstalig verslag van de experimenten komen. Enkele resultaten:

- Binnen één minuut daalt de hoeveelheid zuurstof bij de mond van ongeveer 20 naar minder dan 6 procent. Er is geen bewustzijn mogelijk als er minder dan 6 procent zuurstof in de ingeademde lucht zit.⁶ Deze meting bevestigt wat ooggetuigen hebben verteld: dat bijna iedereen binnen één minuut buiten bewustzijn raakt. Als het verlies van bewustzijn meerdere minuten op zich laat wachten, stroomt er

blijkbaar onvoldoende helium uit de tanks. Er kan ook een lek zitten in een aansluiting van de slang of in de zak.

- ▶ Wanneer de kraan op de tank een kwartslag of minder openstaat, stroomt er minstens twintig minuten helium uit een volle tank.
- ▶ Sommigen (Humphry 2002) bevelen aan om eerst diep uit te ademen voordat de zak met helium over het hoofd wordt getrokken. Dit blijkt niet nodig: er werd geen verschil gemeten in de concentratie zuurstof in de zak, of er nu wel of niet tevoren diep was uitgeademd.
- ▶ Het maakt voor het zuurstofgehalte in de zak ook weinig uit of deze strak of los rond de hals zit, omdat al een geringe heliumstroom de zuurstof buiten de zak houdt.
- ▶ Diepe zuchten ('gasps') die we met de kunstlong konden nabootsen, bleken geen toename van de zuurstof bij de mond te veroorzaken. Er stroomt bij een diepe zucht blijkbaar geen zuurstof langs de hals naar binnen.
- ▶ Humphry zegt op een film die hij op dvd verkoopt: 'Death comes in 3-5 minutes at the most.' Drie tot vijf minuten is onjuist omdat het hart vaak langer blijft kloppen. Ook zegt hij: 'Helium drives oxygen out of your brain and you become brain damaged.' Dit klinkt beangstigend, maar iedereen die doodgaat, bijvoorbeeld bij een groot hartinfarct of door een longontsteking, lijdt eerst hersenschade ('brain damage') voordat hij overlijdt.

Persoonlijke afweging

In Europa staat sterven 'aan het gas' bij sommigen in een kwaad daglicht vanwege de herinnering aan de Holocaust. Dit neemt niet weg dat sommige mensen met een weloverwogen en duurzame doodswens, bij wie de arts het euthanasieverzoek afwijst, blij zijn dat ze met helium snel en pijnloos kunnen sterven omringd door hun naasten.

Anderen vinden het een minpunt dat de doorschijnende plastic zak het contact tijdens de laatste minuten belemmert.

Je kunt het gezicht in de laatste minuten niet strelen. Je kunt wel de hand vasthouden maar je moet voor alle zekerheid vijftien minuten na de laatste zucht wachten totdat zeker is dat het hart is gestopt en ook zeker is dat de heliumtank leeg is. Pas dan kunt u de zak omhoog schuiven en de ogen sluiten.

Weer anderen zien vooral voordelen. Dankzij helium raak je snel en pijnloos buiten bewustzijn. Even snel als in het geval van euthanasie door een arts met een injectie van een barbituraat. Na een tweede injectie door de arts met een spierverlapper komt het overlijden door hartstilstand vijf tot vijftien minuten later.

Als tweede voordeel van de heliummethode wordt genoemd dat je niet, zoals bij de medicijnmethode, nog uren rochelend ademt of andere onsmakelijke geluiden maakt. Mensen willen soms niet dat de naasten hen zo zien, ook al zijn ze buiten kennis. Daarom kiezen zij voor helium en niet voor medicijnen. Iedereen maakt hierin een eigen afweging.

Als ouderen of zieken nog goed kunnen bewegen en een beetje handig zijn, kunnen zij de heliummethode zelfstandig voorbereiden en uitvoeren. Maar als zij erg verzwakt of onhandig zijn, kunnen zij de heliummethode niet uitvoeren zonder hulp bij de voorbereiding én soms zelfs bij de uitvoering. Maar wie hulp geeft bij de uitvoering, overtreedt de strafwet.

Conclusie

Tussen zeer vitale ouderen aan de ene kant en zeer invalide ouderen aan de andere kant zit een grote groep ouderen en zieken bij wie er wel hulp nodig is bij de voorbereiding maar niet bij de uitvoering. Juist ouderen in deze tussengroep lukt het vaak niet om hun arts ervan te overtuigen dat er geen andere uitweg meer is dan euthanasie. Dankzij zelfeuthanasie met helium is er voor hen een derde weg tussen zelfdoding in eenzaamheid en euthanasie. U kunt in dat geval een waardig levenseinde met helium in eigen regie nemen. Dit houdt in dat u eerst de regie neemt over de aanschaf en het gereedma-

ken van de nodige onderdelen door een familielid of andere vertrouwenspersoon. Na een kortere of bij voorkeur langere periode van bezinning, kunt u zélf de beide handelingen uitvoeren die direct tot de dood leiden. Mits u dit tijdig hebt voorbereid en geoefend.

Meldingen van overlijden door de heliummethode

Lees de meldingen over personen van wie het overlijden gelukt is, maar ook de meldingen van mislukte pogingen. In het laatste geval leggen we uit op www.eenwaardiglevenseinde.nl wat er is misgegaan. Op deze website kunt u ook de film bestellen.

IV

Juridische kwesties rond zelfeuthanasie

HOOFDSTUK 9

Vragen bij de voorbereiding van zelfeuthanasie

Vooraf- Moet ik bewijzen dat ik wilsbekwaam ben als ik dood wil? - Kan ik tegen mijn wil psychiatrisch worden opgenomen? - Kan ik hulp bij zelfdoding krijgen als ik een psychiatrische ziekte heb? - Mag ik een levensreddende behandeling weigeren? - Heeft een arts de plicht voor mij te blijven zorgen als ik stop met eten en drinken? - Wat gebeurt er na het overlijden door zelfeuthanasie met medicijnen?

Vooraf

‘Als de geplande levensbeëindiging nabij komt, blijkt Zelf-beschikking makkelijker gezegd dan gedaan. Want het “Zelf” is meestal innerlijk verdeeld. Het wil het einde liever nog even uitstellen of het wil gewoon niet weten hoe dichtbij het al is.’¹

De samenleving heeft allerlei wetten gemaakt rond het overlijden. Sommige daarvan zijn bedoeld om de relatie tussen arts en patiënt aan regels te binden. Ze beschermen de patiënt die door ziekte kwetsbaar is geworden. Daarnaast ontstaan veel regels dankzij uitspraken door rechters in civiele zaken, strafzaken of in tuchtzaken tegen artsen. Die regels hebben minder gezag dan wetten, maar geven in de praktijk wel houvast.

Bij zelfeuthanasie speelt maar een klein deel van al die wetten en regels een rol. Aan de hand van de meest gestelde vragen komen de belangrijkste spelregels vanzelf aan de orde. Als u die kent, kunt u uw wensen uitvoeren en daarbij binnen de wet blijven. Bedenk dat veel artsen slechts globaal op de

hoogte zijn van het gezondheidsrecht en het tuchtrecht. Een juridische discussie heeft dan ook weinig zin. Het is lastig samenwerken met de wet in de hand. Zelfs als u misschien gelijk hebt, kunt u dat gelijk maar zelden afdwingen. De enkele keer dat dit wel kan, wordt straks expliciet benoemd. Soms hebt u daarbij een advocaat nodig.

Moet ik bewijzen dat ik wilsbekwaam ben als ik dood wil?

Net als bij een euthanasieverzoek moet u wilsbekwaam zijn als u uw levenseinde in eigen hand neemt. 'Wilsbekwaam' betekent dat u in staat bent om informatie over uw ziekte te begrijpen, dat u de voor- en nadelen van behandelingen kunt afwegen, en dat u de gevolgen van uw beslissing kunt overzien. U komt, kortom, weloverwogen tot een besluit. Dit geldt zowel voor stoppen met eten en drinken als voor het innemen van dodelijke medicijnen.

U hoeft niet te bewijzen dat u wilsbekwaam bent. Want volgens Leenen (2007) is het uitgangspunt in het gezondheidsrecht dat iedere volwassene wilsbekwaam is, tenzij het tegendeel aannemelijk is vanwege zijn gedrag.

Als uw arts het onverstandig vindt dat u uw leven binnenkort wilt beëindigen, zal hij u om uitleg vragen. Leg dan uw doodswens uit, net zoals u dat bij een euthanasieverzoek het beste kunt doen (hoofdstuk 1: *'Tien suggesties voor een euthanasieverzoek'*). De wet eist niet dat u de goedkeuring of instemming van uw arts krijgt, zolang u maar wilsbekwaam bent en zelf de verantwoordelijkheid voor het besluit en de uitvoering neemt.

Kan ik tegen mijn wil psychiatrisch worden opgenomen?

Sommige artsen vinden iedere levensbeëindiging verkeerd en denken dat zij die mogen verhinderen. Zij zitten ernaast, maar kunnen het u nog knap lastig maken, zoals straks bij

Intermezzo VII over Tina blijkt. Als u tegen zo'n arts zegt dat u dood wilt, bent u in zijn ogen een 'gevaar voor uzelf. Mensen mogen echter dingen doen die anderen erg onverstandig of zelfs levensgevaarlijk vinden.

Pas als er ook een psychiatrische ziekte in het spel is, bijvoorbeeld een ernstige depressie, pas dan loopt u het risico dat u als iemand met een geestesstoornis wordt beschouwd en dat u een psychiater aan uw deur krijgt. Wanneer die met u heeft gesproken en bevestigt dat u dood wilt omdat u ernstig depressief bent, komt een gedwongen psychiatrische opname in beeld.²

Hoe kunt u bewijzen dat u niet depressief bent? Dat kunt en hoeft u niet. Een doodswens wijst op zichzelf nog niet op een depressie, al denken sommige artsen van wel. Het is aan de psychiater om vast te stellen dat uw doodswens voortkomt uit een ernstige depressie die, bovendien, behandelbaar is. Tot gedwongen opneming in een psychiatrisch ziekenhuis wordt niet snel overgegaan. Mocht het toch zo ver komen, dan komen er na enkele dagen een advocaat en een rechter met u praten. Zij kijken of u terecht van uw vrijheid bent beroofd. Als de rechter niet door de argumenten van de psychiater overtuigd is, doordat u invoelbare redenen voor uw besluit helder op een rij kunt zetten, mag u direct weer naar huis.

Uw behandelend arts zou de uitvoering van uw levensbeëindiging dus tijdelijk kunnen blokkeren. Vraag daarom aan uw arts of deze van plan is uw zelfeuthanasie te verhinderen. En of hij daarbij een psychiater wil betrekken.

Als u vermoedt dat uw arts de zelfeuthanasie wil tegenhouden, kunt u een aantal dingen doen. Een heel moeilijke stap is om de relatie met uw behandelend arts te beëindigen. U hebt daartoe wel het recht, maar wanneer u ernstig ziek bent, is de afhankelijkheid van uw arts groot. Het kan bovendien moeilijk zijn een andere arts te vinden met wie geen strijd ontstaat over uw voorgenomen levensbeëindiging met medicijnen. Artsen in dezelfde stad trekken vaak één lijn. Geen van hen kijkt uit naar een begeleiding van de zelfeuthanasie van

iemand bij wie een collega het verzoek om euthanasie heeft afgewezen. Bij zelfeuthanasie door bewust versterven is er wel een reële kans om een andere arts te vinden die de medische begeleiding op zich neemt. Maar bij zelfeuthanasie met medicijnen doen artsen dit zelden.

Beter alternatief: zoek een psychiater die uw geplande levensbeëindiging niet moreel veroordeelt. Deze psychiater hoeft niet uw behandelaar te zijn. Hij moet onderzoeken of u wilsbekwaam bent, en of uw doodswens voortkomt uit een 'ernstige depressie'. Als hij vaststelt dat u wilsbekwaam bent en niet ernstig depressief, geeft u een kopie van zijn brief aan de arts die hierover twijfelde. Met die verklaring kunnen u en uw gevolmachtigde een gedwongen opname voorkomen.

Kan ik hulp bij zelfdoding krijgen als ik een psychiatrische ziekte heb?

Per jaar vragen naar schatting 320 psychiatrische patiënten in Nederland nadrukkelijk en herhaald om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Slechts twee tot vijf worden geholpen.³ Een psychiatrische ziekte hoeft geen belemmering te zijn voor een weloverwogen keuze voor de dood.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) heeft een richtlijn voor psychiaters opgesteld: aan welke eisen moet voldaan zijn als zij hulp bij zelfdoding aan een psychiatrische patiënt verlenen?⁴ Hieruit is duidelijk dat de patiënt aanvullende behandelingen mag weigeren als het effect ervan 'niet in verhouding staat tot de duur of de belasting'. Het weigeren van langdurige of belastende behandelingen staat de inwilliging van uw verzoek om hulp bij zelfdoding dus niet in de weg.

In de praktijk voldoen psychiaters echter vrijwel nooit aan zo'n verzoek, tenzij alle behandelingen voor een depressie vergeefs zijn geprobeerd: ten minste drie antidepressiva, cognitieve gedragstherapie, lichttherapie en elektroshockbehandeling. Alles bij elkaar duurt dit minstens een jaar of langer.⁵

Mag ik een levensreddende behandeling weigeren?

'Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op onaantastbaarheid van zijn lichaam.' Zo staat het in de grondwet. U mag dus kunstmatige voeding weigeren, tenzij u aan een psychiatrische stoornis lijdt die uw doodswens (mede) veroorzaakt.

Uw arts moet zich bij uw weigering neerleggen, ook al is hij het er niet mee eens. Als u stopt met eten en drinken, zal een tegenwerkende arts uw leven willen redden door kunstmatige voeding te laten toedienen. Dit gebeurt door een maagsonde of infuus. Deze maatregel schendt de 'onaantastbaarheid' van uw lichaam.

Stel daarom een schriftelijk behandelverbod op. Zie hoofdstuk 2 onder het kopje '*schriftelijke behandelweigering en gevolmachtigde*'. Zo'n behandelverbod kan ook bescherming bieden tegen behandeling als u gevonden wordt na het innemen van dodelijke medicijnen.

Uw gevolmachtigde moet de komst van een ambulance zien te voorkomen. Het ambulancepersoneel gaat soms met fysieke overmacht tot behandeling over. Dat mag niet, maar het gebeurt soms toch. Er zijn voorbeelden bekend dat het behandelverbod pas later, in het ziekenhuis, werd gelezen.

Uw gevolmachtigde moet juridisch stevig in de schoenen staan. Wat kan hij of zij zeggen om arts, politie en/of ambulancepersoneel erop te wijzen dat zij over de schreef gaan als zij de persoon in coma toch naar het ziekenhuis brengen?

Eén: 'Zelfdoding is niet strafbaar volgens de wet.' Twee: 'Dit behandelverbod is rechtsgeldig en ik ben benoemd tot juridisch vertegenwoordiger. Kijk maar, mijn naam staat erop.' Als dit allemaal niet helpt: 'Ik heb hier het telefoonnummer van een advocaat die een kort geding zal beginnen als u tegen dit behandelverbod ingaat.' Uw laatste wapen ten slotte is te wijzen op een mogelijke schadeclaim: 'Deze advocaat zal achteraf een schadeclaim indienen. U brengt onrechtmatig letsel toe, als u probeert de zelfdoding van deze persoon te voorkomen tegen diens uitdrukkelijke wil in.' Het risico op een schadeclaim nemen hulpverleners liever niet.

Advocaat

Start uw arts een behandeling tegen uw behandelverbod in? Met een kort geding kunnen u en/of uw gevolmachtigde eisen dat alle behandelingen worden gestaakt. Via de onafhankelijke organisatie *Het Juridisch Lokaal* kunt u in uw regio met spoed een advocaat vinden. Het telefoonnummer is 0900 - 8020 (€0,10 per minuut). Bereikbaar op werkdagen van 9.00 tot 20.00 uur. Vraag om een specialist in klacht- en tuchtrecht.

Heeft een arts de plicht voor mij te blijven zorgen als ik stop met eten en drinken?

Elke arts moet de 'zorg van een goed hulpverlener' in acht nemen. Dat staat in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.⁶ Dit geldt ook als de arts het niet met uw besluit eens is.

Wat betekent de 'zorg van een goed hulpverlener' concreet? Dat de arts handelt in overeenstemming met de 'geldende professionele standaard'. Als u een aantal dagen niets meer eet en drinkt, zult u zonder twijfel sterven, tenzij u in het ziekenhuis wordt behandeld. Maar juist dat is verboden in uw behandelverbod. Als u langs deze weg willens en wetens op korte termijn uw dood veroorzaakt, bestaat er bij veel artsen weinig of geen twijfel dat palliatieve zorg tot de medisch-professionele standaard behoort.

Sinds 2011 stelt de artsorganisatie knmc dat de arts goede palliatieve zorg dient in te zetten, ook al is hij het niet eens met het besluit van de patiënt om bewust te versterven.⁷ U kunt een arts die verzachtende zorg weigert te verlenen, herinneren aan 'de zorg van een goed hulpverlener'. Na het overlijden zouden de nabestaanden een klacht bij het tuchtcollege⁸ kunnen indienen tegen een arts die niet regelmatig langs is gekomen en die geen informatie over goede mondverzorging of andere verzachtende maatregelen heeft gegeven. Een klacht indienen is voor hen een belasting. Maar daardoor

kan er wel duidelijkheid komen over de vraag wat de 'zorg van een goed hulpverlener' bij bewust versterven precies inhoudt.

Palliatieve zorg bij versterven door een andere arts die u te hulp komt

Jacques (66) heeft jarenlang geprobeerd met verschillende chronische ziekten te leven. Nu hij ook nog langzaam blind wordt, wil hij zijn verdere aftakeling niet meemaken. Hij vraagt zijn huisarts om euthanasie. Deze zegt eerst toe, maar verschijnt niet op de afgesproken dag en wijst daarna zijn verzoek af: 'Er is een ernstige, maar geen dodelijke ziekte. Dan kan ik het niet.' Teleurgesteld besluit Jacques 'dan maar' te stoppen met eten en drinken. Omdat ieder vertrouwen in deze huisarts is verdwenen, wendt de familie zich tot zijn vroegere huisarts. Deze is bereid Jacques te begeleiden. Tijdens de elf dagen dat het bewust versterven duurt, komt de vroegere huisarts elke dag langs, steunt de familieleden en verleent palliatieve zorg.⁹

Wat gebeurt er na het overlijden door zelfeuthanasie met medicijnen?

Na het overlijden zal de familie de huisarts of dienstdoende arts waarschuwen. Die moet de dood vaststellen en een verklaring van overlijden afgeven. Als deze arts vermoedt dat het om een zelfdoding gaat, zal hij meestal een schouwarts inschakelen. Hoort deze dat er bij een zelfdoding familie of vrienden aanwezig zijn geweest, dan waarschuwt hij vaak de politie.

Cevolg: het lijk kan worden meegenomen voor nader onderzoek. Het huis kan worden doorzocht. Ligt er een afscheidsbrief? Zijn er doosjes pillen? Is er een behandelverbod? Was er een medische diagnose? Meestal wordt één persoon, maar soms meer mensen die bij de zelfdoding aanwezig zijn geweest, verzocht mee te komen naar het politiebureau. Hier

worden zij verhoord over de reden van de zelfdoding en de manier waarop deze heeft plaatsgevonden.

Wanneer de officier van justitie denkt dat iemand strafbare hulp heeft verleend, bijvoorbeeld door te helpen bij het innemen van de dodelijke middelen, kan die persoon tijdelijk worden vastgehouden. Die verdenking kan opkomen als de afgelegde verklaringen tegenstrijdig zijn of wanneer een buitenstaander aangifte doet. Bij een levensbeëindiging in aanwezigheid van familie in een verzorgings- of verpleeghuis zouden de arts, de verpleging of directie aangifte kunnen doen. Dit gebeurde in de zaak-Schellekens (zie hoofdstuk 10).

Als de officier van justitie uit het onderzoek door de recherche opmaakt dat er mogelijk strafbare hulp bij zelfdoding is verleend, kan hij een gerechtelijk vooronderzoek starten. Daarbij worden de betrokken personen door de rechter-commissaris verhoord. Pas daarna beslist het Openbaar Ministerie of de zaak voor de rechter komt of dat er wordt afgezien van vervolging. Dit besluit kan soms wel een jaar of langer op zich laten wachten. U zult met die onzekerheid moeten leren leven. Zie verder hoofdstuk 11 over welke hulp u mogelijk bij zelfeuthanasie mag geven binnen de grenzen van de wet.

INTERMEZZO VII

Tina: 'De psychiater houdt mij aan het lijntje'

Tina (42) gaat al jaren gebukt onder een chronisch psychiatrische ziekte. Als zij haar psychiater om hulp bij zelfdoding vraagt, belooft deze een procedure op te starten. Maar bestaat die procedure wel?

Sociaal betrokken. Secuur. Kernegezond. Een jonge vrouw die weet wat ze wil en die haar studie sociale wetenschappen in snel tempo doorloopt. Tina's toekomst ziet er rooskleurig uit, totdat ze tijdens haar studie voor het eerst een psychose krijgt.

Het blijft niet bij één psychose. Opnames in psychiatrische klinieken en behandelingen met medicijnen hebben amper effect. 'Na iedere psychose ging zij achteruit,' zegt haar zus Marijke. 'Haar concentratie- en denkvermogen namen af. Ook haar sociale leven werd minder. Ze nam weinig initiatieven meer.'

Tina verdiept zich in haar aandoening. Uit de vakliteratuur begrijpt ze dat ze nooit meer beter zal worden en nooit een in haar ogen zinvol leven zal kunnen leiden, met een baan en gezin.

Twee keer probeert ze zich met medicijnen van het leven te beroven. Voor haar zus Marijke komen deze pogingen volsla-

gen onverwacht. In beide gevallen wordt ze op tijd gevonden en naar de intensive care gebracht. Tina verhuist naar een beschermde woonvorm waar ze met lotgenoten haar leven deelt.

Tina neemt enkele familieleden en vriendinnen in vertrouwen. Ze is vastbesloten, zegt ze, haar leven te beëindigen. Ook met haar psychiater bespreekt ze haar besluit.

‘Kunt u mij helpen bij mijn zelfdoding? Er is een richtlijn voor.’ De richtlijn voor hulp bij zelfdoding van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

‘Onze instelling heeft hier een officiële procedure voor,’ antwoordt haar psychiater. ‘Ik zal die procedure starten.’

Tina vraagt regelmatig of ze die procedure mag inzien. Maar haar psychiater houdt de boot af. Tina: ‘De psychiater houdt mij aan het lijntje’. Ze verliest het vertrouwen in deze psychiater met zijn onduidelijke procedure.

Via een vereniging voor waardig sterven verneemt Tina welke dodelijke medicijnen ze kan verzamelen. Ze stelt een schriftelijk behandelverbod op en wijst haar zus als gevolmachtigde aan. Het duurt niet lang of Tina heeft de dodelijke middelen verzameld. Maar zonder Marijke ervan op de hoogte te stellen doet ze een derde poging tot zelfdoding, en wel binnen haar psychiatrische woongroep waar weinig privacy is. Ze wordt gevonden en naar het ziekenhuis gebracht.

Marijke spoedt zich naar het ziekenhuis en ziet haar zus aan een infuus liggen. ‘Ik toonde het behandelverbod,’ zegt Marijke, ‘en wees erop dat ik de gevolmachtigde was. Ik zei dat het infuus verwijderd moest worden. De dienstdoende arts weigerde dit.’ Tina wordt overgeplaatst naar de intensive care. De internist wil haar laten beademen, maar doet dit niet als Marijke het behandelverbod laat zien. Hij weet dat hij strafbaar is als hij Tina, tegen haar behandelverbod in, laat beademen. Maar ze blijft wel aan het infuus.

Als Tina weer bijgekomen is, vraagt ze hulp bij zelfdoding. Ze is immers, ondanks haar behandelverbod, in leven

gehouden. De arts weigert. Dan besluit Tina te stoppen met eten en drinken. Marijke: 'Mijn broer en ik probeerden een hospice te vinden, waar Tina verder zou kunnen gaan met vasten. Dat lukte niet. Haar psychiater dreigde haar wils-onbekwaam te laten verklaren en haar onder dwang kunstmatig te laten voeden.' Tina weet niet dat haar psychiater blufpoker speelt: zó eenvoudig is het niet om haar wilsonbekwaam te verklaren. Daar komen nog een onafhankelijk psychiater, een advocaat en een rechter aan te pas.

Onder druk van het dreigement gaat Tina weer eten en drinken. Ze doet alsof haar doodswens naar de achtergrond verdwijnt. Dan mag ze de psychiatrische afdeling verlaten en gaat ze opnieuw medicijnen sparen. Dit keer wil ze het beter aanpakken. Met Marijke praat ze uitvoerig over haar plan. Ook noemt ze de datum. Vier maanden later heeft ze de pillen bij elkaar. Ook heeft ze een plek buiten haar psychiatrische woongroep georganiseerd, zodat de kans kleiner is dat ze voortijdig wordt gevonden. De avond tevoren belt ze haar zus voor het laatst en nemen ze afscheid.

Na haar overlijden maken Marijke en haar broer een afspraak met Tina's behandelend psychiater. Ze willen weten welke procedure hij heeft gevolgd. Tot hun verbazing toont hij een schriftelijk advies van de medisch-ethische commissie van zijn psychiatrische instelling. Hierin staat dat deze instelling nooit mag meewerken aan hulp bij zelfdoding, ook niet als is voldaan aan alle zorgvuldigheidseisen van de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Marijke, verontwaardigd: 'Dit beleid laat mensen in de kou staan. De laatste maanden waren ellendig voor mijn zus door de onduidelijkheid van de te volgen procedure. Terwijl die procedure achteraf niet bleek te bestaan! Daardoor moest ik Tina begeleiden bij haar voorgenomen zelfdoding. Tot op de dag van vandaag weet ik niet of ik aanwezig zou zijn geweest bij haar zelfdoding als zij hierom zou hebben gevraagd. Maar ze heeft het me niet gevraagd.'

Marijke heeft nog overwogen om een klacht tegen de verantwoordelijk psychiater in te dienen, omdat hij haar zus op een heel belangrijk punt onjuist en onvolledig heeft geadviseerd. Zoals veel nabestaanden zag zij ervan af, aangezien zo'n juridische procedure belastend is, zeker als je om het verlies van een dierbare rouwt.

HOOFDSTUK IO

Jurist Eugene Sutorius: 'Hulp bij zelfdoding uit het Wetboek van Strafrecht'

Hulp bij zelfdoding is strafbaar. Maar dat is niet meer van deze tijd, vindt Eugene Sutorius. Bovendien moeten mensen 'met een transparante' doodswens ook zonder artsen aan dodelijke middelen kunnen komen. En: 'Stoppen met eten en drinken zou wel eens een heel aanvaardbare weg naar de dood kunnen worden.'

Sutorius: 'De overheid moet zich niet met een zelfgekozen levenseinde bemoeien. De dood moet weer terug in het leven. Mensen hebben het recht om te sterven op een door henzelf gekozen wijze en tijdstip.' De politiek heeft nog niet in de gaten dat dit thema in onze samenleving leeft. 'Maar dat gaat zeker komen,' zegt hij in zijn flat in Arnhem met uitzicht op de Rijn.

Eugene Sutorius is een bekend en bevlogen jurist. Hij heeft veel functies bekleed: advocaat in grensverleggende strafzaken, voorzitter van de NVVE, hoogleraar strafrecht en, nog steeds, plaatsvervangend rechter. Na de middelbare school ging hij, op advies van zijn vader, rechten studeren. Rechten is zijn ding gebleven, maar Sutorius had evengoed filosoof, psycholoog of arts kunnen worden. Een man die vraagstukken graag vanuit veel invalshoeken bekijkt, geïnspireerd door de levensfilosofie van de Stoa die rond 300 voor onze jaartelling in Griekenland is begonnen.

Volgens de Stoa heb je als mens uit te zoeken hoe het leven

geleefd moet worden en daarin moet je steeds je houding kiezen, tot en met het moment dat je beseft: Mijn tijd is gekomen,' legt Sutorius uit. 'Het is niet zo datje op een dag wakker wordt en denkt: Nu wil ik niet meer. Zo zitten we niet in elkaar. Onze levenswil is zo sterk: we willen leven. We hangen aan het leven. Maar er kan een moment komen dat het lijden te zwaar is of dat je je waardigheid verliest. Het hoeft niet om lichamelijk lijden te gaan. Het kan ook psychisch zijn.'

Mensen moeten zelf kunnen beslissen om hun levenseinde waardig in eigen hand te nemen, door dodelijke medicijnen in te nemen of te stoppen met eten en drinken. Liefst in het bijzijn van dierbaren, 'want aan het levenseinde zit altijd een relationele kant. Doodgaan doe je wel alleen, maar altijd te midden van.'

De term 'zelfeuthanasie' vindt Sutorius een onjuiste benaming. Het woord is bijna een contradictie, oftewel in tegenspraak met zichzelf, licht hij toe: 'Euthanasie is altijd zélf in Nederland. Niet de dokter beslist, maar de patiënt. De dokter helpt op verzoek. Dus euthanasie is "zelf". Zelfeuthanasie suggereert dat euthanasie niet "zelf" is.'

De oudere die vindt dat zijn tijd is gekomen, dodelijke medicijnen verzamelt en daarbij zijn dierbaren betreft, wordt onzeker, want deze dierbaren krijgen te maken met het strafrecht: hulp bij zelfdoding is verboden. Volgens Sutorius is dit wetsartikel volstrekt achterhaald, in een andere tijd ontstaan.

We schrijven 1851 als de boterkopersknecht Jan Slotboom veel stof doet opwaaien. 'Een depressieve bakkersvrouw uit de Amsterdamse Jordaan wilde zich van het leven beroven. Op haar verzoek, achter 4^e Kalfjeslaan, hielp Jan Slotboom haar daarbij en sneed, en passant, haar vinger af, omdat ze er een ring aan had die hem te pas kwam.' Lachend: 'Dit vonden we terecht niks.' Slotboom werd destijds omschreven als een man *'die voor geld eene vrouw op haar verzoek slachtte'*. Mede dankzij Slotboom werd hulp bij zelfdoding in 1886 strafbaar gesteld.

Maar wat konden mensen toen onmogelijk voorzien? Dat

do ontwikkelingen in de geneeskunde razendsnel zouden gaan. Sutorius: 'De geneeskunde heeft heel wat mooie dingen gepresteerd en is in staat ons leven te rekken en ons in leven te houden, zelfs al zijn we hersendood. We worden nu vele jaren ouder. Sommige mensen kunnen die ouderdom niet meer dragen.'

Daarbij hebben mensen vandaag de dag andere opvattingen dan hun voorouders. 'De nieuwe generatie ouderen, onder wie ik mezelf ook reken, wil zelf over het moment van sterven beschikken,' zegt Sutorius. 'Dat wordt door onze grondwet beschermd. Ik vind dat ik, na mijn zeventigste jaar, het volste recht heb te bepalen wanneer en hoe ik ga. Recht moet je niet letterlijk nemen als een afdwingbaar recht, maar als een vrijheid die mij toekomt, die voortkomt uit een cultuur met onze kernwaarden. Waarden die voor een deel komen van Kant, vanuit de Verlichting en vanuit de Stoa. Die vrijheid,' vervolgt hij in één adem, 'past dus bij ons. Dat wij nog steeds zo moeilijk praten over een zelfgekozen levenseinde, heeft te maken met het taboe op en onze angst voor de dood. Ik weet niet of wij bang zijn voor het er niet meer zijn, of voor het stervensproces dat bijna even gewelddadig lijkt als de geboorte. We hebben angst voor hoe de overgang zal verlopen. Vandaar de vraag om euthanasie, een zachte dood.'

Bovendien, waar gaat het werkelijk om? De kern is barmhartigheid en respect voor de persoonlijke waardigheid van de ander. Wat is erop tegen dat een zoon voor zijn gehandicapte moeder de medicijnen fijnmaak en het kommetje vla aanreikt? 'Zolang de regie bij die moeder ligt en de zoon vraagt: "Mam, weet je het zeker?" En zijn moeder zou zeggen: "Jongen toch, hoe vaak hebben we het er al over gehad? Wil je me nu dat kommetje aangeven?" Het gaat om een medemens die lijdt,' stelt Sutorius. 'Je wilt een ander helpen aan zijn lijden te ontkomen. In deze tere privacysettings hoort geen politie-uniform. Net zomin als het strafrecht zich met de liefde bemoeit, met de wijze waarop wij met elkaar willen zijn. Wij hebben grondrechten, privacy.'

Zolang hulp bij zelfdoding strafbaar blijft, zijn mensen bang. Sutorius: 'Het wordt minder veilig in de omgeving van de stervende. En mensen gaan geniepig medicijnen sparen.' Met die 'stiekeme' kant van de medicijnmethode heeft Sutorius moeite. 'De slinkse wijze, het sjoemelen, het gedoe eromheen, het regelen van de medicijnen, de soms onbetrouwbare internetapothekers, dit alles levert problemen op in de zorg, in de verwerking, de rouw. Soms mislukt het door onvoldoende deskundigheid.'

Natuurlijk liggen er risico's op de loer. 'Het is flauwekul om te doen alsof de dood geen materiële belangen heeft. Er komt een erfenis, er is een testament. Dit speelt ook zo nu en dan.' Een veel grotere valkuil is dat dierbaren het lijden niet meer kunnen aanzien. 'Mensen kunnen lijden aan het lijden van een ander. Soms wordt dat lijden voor de mensen om de lijdende heen zo zwaar dat ze iets van hun onbevangenheid verliezen: "Dit willen we haar niet aandoen", vermengd met: "Ik kan dit niet meer aan." Hierin schuilt een gevaar, omdat het lijden misschien op een andere manier weg te nemen is dan door de dood. Soms is er een alternatief en is het lijden met deskundig advies op te lossen.' Vandaar dat we de niet-strafbare hulp heel zorgvuldig moeten gaan regelen, beklemtoont Sutorius.

Artsen hebben het monopolie, het alleenrecht, op dodelijke middelen. Daarvoor hebben we ooit, terecht, gekozen, maar de vraag is of dit zo moet blijven. Mensen met een weldoordachte doodswens zouden ook zonder artsen aan dodelijke medicijnen moeten kunnen komen, vindt Sutorius: 'De oudere moet daarvoor ni[^]t naar een dokter hoeven, maar de kans krijgen om te mogen gaan. Hij is ouder dan zeventig!'

Dat Sutorius tot dit inzicht is gekomen, heeft te maken met zijn teleurstelling in artsen. 'De dappere natuurlijk niet te na gesproken en om misverstanden te voorkomen: we hebben veel aan artsen te danken op het gebied van euthanasie. De artsenorganisatie KNMC heeft zeer verlicht en zorgvuldig, met

tal van adviescommissies, een weg geplaveid die ons een heel eind heeft gebracht. Maar de laatste tijd is het armoede.' Om 'het gedoe' van euthanasie te voorkomen neemt menige arts palliatieve sedatie als sluiptwieg, licht hij toe. Daarbij wordt een patiënt in slaap gebracht, 'niet zelden zonder dat hij dit weet', en kan het overlijden dagen op zich laten wachten.

Artsen nemen onvoldoende hun verantwoordelijkheid om mensen met een weloverwogen doodswens te helpen. De oudere die klaar met leven is, krijgt vrijwel altijd 'nee' op zijn euthanasieverzoek te horen. 'Ik denk niet dat dokters machtsbelust zijn,' zegt Sutorius, 'maar ze zijn zich onvoldoende bewust van het feit dat ze individuele macht hebben.'

De jurist begrijpt goed dat euthanasie voor een arts belastend kan zijn. 'Het is een heel moeilijke, maar ook rijke opgave. Helaas leren ze dat niet in hun opleiding. Het omgaan met de dood, het aanvaarden van het vertrek van je patiënt, moet in de opleiding gebeuren. De dood moet terug in de opleiding. Zodat artsen leren het afscheid van een patiënt niet te dramatiseren. Mensen gaan dood, niets aan te doen. Je kunt niet zeggen: "Dit is te zwaar voor mij." Dan ben je niet professioneel.'

Als goed hulpverlener moet een arts zijn patiënt informeren over de mogelijkheid van euthanasie, ook bij beginnende alzheimer. 'Er rust een verzwaarde plicht, uitgaand van goed hulpverlenerschap, op de arts om in die situatie zelf de dood aan te kaarten. "Mevrouw, u hebt alzheimer. We weten hoe alzheimer verloopt. U hebt verschillende mogelijkheden om hiermee om te gaan. Ik zeg het niet graag, maar het is mijn plicht als hulpverlener om u te informeren en u op de mogelijkheid van euthanasie te wijzen. Neem uw tijd, maar niet te lang, want u weet dat euthanasie alleen voorbehouden is aan wilsbekwame mensen." Informatie hoort nooit aan te zetten tot een euthanasieverzoek, maar als je niet zegt dat het een van de mogelijkheden is, blijf je in gebreke als goed hulpverlener met informatieplicht.'

De terughoudendheid van artsen bij euthanasieverzoeken

heeft niet alleen te maken met de emotionele belasting ervan. De opleiding van scen-artsen, artsen die ingeschakeld worden bij euthanasieverzoeken om een onafhankelijk oordeel te geven, heeft artsen voortgebracht die denken dat zij de eerste rechter mogen zijn, meent Sutorius. 'De eerste rechter bij de vraag of iemands lijden ondraaglijk is.' Verontwaardigd: 'Nee, nee! Hun professionaliteit staat in dienst van de vraag of het lijden uitzichtloos is! Dus of ze nog een alternatief hebben om het lijden weg te nemen of te verzachten, anders dan de dood. Uitzichtloos, daar ligt hun taak. Ondraaglijk mogen ze niet toetsen. Rechters hebben het ooit gezegd: "Ondraaglijkheid is aan de patiënt." Artsen die het ondraaglijke willen toetsen, misbruiken hun positie. Misbruik, omdat ze monopolie hebben op de medicijnen. Dit moeten we openbreken.'

Moet de sleutel van de medicijnkast terug naar de burger? Sutorius: 'Een deel van de kast. Het is de enige weg, gesteld dat artsen in gebreke zouden blijven. Maar het moet wel gereguleerd worden. We moeten voorzichtig blijven met dodelijke middelen.' Een weg zonder dokters? Sutorius: 'Niet helemaal. We vragen de artsen voor het stukje waar ze goed in zijn. Om fouten en verkeerde inschattingen te voorkomen.' Sutorius denkt aan een nieuw soort hulpverlener, geen arts, die opgeleid wordt tot 'specialist levenseindezorg'. Een stervensbegeleider-'plus'. 'Het moeten mensen zijn die een zeer degelijke opleiding krijgen en voortdurend worden bijgeschoold.' Bij specialisten levenseindezorg zouden mensen met hun dierbaren terechtkunnen om over hun stervenswens te praten én indien nodig de dodelijke middelen te verkrijgen.

De andere weg naar «en zelfgekozen levenseinde is stoppen met eten en drinken. Sutorius heeft stoppen met eten een paar keer uitgeprobeerd. Niet om te sterven, 'maar uit nieuwsgierigheid, om het te ervaren'. Hij vastte twee weken lang en dronk alleen maar water, 'geen gekke bietensapjes'. De eerste twee dagen had hij hoofdpijn. 'Maar daarna ontstaat er een heel prettige situatie in je lichaam en geest, alsof je opengaat.

Het is heerlijk. Vermijd de geuren van lekker eten, want dat is lastig. En drink geen wijn, dat komt aan als een knuppel!’ Dankzij deze ervaring vermoedt Sutorius dat hij, mocht hij ooit daartoe besluiten, met enig zelfvertrouwen bewust kan versterven. Wel met mensen om zich heen die voor een goed mondtoilet zorgen. Ook wil hij over pijnstillers en kalmerende middelen kunnen beschikken.

Stel dat een dokter die medicijnen weigert te verschaffen, omdat hij dit levenseinde als ‘zelfmoord’ ziet?

Sutorius, verbaasd: ‘Dokters mogen nooit tekortschieten in de zorg. Weggaan als je patiënt stopt met eten en drinken, is tuchtrechtelijk laakbaar. Het besluit van de patiënt moet gerespecteerd worden. Het is hun taak hulp te verlenen.’

Maar als een arts zegt dat hij uw besluit niet met zijn geweten kan verenigen?

Verontwaardigd: ‘De arts laat mij toch niet stikken? Hij is een hulpverlener. Dat is zijn passie en roeping. Dan laat je iemand toch niet stikken vanwege je persoonlijke overtuiging?’ In het uiterste geval moet zo’n arts naar een collega verwijzen. ‘Als hij dat niet doet, is hij ook tuchtrechtelijk laakbaar en kan dat tot een waarschuwing leiden. Je mag je monopoliepositie niet misbruiken. De ander is kwetsbaar en afhankelijk, kan soms niet eens lopen, zodat de kansen klein zijn dat hij zelf een andere arts vindt.’

Voorzichtig: ‘Stoppen met eten en drinken zou wel eens voor grote groepen ouderen een begaanbare route kunnen worden. Voor ouderen, want voor een jongen van twintig is het vreselijk. Ik denk dat we nog veel ervaring zullen opdoen met stoppen met eten en drinken, zodat dit levenseinde bijna vlekkeloos kan verlopen.’ Hij verwacht dat de geneesmiddelenindustrie een middel zal ontwikkelen dat de dorstprikkel onderdrukt. Lachend: ‘En als dat gebeurt, zijn we misschien wel voorbij de euthanasie. En zeggen we over dertig jaar: “Weetje nog wel, de tijd dat dokters aan euthanasie deden?”’ Zou Sutorius zelf ooit de regie over zijn sterven nemen? Dat durft hij niet te zeggen, omdat hij niet weet welk mensbeeld

hem op dat moment het meeste aanspreekt. 'Dat van de mondige, na het verlichtingsdenken opgestane mens die zelf verantwoordelijk is voor de manier waarop hij leeft? Of een mensbeeld waarin de dingen komen zoals ze komen? Ik heb eerlijk gezegd geen flauw idee wat bij mij dan de boventoon voert.' Eén ding weet hij zeker: mocht hij te horen krijgen dat hij alzheimer heeft, dan zou hij, 'na mijn verdringingsfase die geheid ook zal komen', zo snel mogelijk een uitweg zoeken, met of zonder dokter.

HOOFDSTUK 11

Welke hulp is strafbaar?

Vooraf - Rechtszaken tegen hulpverleners 1995 - 2009

- De Hoge Raad en ministers van Justitie - Welke hulp mogen familie en vrienden geven? - Het persoonlijk geweten en zelfbeschikking als kompas.

Vooraf

‘En nu niet zeuren “wat vreselijk dat dit nodig is”, maar laten we blij, nou ja blij, tenminste proberen voldoende moedig en meedogend te zijn om zorgvuldige levensbeëindiging in gesprek met naasten mogelijk te maken.’¹

Zelfdoding is niet strafbaar, hulp daarbij soms wel. Op het eerste gezicht lijkt dat vreemd: hoe kan hulp bij iets wat niet strafbaar is, wél strafbaar zijn? Toch is het begrijpelijk. Vergelijk het met een ontsnapping uit de gevangenis. Wie ontsnapt, is niet strafbaar, maar wie daarbij helpt, wel. Zo is ook iemand die uit het leven ‘ontsnapt’ niet strafbaar, maar wie daarbij helpt, soms wel, als onduidelijk is of de persoon zelf weloverwogen het leven wilde verlaten. En of hij alle alternatieven - goed geïnformeerd - had geweigerd.

Hulp bij zelfdoding is strafbaar gesteld in artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht. De strafwet maakt geen onderscheid tussen een ‘gewone’ eenzame, verminkende zelfdoding en zelfeuthanasie in gesprek met naasten. Uitgangspunt in dit hoofdstuk is niet of art. 294 nog in deze tijd past, maar de vraag hoe naasten bij een zelfeuthanasie kunnen proberen binnen de wet te blijven zonder hun dierbare in de steek te laten.

Hulp bij stoppen met eten en drinken heeft voor de wet nog nooit problemen gegeven. De medicijnmethode heeft wel de aandacht van justitie, met name als daarbij artsen of andere hulpverleners zijn betrokken. Voor de strafbaarheid is bepalend wie welke 'hulp' heeft verleend.

Wetboek van Strafrecht over euthanasie:

'Artikel 293 -1. Hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren [...].

2. Het in het eerste lid bedoelde feit is niet strafbaar, indien het is begaan door een arts die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen [...].'

Over hulp bij zelfdoding:

Artikel 294-1. Hij die opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzet, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste driejaren [...].

2. Hij die opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste driejaren [...]. Artikel 293, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing.'

Alleen artsen weten waar ze aan toe zijn. Andere hulpverleners, meestal mensen die samenwerken met een vereniging voor waardig sterven, hebben sinds 1995 geregeld in de beklagdenbank gestaan nadat ze iemand bij zelfeuthanasie hadden begeleid. Dankzij verschillende processen tot aan de Hoge Raad toe is het voor hulpverleners intussen redelijk duidelijk wat wel en niet mag. De vuistregel luidt: het is niet strafbaar om gesprekken te voeren, algemeen advies te geven en morele steun te bieden; het is wél strafbaar om een instructie te geven of de regie over te nemen.

Familieleden weten nog niet waar ze aan toe zijn. Zoals .irtsen jarenlang, tot de uitspraak van de Hoge Raad in 1984, in onzekerheid moesten leven over een mogelijke strafvervolging, zo geldt dit vandaag de dag voor een familielid of vriend die bij een zelfeuthanasie aanwezig is.

Er ligt een schemergebied tussen hulp bij zelfeuthanasie die waarschijnlijk strafbaar is en hulp die dat soms niet is, afhankelijk van de bijzondere omstandigheden. Welke rechtszaken tegen hulpverleners zijn belangrijk geweest en wat kunnen familieleden en vrienden hiervan leren? Welke hulp mogen zij misschien geven? Hoe kunnen zij vermijden hulp te geven die vermoedelijk strafbaar is? Die vragen komen in dit hoofdstuk aan de orde.

Rechtszaken tegen hulpverleners: 1995-2009

Wine Mulder-Meiss (1995)

Informatie, advies en morele steun zijn niet strafbaar

De arts Wine Mulder-Meiss werkt in 1993 samen met de nwe. Zij voert gesprekken met een 73-jarige man die al tien jaar ernstig ziek is en uit het leven wil stappen. Ze is erbij als hij de slaapmiddelen inneemt. De man heeft een plastic zak klaargelegd om die zelf over zijn hoofd te doen.

Kort nadat hij de tabletten heeft ingenomen, zegt mevrouw Mulder: 'U moet nu de plastic zak over uw hoofd doen.' Die ene zin krijgt nog een staartje, want haar uitspraak over de plastic zak is een 'instructie'. En dat mag niet, zo oordeelt het hof Den Haag, en in hoger beroep ook de Hoge Raad in 1995.

Niet strafbaar was het voeren van gesprekken over zijn zelfdoding. Ook niet de informatie die zij over de slaapmiddelen gaf. En evenmin de morele steun die zij bood door bij zijn zelfdoding aanwezig te zijn. Haar uitspraak over de plastic zak komt haar op een symbolische straf te staan: één maand voorwaardelijke celstraf met een proeftijd van twee jaar.

Martine Cornelisse (2003)

Een weloverwogen zelfdoding voorkómen is niet verplicht

Mevrouw Cornelisse, psycholoog en medewerker van de NVVE, geeft informatie over dodelijke medicijnen aan een 43-jarige vrouw met een lang psychiatrisch verleden. Kort voor en na het innemen van de pillen telefoneren ze nog met elkaar. De broer van deze vrouw dient na het overlijden een klacht in tegen mevrouw Cornelisse.

De rechtbank Den Bosch stelt voorop dat de vrouw wilsbekwaam was en duidelijk had gemaakt dat haar zelfdoding niet mocht worden voorkomen. Daarom had mevrouw Cornelisse niet de plicht om de zelfdoding te verhinderen. Het geven van concrete informatie over dodelijke medicijnen en de geboden morele steun in de vorm van de beide telefoongesprekken beschouwt de rechtbank niet als strafbare hulp. Mevrouw Cornelisse heeft immers geen 'instructie' gegeven of de regie overgenomen. Zij kreeg geen straf.

Willem Muns (2005)

Hulp door een hulpverlener voorafgaand aan zelfeuthanasie kan strafbaar zijn

Willem Muns, consulent van Stichting De Einder, is erbij als een 81-jarige vrouw dodelijke medicijnen inneemt. Tevoren had Muns een lijstje opgesteld met dingen die zij in huis moest halen. Ook enkele anderen, geen hulpverleners, zijn aanwezig. Na haar overlijden wordt Muns gearresteerd en zit veertig dagen in voorarrest. «.

Het gerechtshof Leeuwarden acht bewezen dat Muns, of op zijn aanwijzing de anderen, bij de zelfdoding hebben geholpen. Ze hebben een potje jam en een fles alcohol geopend, de medicijnen klaargezet, de plastic zak klaargelegd en het elastiek gereedgemaakt, dat Muns om haar hals deed. Het hof verwijst naar Muns' professionele ervaring als consulent van De

Einder. Zijn hulp werd gegeven 'door een persoon die daarin meer deskundig is dan degene die haar ontvangt'.

Het gerechtshof oordeelt ook dat hulp of advies voorafgaand aan de uitvoering van een zelfdoding onderdeel kan zijn van strafbare hulp. Muns krijgt twaalf maanden, waarvan acht voorwaardelijk, dus vier maanden cel. De Hoge Raad bevestigt dat het moment waarop iemand hulp bij zelfdoding geeft - tijdens de uitvoering of daaraan voorafgaand - niet bepalend is voor de vraag of er strafbare hulp is geboden.

Ton Vink (2007)

Informatie geven is niet strafbaar, de regie overnemen wel

Ton Vink, een counselor die samenwerkt met Stichting De Einder, heeft maandenlang contact met een 50-jarige vrouw die haar leven wil beëindigen. Zij verzamelt zelf een combinatie van middelen en vraagt Vink of dit voldoende is. Vink geeft haar informatie uit een boek over deze medicijnen, waaruit blijkt dat zij er al voldoende heeft verzameld. Twee vriendinnen zijn aanwezig als de vrouw de middelen inneemt en overlijdt. Vink zelf is ernietbij. Hij publiceert over zijn begeleiding van deze vrouw,² waarna het Openbaar Ministerie tot vervolging overgaat.

De rechtbank meent dat de officier niet heeft bewezen dat Vink een 'instructie' heeft gegeven. Bij 'instructie' moet sprake zijn van 'initiatieven', dan wel het voeren van de 'regie', of van het 'actief sturen' van degene die tot levensbeëindiging overgaat. Vink wordt vrijgesproken.³

Jan Hilarius (2008)

Een hulpverlener mag geen dodelijk middel verstrekken

Jan Hilarius, maatschappelijk werker en oprichter van Stichting De Einder, geeft informatie over dodelijke medicijnen

aan een 25-jarige vrouw die onder behandeling is voor een psychiatrische stoornis. Een tijdje later stuurt hij haar een dodelijke dosis Depronol toe, in ruil voor slaapmiddelen die de vrouw heeft opgespaard. Hij neemt geen contact op met haar familie, huisarts en behandelend psychiater.

Als de vrouw de medicijnen in huis heeft, voelt ze een innerlijke dwang om ze in te nemen. Kort daarop doet ze dat ook. Niemand is erbij. Haar ouders dienen een klacht in tegen Hilarius.

Het gerechtshof Amsterdam acht bewezen dat Hilarius haar de medicijnen heeft verschaft waarmee zij zichzelf heeft gedood. Hij krijgt twaalf maanden gevangenisstraf, waarvan acht voorwaardelijk, mede omdat hij niet met haar behandelars heeft overlegd.

Ook de Hoge Raad buigt zich over deze zaak en komt in 2008 met een formulering die onzekerheid geeft door een nieuwe, ruimere uitleg te geven aan 'behulpzaam zijn' bij zelfdoding. Hulp bij zelfdoding is strafbaar als iemand 'het door zijn handelen voor de ander mogelijk of gemakkelijker heeft gemaakt om zichzelf te doden'. Zo ja, dan is deze persoon strafbaar, ook als de zelfdoding mislukt. Deze omschrijving is zo ruim geformuleerd, dat bijvoorbeeld ook het boek *Uitweg* aan iemand geven, hulp bij zelfdoding kan zijn. Zou helpen bij de mondverzorging tijdens bewust versterven nu ook strafbare hulp bij zelfdoding zijn? Die hulp maakte het voor de rechter Emiel (*Intermezzo* I) makkelijker zichzelf te doden. De artsenorganisatie KNMC stelt dat goede palliatieve zorg bij versterven een plicht is van de arts, ook als deze het niet eens is met het besluit tot zelfeuthanasie.

Cerard Schellekens (2009)

Kinderen niet vervolgd, de hulpverlener wel

Cerard Schellekens, voorzitter van de Stichting Vrijwillig Leven, overhandigt dodelijke middelen aan de kinderen van

oen 80-jarige vrouw. Zij heeft de ziekte van Parkinson en woont in een verpleeghuis in Almelo. Samen met haar kinderen is Schellekens aanwezig als de vrouw de dodelijke medicijnen inneemt. Na haar overlijden zitten de kinderen en de hulpverlener één nacht in de cel. De kinderen zijn niet vervolgd, de hulpverlener wel. De uitspraak luidt: twee maanden onvoorwaardelijke gevangenisstraf. Er is hoger beroep aangetekend. Deze zaak is nog onder de rechter.

De Hoge Raad en ministers van Justitie

De uitleg die de Hoge Raad in 2008 gaf aan 'behulpzaam zijn' bij zelfdoding, wijkt af van wat de ministers van Justitie Kort-hals, Donner en Hirsch Ballin in de Tweede Kamer hebben gezegd. Allen hebben naar de zaak van mevrouw Mulder-Meiss verwezen.

Twee maten voor strafbare hulp?

Het arrest Mulder-Meiss van de Hoge Raad uit 1995 gaf rechters en ministers van justitie jarenlang houvast bij de vraag wat hulpverleners die geen arts zijn, wel of niet mogen doen. Een nieuwe maatstaf duikt op in het arrest-Hilarius uit 2008.

De Hoge Raad stelde dat hulp bij zelfdoding strafbaar is als het iemand 'mogelijk of gemakkelijker wordt gemaakt om zichzelf te doden'. Hulp bij versterven door palliatieve zorg zou dan ook strafbaar zijn omdat dit het iemand makkelijker maakt zich te doden. Een belangrijke taak van de Hoge Raad is het bewaken van de rechtseenheid. De uitspraak van 2008 staat daarmee op gespannen voet, stelt hoogleraar strafrecht Schalken.⁴

Eén voorbeeld: in 2003 worden in de Tweede Kamer vragen gesteld over het boek *Informatie over humane zelfdoding* (Chabot 2003a). De vraag luidde: '...of en in hoeverre het strafbaar is een dergelijk boek te verstrekken aan andere personen dan artsen.' De minister antwoordde dat 'onder het begrip behulpzaamheid bij zelfdoding in de zin van art. 294 niet kan worden

verstaan het verschaffen van informatie, het voeren van gesprekken en het geven van morele steun. Dergelijk handelen is derhalve niet strafbaar.’⁵

Welke hulp mogen familie en vrienden geven?

Welke hulp mogen familieleden en vrienden bij een zelfeuthanasie verlenen en welke niet? Het antwoord op deze vraag is niet eenvoudig. Er zijn hierover twee rechtszaken. Beide gaan over een familielid of vriend die dodelijke middelen aan een dierbare heeft verstrekt. De twee rechtbanken hebben zeer verschillend geoordeeld:

1982. Een man kocht in Zwitserland Vesparax voor zijn vrouw en komt voor de rechter. Zij leed aan aangezichtspijn. Geen enkele behandeling gaf verlichting. Na het innemen van Vesparax overleed zij. De officier gelooft in de goede bedoelingen van de echtgenoot, maar verwijt hem dat hij geen arts heeft geraadpleegd. De rechter legt een symbolische straf op: zes maanden voorwaardelijk met een proeftijd van één dag.

2005. Een man verstrekt een overdosis methadon, wat heroïne en een injectiespuit aan een vriend met een psychiatrisch verleden. Kort tevoren heeft deze een mislukte poging tot zelfdoding gedaan. Met de methadon lukt het wel. Straf: vijftien maanden gevangenisstraf waarvan vijf voorwaardelijk.

In de strafwet hangt heel veel van de omstandigheden af. Keer op keer verwijst de Hoge Raad naar het ‘algemeen spraakgebruik’ en naar ‘de omstandigheden van het geval’.⁶ De rechter moet bij elk geval opnieuw bekijken of de gegeven hulp bij zelfdoding ook inderdaad strafbare hulp is.

Hulp bij zelfdoding is in 1886 strafbaar gesteld in artikel 294 (zie kader in het begin van dit hoofdstuk). In die tijd waren euthanasie en zelfeuthanasie onbekend. Mensen werden niet erg oud en ook als zij dat wel werden, wisten zij niet hoe zij in gesprek met naasten het tijdstip van inslapen konden bepalen. Nu is dat wel mogelijk: mét hulp van een arts of, als hij die weigert te geven, zónder. Is artikel 294 dan nog wel van deze

tijd? De jurist Sutorius zegt in hoofdstuk 9 dat het verbod op hulp bij zelfdoding uit de strafwet moet verdwijnen. De ervaring in naburige landen als Duitsland en Zwitserland laat zien dat hulp bij zelfdoding in een rechtstaat niet strafbaar hóéft te zijn.⁷ Daar is hulp bij zelfdoding niet strafbaar en het aantal zelfdodingen niet veel groter.

Nu uit onderzoek blijkt dat zelfeuthanasie vaker dan euthanasie voorkomt, werpt de strafwet wel een schaduw over een waardig sterfbed in gesprek met naasten. Ook juristen weten niet meer waar vandaag de dag precies de grens ligt tussen strafbare en niet-strafbare hulp.⁸ Zelfs de Hoge Raad hanteert nu twee maten voor strafbare hulp (zie kader op pagina 225). De jurist Gevers (zie kader hieronder) heeft op dit punt helderheid verschaft aan familie en vrienden die hun dierbare niet alleen willen laten sterven.

Wij doen nu een poging in onderstaand schema op een rij te zetten waar familie en vrienden op moeten letten als zij medemenselijke hulp bij het zelfgekozen einde willen geven, donder daarover geheimzinnig te doen.

Links in het schema staan vier kernvragen. De middelste kolom geeft in telegramstijl op deze vragen een antwoord dat n de rest van dit hoofdstuk wordt toegelicht. De rechterkolom noemt de bronnen die zijn geraadpleegd.

Een jurist over de grenzen van art. 294

Professor Gevers zegt het nauwkeurig: 'Het geven van algemene informatie of advies over en morele steun bij zelfdoding is niet strafbaar. Ook enkel aanwezig zijn bij de suicide valt niet onder artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht. Wel strafbaar is het geven van daadwerkelijke hulp of instructies *althans indien het overlijden het directe gevolg is van die hulp*. Volgens de wetgever krijgt algemene informatie of advies het karakter van een instructie indien dit gericht is op een concrete handeling of vaardigheid, gekoppeld aan de uitvoering en *komend van een persoon die daarin meer deskundig is dan degene die haar ontvangt*.'⁹ (cursiveringen toegevoegd)

Welke hulp bij zelfeuthanasie is strafbaar en welke misschien niet?*

Kernvragen	Woorden of daden	Bron
1. Wat mag duidelijk niet? (Leidt tot gevangenisstraf)	► Aanzetten tot zelfdoding. ► De regie overnemen. ► Een instructie of opdracht geven.	Artikel 294; Hoge Raad 1995 en latere zaken; Handelingen Tweede Kamer.
2. Wat mag wel?	► Gesprekken voeren over zelfdoding. ► Informatie geven. ► Morele steun bieden, bijv. door aanwezig te zijn.	Hoge Raad 1995,** gerechtshof Leeuwarden en Amsterdam, en ministers van Justitie (Donner, Hirsch Ballin).
3. Wat ligt in het grijze gebied daartussen? (Afhankelijk van de omstandigheden is een lichte of een symbolische straf gegeven)	► Op uitdrukkelijk en herhaald verzoek medicijnen kopen, bewaren, overhandigen of fijnmaken. ► Het glas water vasthouden tijdens het innemen. ► Water of vla aangeven om de medicijnen in te kunnen nemen.	Artikel 294 stelt dit strafbaar, maar de man die Vesparax gaf aan zijn vrouw met onbehandelbare pijn kreeg een symbolische straf. Hulpverlener Muns kreeg hiervoor straf omdat hij meer deskundig was en omdat hij de regie overnam.

* Hulp bij bewust versterft door naasten die mondverzorging geven en artsen die verzachtende medicijnen toedienen, staat niet in dit schema omdat uit onderzoek van Chabot (2007) blijkt dat zowel artsen als leken bewust versterven geen zelfdoding noemen in het dagelijks spraakgebruik. Omdat de Hoge Raad het 'dagelijks spraakgebruik' als kompas aanhoudt, zal hulp bij bewust versterven niet onder art. 294 vallen.

** De uitspraak van de Hoge Raad uit 2008 staat niet in dit schema, omdat volgens deze uitspraak *alles* strafbare hulp kan zijn.

4. Welke omstan-	► Was er een onbehandel-	'Ontluistering' is door de
digheden hebben	bare ziekte of toenemende	Hoge Raad in 1984 op één
een rol gespeeld bij	ontluistering?	lijn gesteld met ondraaglijk
het oordeel van de	► Was de persoon wilsbe-	lijden; dit is in de toelich-
rechter over wat	kwaam volgens de arts of	ting op de wet van 2002
nog net wel of toch	een andere hulpverlener?	bevestigd.
niet meer mag?	► Is er met een arts overlegd	Rechters noemen 'afwezig
	over alternatieven voor de	overleg met een arts' bij
	dood?	hun motivering om een
	► Heeft de arts het eutha-	zware straf te geven.
	nasieverzoek op schrift	(Rb Almelo 2009)
	afgewezen?	
	► Wat kon iemand nog zelf	
	doen (reizen, lopen, een glas	
	vasthouden) en wat niet?	

Het persoonlijk geweten en zelfbeschikking als kompas

Bij belangrijke beslissingen in het privéleven gelden twee algemene uitgangspunten: het persoonlijk geweten is leidraad, en zelfbeschikking is een kernwaarde bij de inrichting van ieders leven. Het sterfbed hoort bij het leven. Maar ook de waarde van het menselijk leven en barmhartigheid zijn centrale waarden in de familiekring of onder vrienden. Als iemand zijn leven zelf wil beëindigen en dat aan een ander vertelt, zal die persoon zijn geweten raadplegen, omdat ieder mensenleven telt. Dus zal je nagaan of dat besluit weloverwogen en de situatie uitzichtloos is.

Zodra iemand dood wil, zullen de naasten zich daarom eerst afvragen of er geen andere oplossingen zijn. Heeft hij met een arts of andere hulpverlener diepgaand gesproken over de redenen om het leven te verlaten? Wat zag deze nog aan mogelijkheden om het lijden te verlichten? Zijn die geprobeerd of waren er goede en invoelbare redenen om dat niet te doen? Als er niet met een arts of andere hulpverlener is gesproken, is het

een uiting van betrokkenheid erop aan te dringen om die gesprekken een kans te geven.

Pas wanneer u, als naaste, overtuigd bent dat er geen reële mogelijkheden zijn om het leven leefbaar te maken, krijgt zelfbeschikking over het levenseinde het laatste woord. Pas daarna zult u zich afvragen of morele steun, of andere hulp bij de uitvoering, verenigbaar is met uw geweten. En zo ja, of u die hulp ook wilt geven.

Wie heeft de regie?

De persoon zelf heeft de regie. Je mag een ander nooit tot zelfdoding aanzetten of onder druk zetten om de gespaarde pillen nu maar eens in te nemen. Dan zou je de regie overnemen en iemand 'over de rand duwen'.

Stel, er is geen aanvaardbare en realistische andere oplossing en iemand vraagt om hem niet alleen te laten sterven. Wat te doen? Intimi moeten proberen binnen de bakens te blijven die in het schema naast vraag 1 en 2 staan. Dat verkleint de kans op misverstanden na het overlijden. Maar het blijft onzeker wat in een schrijnende situatie het antwoord op vraag 3 is: wat ligt in het schemergebied tussen strafbare en niet-strafbare hulp? Heel belangrijk in die situatie is wat naast vraag 4 staat: is de arts om euthanasie gevraagd? Waarom weigerde die? Heeft hij deze afwijzing ook schriftelijk toegelicht? Zo niet, dan mag u hem vragen zijn redenen op papier te zetten. De ervaring leert immers dat het, na het overlijden, vaak onduidelijk is wat de arts precies heeft gezegd.⁸

Als familielid bent u zeker niet 'meer deskundig' dan degene die tot zelfeuthanasie overgaat. De rechter zal hiermee rekening houden. Geef liever ook geen hulp waarvan 'het overlijden het directe gevolg is' (zie kader p. 227). Maar de werkelijkheid is soms weerbarstig.

Mag u bijvoorbeeld voorwerpen aanreiken, zoals een kommetje vla met daarin de uitgestrooide medicijnen? Dat is bij hulpverlener Muns bestraft! Maar Muns was om te beginnen

'meer deskundig' en had bovendien de regie overgenomen. Die twee redenen voor het strenge oordeel van het gerechtshof Leeuwarden worden vaak vergeten.

Er wordt sinds deze uitspraak wel gezegd dat de aanwezigen 'op hun handen moeten zitten' en helemaal niets mogen doen. Maar dat lijkt bij gehandicapte of zieke hoogbejaarden weinig realistisch. De vla aanreiken op verzoek van iemand die niet meer kan lopen of zien, is een gebaar van barmhartigheid. Het zou onbarmhartig zijn dit te weigeren. Mits duidelijk is dat de regie bij de persoon zelf ligt. Loop niet vooruit op de vraag om water door te zeggen dat het nu 'toch wel tijd wordt de middelen in te nemen.' Geef alle ruimte om, met de voet op de drempel, alsnog om te keren.

Als u de regie overneemt en op zelfdoding aanstuurt, verandert de situatie wezenlijk. U kunt erop wijzen dat de zelf-euthanasie ook uitgesteld kan worden: 'Ga er niet mee door, omdat wij nu allemaal hier zijn. Het kan volgende week of maand ook nog.' Uit de reactie daarop kan duidelijk worden of iemand daadwerkelijk de regie over de uitvoering neemt.

Welke andere voorbereidende handelingen voeren de naasten uit? Soms openen zij capsules of malen de tabletten fijn. Zieke en stramme ouderen kunnen dat vaak niet meer zelf en zijn bij deze voorbereidende handelingen compleet afhankelijk van hulp, terwijl ze wel helder van geest weten dat ze nu echt dood willen. In zulke gevallen hoeft de rechter het fijnmaken van de medicijnen niet als strafbare hulp te beschouwen.

Voor een rechter kan het belangrijk zijn dat er meerdere personen aanwezig waren. Zij kunnen namelijk bevestigen dat de regie bleef bij degene die wilde sterven. Als er slechts één persoon aanwezig was, zal het moeilijker zijn de rechter ervan te overtuigen dat er geen druk is uitgeoefend 'om nu maar eens op te stappen'.

De tijd nemen

Tijdens de voorbereidingen is de factor tijd heel belangrijk. Als het enigszins kan, moet er ruim tijd liggen tussen de voor-

bereiding en de uitvoering van de levensbeëindiging. Uitstel levert immers bedenktijd op en geeft tijd voor verdere gesprekken. Het zet een rem op een impulsieve beslissing. Uw inspanning om uitstel te verkrijgen zal bij het oordeel van de rechter meewegen.

Gaat het daarentegen om de uitvoering van een weloverwogen besluit, dan is het niet aan de intimi om almaar op uitstel te blijven aandringen. Soms laten de omstandigheden dat ook niet toe. Bij een ernstige ziekte die zo snel voortschrijdt dat een gevreesde opname in een verpleeghuis nabij komt, komen de naasten klem te zitten (zie *Intermezzo V* over Rick). Nood breekt wet, omdat je in een verpleeghuis zelden of nooit nog de kans krijgt je leven met medicijnen te beëindigen.

Medicijnen verzamelen

Mag u, als naaste, de middelen verschaffen aan iemand die hier dringend en bij herhaling om vraagt? Voor iemand die dat zelf onmogelijk nog kan doen? Terwijl zijn arts euthanasie weigert en er geen andere arts is die dat wél wil doen? Dan sta je soms met je rug tegen de muur omdat je iemand niet aan zijn lot wil overlaten en omdat je niet ziet hoe je dat lot nog kan verlichten.

Volgens de letter van artikel 294 mag het niet. Er kunnen echter verzachtende omstandigheden zijn, zoals bij de man die Vesparax kocht voor zijn vrouw met onbehandelbare aangezichtspijnen. Hij kreeg een symbolische straf. Anders lag het bij de man die dodelijke middelen aan een vriend gaf, waarna deze direct en in eenzaamheid tot zelfdoding overging. Dit lijkt op een impulsieve beslissing, en dus op een 'gewone' zelfdoding."Geen zorgvuldige zelfeuthanasie. Deze 'leverancier' kreeg maanden gevangenisstraf.

Ook bij de aanschaf van middelen blijft de kernvraag: wie heeft de regie? Wie aanbiedt de middelen alvast maar te kopen, kan daarmee druk op de ander uitoefenen: 'Wordt het geen tijd om op te stappen?' Maar wat als iemand niet meer kan reizen of met internet kan omgaan? En bij herhaling uit-

legt waarom het leven een woestijn is geworden en om medicijnen vraagt? Dan verandert de situatie. En speelt opnieuw de tijdsduur een belangrijke rol: de tijd die verstrijkt tussen het verkrijgen van de dodelijke medicijnen en de zelfeuthanasie. Wie de dodelijke medicijnen niet zelf kan kopen, doet er verstandig aan om niet onmiddellijk tot levensbeëindiging over te gaan als de middelen in huis zijn. Hoe meer tijd verstrijkt tussen het overhandigen van de middelen en het innemen ervan, des te minder aannemelijk is het dat het krijgen van de middelen iemand tot zelfeuthanasie heeft aangezet. Een ander aanzetten tot zelfdoding gaat ver over de grens.

Als de medicijnen op een veilige plek in huis zijn, is dat op zichzelf vrijwel nooit de oorzaak om tot het innemen ervan over te gaan. Veel artsen en hulpverleners hebben de ervaring dat alleen al de zekerheid dat iemand de uitweg in handen heeft, hem een gevoel van rust geeft. Waardoor het er niet van hoeft te komen.

Gesprekken

Als u in vertrouwen bent genomen over de naderende uitvoering van een zelfeuthanasie, doet u er goed aan een dagboekje bij te houden. Hoe hebt u geprobeerd tijd te winnen en het leven zo draaglijk mogelijk te maken? Waarom was u erbij aanwezig? Opnemen van een gesprek over de doodswens op videoband of cassette kan later soms ook van nut zijn.

U kunt de kans op strafbaarheid verkleinen door er niet alleen mee te blijven rondlopen. Laat uw handelen tijdens de voorbereidende fase informeel 'toetsen' door iemand die op dit terrein meer kennis van zaken heeft, iemand die niet oordeelt, maar die wel wijst op alternatieven voor de dood die u misschien over het hoofd ziet.

Gesprekken met een buitenstaander kunnen ook helpen om tijdens de voorbereiding en uitvoering uw eigen morele grenzen te bewaken. Soms is het moeilijk om een dierbare te weerstaan. Een dierbare die keer op keer met overtuiging zegt dat hij dood wil, daarbij uw hulp vraagt en op uw gevoel

werkt. U kunt voor die wens alle begrip hebben en toch vinden dat de gevraagde hulp, bijvoorbeeld het kopen van een dodelijk medicijn, voor u te ver gaat.

Angst is een slechte raadgever

Wat zijn invoelbare redenen om het leven te beëindigen? Het antwoord hangt in hoge mate van de cultuur rond sterven af. Familieleden en vrienden staan voor een dilemma. Zij willen een dierbare met zorg en betrokkenheid nabij blijven tot aan de dood, maar ook niet tegen de wet ingaan. Dit dilemma blijft onoplosbaar zolang er geen rechtspraak is over de rol van naasten bij zelfeuthanasie. Soms zullen zij zich neerleggen bij de afwijzing van het euthanasieverzoek door de arts. Soms ook zullen zij hun eigen plan trekken samen met degene voor wie het leven niet meer leefbaar is. Zoals de kinderen van de vrouw met parkinson in een verpleeghuis deden in de zaak-Schellekens.¹⁰

Toen de dokter nog volledig de regie had over het sterven, waren er niet zulke problemen met artikel 294. Nu de regie over het moment van sterven verschuift naar de persoon die gaat sterven, ontstaat er wrijving rond het wetsartikel dat hulp bij zelfdoding strafbaar stelt. Voor rechter Emiel was die wrijving pijnlijk voelbaar, des te pijnlijker omdat hijzelf aan die wet had meegewerkt. Ook al had hij geen enkele ziekte, hij wilde zijn vrouw niet langer overleven nu hij 86 jaar was. Zijn geweten bracht hem ertoe niet de medicijnmethode maar bewust versterven te kiezen.

Angst is een slechte raadgever. Niemand hoeft in eenzaamheid te sterven. De stervende en zijn familie hoeven zich niet te laten afschrikken door onduidelijke rechtspraak over hulp bij zelfdoding, zolang zij gewetensvol handelen en daarover ook openheid geven.'

Gewoonten veranderen, ook rondom het sterven. Betutteling door artsen en juristen rond het levenseinde van mensen die hun bijdrage aan de samenleving hebben geleverd, is ongewenst. De morele opvattingen in de samenleving lopen

ver uiteen, maar in de privésfeer van het sterfbed mogen andermans opvattingen geen overheersende rol spelen, zolang de persoon die wil sterven zelf de regie in handen neemt en vasthoudt. De regie, over het verkrijgen van wat er nodig is voor zelfeuthanasie met medicijnen of door helium. En, vervolgens, de regie over het tijdstip waarop het gaat gebeuren en over het uitvoeren van de handelingen die tot de dood leiden.

Onderzoeker Boudewijn Chabot: 'Handboek voor een nieuwe generatie'

Wat is het verschil tussen een handboek en een handleiding? Moet je informatie over dodelijke medicijnen wel bekendmaken? Waarom gaat de medicijnmethode soms mis? En waarom zijn processen tegen nabestaanden belangrijk?

'De cultuur rond het sterven is sinds een halve eeuw ingrijpend veranderd. De wens het sterven te sturen leeft bij veel mensen, ook in andere westerse landen. De gevolgen daarvan zien artsen en juristen nog niet onder ogen,' zegt psychiater en sociologisch onderzoeker Boudewijn Chabot in zijn tuin tussen weiden en akkers. Een bonte oase, waar hij dertig jaar geleden zijn eigen huis bouwde en sindsdien een 'graag traag' levensritme aanhoudt. Met laptop en internet, dat wel. De plek waar hij stevast tot rust komt en zijn gedachten laat gaan over een waardig levenseinde in eigen hand, het onderwerp waarop hij in 2007 met lof is gepromoveerd bij de socioloog Abram de Swaan.

Uit zijn onderzoek bleek dat zelfeuthanasie ruim vierduizend keer per jaar voorkomt. 'Ik was verrast en geloofde het niet,' zegt Chabot. 'Daarom hebben ervaren methodologen en statistici mijn onderzoek op alle mogelijke fouten nagelopen. Hun conclusie was dat dit aantal eerder een onderschatting is. Zoveel mensen die jaarlijks het doornige pad van zelfeuthanasie kiezen, dan broeit er iets.'

Zijn onderzoek stuitte op weerstand. 'Het kostte moeite een hoogleraar te vinden die het wilde begeleiden. Patiëntenorganisaties deinsden terug als ze hoorden dat het onderzoek zou gaan over een humane levensbeëindiging in eigen hand. De Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde verbood haar medewerkers medewerking aan mijn onderzoek. Zelfs geringe financiële steun was haast niet te krijgen. Dat er toch veel nabestaanden meededen, komt omdat sterven bespreekbaar is geworden.'

Specialist ouderengeneeskunde Bert Keizer vraagt zich af waar de mondige ouderen blijven over wie hij al jaren hoort praten. Ouderen die voor een levenseinde in eigen regie kiezen. 'Het antwoord is simpel,' zegt Chabot. 'Keizer ziet deze mensen niet in zijn verpleeghuis. Mensen als Emiel, Rick of Bea die in dit boek aan het woord komen, kijken wel uit daar terecht te komen.'

'Dat er iets verandert, zie je bij mensen met de diagnose dementie of met een andere ernstige, maar niet direct dodelijke ziekte. Ook patiënten in een rustige fase van een psychiatrische ziekte of ouderen die hun leven als voltooid beschouwen, horen bij deze emancipatiegolf,' zegt Chabot. 'Onder hen zijn gelovige mensen die in gesprek met dierbaren tot de slotsom zijn gekomen dat er geen leefbare toekomst meer is. De theoloog Kuitert (1994) zei het zo: "Als het leven een geschenk van God is, dan mag je dat in een uitzichtloze situatie aan je Schepper teruggeven." Anders is het geen geschenk maar een dwangbuis.'

U noemt *Uitweg* een handboek voor een nieuwe generatie. Wat is het verschil tussen een handboek en de bestaande gidsen voor zelfdoding?

'Je vindt alleen maar recepten in alle gidsen voor zelfdoding, zoals die van Humphry (1981), van de NVVE in het *Schotse boekje* (1993) of op de NVVE-website. De dodelijke werking van die recepten is niet door deskundigen in de vakliteratuur gecontroleerd.¹ In dit handboek is dat wel gebeurd. Nu de naoor-

logse generatie 65 wordt, is er behoefte aan een naslagwerk dat meer biedt dan een opsomming van recepten. Bovendien geeft dit boek een veel breder perspectief op de zelfgekozen dood dan de bestaande handleidingen of websites: de dierbaren staan in het middelpunt, naast de persoon die het leven wil verlaten. De verhalen in de “intermezzo’s” vertolken geen stoere ideologie van zelfbeschikking maar laten ook de twijfels zien en hoe het mis kan gaan. Voor de dierbaren spelen barmhartigheid - elkaar helpen en in het leven bewaren - vaak een grotere rol dan zelfbeschikking. Dit boek geeft aandacht aan ethische én juridische afwegingen in de intieme kring, zonder te moraliseren.’

Niet iedereen is gelukkig met de term ‘zelfeuthanasie’. De jurist Eugene Sutorius vindt dat die term suggereert dat euthanasie niet ‘zelf zou zijn.

Chabot: ‘Was het maar waar dat bij euthanasie de patiënt, en dus niet de dokter, beslist. Dan zouden veel problemen rond waardig sterven zijn opgelost. In de praktijk kan de patiënt beslissen wat hij wil, maar bij de uitvoering heeft hij de dokter nodig. En die zegt vaak “nee”. Zelfeuthanasie gaat aan dat “nee” voorbij. Je neemt de uitvoering in eigen hand. Dat vergt tijd en inspanning.’

Waarom spreekt u niet gewoon over zelfdoding?

‘Zelfdoding roept nog steeds het beeld op van suïcide of zelfmoord: eenzaam, verminkend, impulsief. Zelfeuthanasie gaat uit van de oorspronkelijke betekenis van euthanasie: een goede dood. Goed in de zin van moreel goed, dat je rekening houdt met de gevoelens van je naasten én dat je sterft in overeenstemming met hoe je hebt geleefd. Zelfeuthanasie benadrukt dat mensen ook zelf die verantwoordelijkheid kunnen nemen. Daar bestaat nog geen Nederlands woord voor.’

I) werd landelijk bekend toen u in 1994 voor de rechter stond. U had dodelijke middelen gegeven aan een vrouw die haar beide kinderen had verloren. Hoe kijkt u daarop terug?

‘Ik zou het weer doen, als zelfeuthanasie nu nog steeds niet mogelijk zou zijn. Ik had al mijn overredingskracht aangewend om haar tot een ander inzicht te brengen. Probeerde haar vergeefs weer uitzicht op enig levensperspectief te bieden. Na al die gesprekken was het niet moreel aanvaardbaar om haar op dat moment van haar leven alleen te laten. Ook al had zij, naar mijn oordeel als vakman, geen psychiatrische ziekte. De rouw waaronder zij gebukt ging, is geen ziekte. Ook twintig jaar later vind ik het woord “ziek” voor haar situatie getuigen van psychiatrische arrogantie.’

De Hoge Raad oordeelde u schuldig omdat geen van de vijf artsen die u had geraadpleegd, zelf met de vrouw had gesproken, maar vond een straf niet nodig. Velen beschouwden dit arrest als een overwinning voor zelfbeschikking over het levenseinde. Hoe hebt u dat ervaren?

‘In die euforie heb ik me gebruikt gevoeld en onmachtig om daar iets tegen te doen. Net als anderen sta ik huiverig tegenover mensen zonder dodelijke ziekte die uit het leven willen stappen. Ik wist destijds niets over een humaan levenseinde in eigen regie. Mijn collega's wisten het ook niet. Dus ben ik tot het eind met haar meegelopen, en heb dat aan justitie gemeld.’

Na zijn rechtszaak groeide bij Chabot het inzicht dat je voor een humaan levenseinde niet altijd afhankelijk van een dokter zou moeten zijn. Hij leerde hoe bewust versterven menselijk kan verlopen en bracht die vergeten methode in 1996 weer onder de aandacht.² Later ontdekte hij, met hulp van anderen, welke combinaties van medicijnen tot een humane dood leiden. Hoe betrouwbaar is de medicijnmethode?

‘Al jaren ben ik hierover in gesprek met een toxicoloog en apotheker die beiden aan een universiteit verbonden waren. Ik stel hun adviezen steeds weer bij in het licht van meldingen uit de praktijk en vakliteratuur. Wij denken dat de combinaties van middelen in dit boek een grote kans van slagen bieden. Zekerheid is nooit te geven.’

Een enkele keer gaat het mis, zegt Chabot. ‘Sommigen

kicken niet van hun slaapmiddelen af. Anderen gebruiken een medicijn dat de werking van het dodelijke middel verzwakt. Weer anderen hebben namaakpillen via internet ontvangen. Voor nog betere adviezen zijn we afhankelijk van precieze meldingen. Die staan vanaf april 2010 op de website www.eenwaardiglevenseinde.nl, zodat iedereen daar de laatste gegevens kan inzien.'

Is het riskant om de dodelijke dosis van medicijnen bekend te maken? Verlaagt u zo de drempel naar een zelfdoding niet?

'Vier van elke tien suïcides gebeurt met touw. Ook jongeren met liefdesverdriet mogen touw kopen, en niemand die daartegen protesteert! Waarom dan wél nu ik informatie geef over met inspanning verkrijgbare dodelijke medicijnen? Soms nemen mensen in een uitzichtloze situatie hun toevlucht tot een onwaardige methode, omdat zij de humane uitgang die ik hun wijs, niet kunnen vinden.'

Uitweg is kritisch over de houding van artsen, zowel bij euthanasie als bij zelfeuthanasie. Bent u teleurgesteld in artsen?

'Niet als het om euthanasie gaat. Euthanasie valt haast niet in regels te vangen. Artsen mogen hun eigen grenzen trekken. Je kunt van hen niet verwachten dat zij op grote schaal de dood gaan bespoedigen van ouderen en zieken die nog jaren kunnen leven. De meeste artsen willen hun hulp beperken tot mensen met een ernstige ziekte en een korte levensverwachting. Ik ben zelf arts en zit echt niet te wachten op iedere week weer een andere hoogbejaarde die de "ontluistering" niet wil meemaken. Ik wil mensen met een doodswens begeleiden, liet moet echter niet een belangrijk deel van mijn dagelijks werk gaan uitmaken om aan oudere mensen, die hun leven als voltooid beschouwen, op hun verzoek een dodelijk medicijn te geven. Hoe dringend zij daar soms ook om vragen. Dat kan ik emotioneel én moreel niet aan. Een arts die daarmee geen probleem heeft, zou ik niet vertrouwen. Als patiënt niet en ook als collega niet.'

Chabot is wel teleurgesteld in artsen die patiënten afsche-

pen als zij zorgvuldig hun dood in eigen hand willen nemen.

'Een vakman hoort deze mensen niet te betuttelen omdat hij zelfdoding afkeurt. Hoe iemand in overleg met naasten wil sterven, is privé. In het privéleven zijn de levensbeschouwing en het persoonlijk geweten leidraad. Natuurlijk moet je daarbij rekening houden met de gevoelens van je naasten en met de wet. Maar als de wet onduidelijk is of niet van deze tijd, geeft het persoonlijk geweten de doorslag.'

Het nieuwe standpunt van de artsenvereniging ^{KNMC} verwijst artsen naar de informatie in dit boek. Artsen moeten ook volgens het ^{KNMC} in gesprek blijven met mensen die de regie over hun levenseinde nemen. Zij horen zich de kwaliteit van het sterven ook aan te trekken als iemand dat in eigen hand neemt. Het zal artsen bovendien ontlasten van de druk om een dodelijke handeling uit te voeren bij iemand die nog jaren kan leven.

Waarom komt u nu pas met de heliummethode?

'Tien jaar terug hoorde ik over een snel en humaan levenseinde met behulp van heliumgas. Die informatie kreeg ik van onderzoekers uit de Verenigde Staten. Ik wilde echter afwachten of andere professionals dit konden bevestigen. Intussen ben ik ervan overtuigd dat helium een snelle en pijnloze dood geeft. Hoe ik dat weet? Dankzij observaties van enkele artsen die ooggetuige waren, door eigen onderzoek en publicaties in vaktijdschriften.³ Ik wil geen informatie achterhouden over een methode die aan de kenmerken van zelfeuthanasie voldoet: zonder pijn, niet eenzaam en je dierbaren die erbij zijn, lopen geen gevaar. Als je het nauwkeurig doet, is de methode doeltreffend.'

Zou u zelf voor helium kiezen?

'Helium is niet mijn eerste keus. Maar ik wil niet betuttelen. Ik beschrijf methoden die een goed afscheid mogelijk maken. Bij elke methode van zelfeuthanasie geef ik de voor- en nadelen aan. Iedereen moet die zelf afwegen en een keus maken.'

Wat vindt u van het idee van het burgerinitiatief Uit Vrije Wil om de verstrekking van dodelijke pillen aan ouderen die klaar met leven zijn, bij artsen weg te halen? Andere hulpverleners zouden die pillen mogen verstrekken.

Chabot: 'Een mooi plan, maar ik zie dat niet lukken, omdat velen het huidige "euthanasie-examen-met-scen-arts" graag overslaan. Ook mensen met uitbehandelde kanker. Als er een eenvoudiger "mag-ik-dood-examen" bij andere hulpverleners komt, zullen ook artsen daarnaar gaan verwijzen om aan de last van euthanasieverzoeken te ontkomen. Dat zal onze Nederlandse regeling voor euthanasie uithollen. Geen enkele politieke partij is daarvoor te vinden. Ons hele juridische bouwwerk zal gaan verzakken als je dood-op-verzoek oprekt door een route om de arts heen aan te leggen.⁴ Een tweede bezwaar tegen dit burgerinitiatief is dat iemand met een doodswens een examen bij andere deskundigen moet afleggen. De mondigde burger die geen doodsexamen wil afleggen zal daarom zelf de verantwoordelijkheid voor een goede dood moeten nemen. Dit boek laat zien dat dit - met inspanning - ook kan.'

Wat vindt u van de NVVE-website die in 2009 de lucht inging?

'De tijd is rijp om een breed publiek te informeren. Voor mij persoonlijk is die website een erkenning omdat deze een korte samenvatting geeft van de namen en doseringen van medicijnen, die ik met hulp van anderen in mijn boeken heb opgeschreven⁵.

Helaas is de informatie op de NVVE-website soms onjuist of onvolledig. Dat vindt ook deskundige Ton Vink (zie kader p. 175). Onjuist is wat er staat over de plastic-zakmethode die vaak mislukt en aanwezige dierbaren ertoe kan brengen domme dingen te doen (zie hoofdstuk 6). Onjuist is ook wat er staat over morfinepleisters. Onvolledig is de website over bewust versterven en hoe je het risico op strafbare hulp bij de helium- en de medicijnmethode kunt verminderen. De NVVE gaat niet in op mijn herhaalde uitnodiging om met Ton Vink, Tijn Hagens en met de toxicoloog en apotheker die aan dit boek

hebben meegewerkt om de tafel te gaan zitten. Zo blijven hun leden onnodig in onzekerheid.'

Maar waarom praat de NVVE, nota bene een consumentenorganisatie, niet over de echte zelfbeschikking: een zelfgekozen dood zónder hulp van deskundigen?

'Ik kijk door een sociologische bril. Allereerst, organisaties die macht en aanzien hebben, zijn bevreesd voor 'incidenten'. Men vreest bijvoorbeeld dat één van de medewerkers aan een depressieve oudere heeft verteld hoe zij barbituraten uit Mexico kan bestellen. Als de vrouw dan overlijdt kan justitie een onderzoek instellen waarbij de NVVE betrokken wordt. Omdat te voorkomen wordt de medewerkers verboden dit soort informatie te geven. Zij krijgen de keus zich aan de regels te houden of op te stappen.

Ten tweede, de NVVE wil de cultuur rond doodgaan veranderen en offert daaraan het actuele belang van het individu met een doodswens op. Ook Uit Vrije Wil richt zich uitsluitend op de toekomstige stervencultuur. Zij is zich er binnenskamers van bewust dat wetswijziging voorlopig geen schijn van kans maakt. Opvallend is dat, als die wet er wel zou komen, het 'autonome individu' toch weer een doodsexamen moet afleggen. Niet bij de dokter maar bij andere deskundigen. Aan daadwerkelijke zelfbeschikking wordt door de NVVE en Uit Vrije Wil dus lippendienst bewezen, aldus Vink (2010).

Ten derde is er recent een bedrijfscultuur binnen de NVVE ontstaan waarin geen fundamentele discussie meer wordt gevoerd. In 2009 werd Rob van der Heijden, oud-burgemeester van Zandvoort, de nieuwe NWE-voorzitter. Na een conflict met de nieuwe directeur is hij binnen drie maanden opgestapt samen met twee andere oudgedienden in het bestuur. De inhoud van het conflict verzwijgt men om het aanzien van de organisatie niet te beschadigen. Dat leidt tot andere censuur: Ton Vink, toch waarlijk geen tegenstander van zelfbeschikking, schreef een kritisch stuk waarin hij betoogt dat de NVVE en Uit Vrije Wil tégen 'echte zelfbeschikking' stemmen

en vóór een 'nieuw paternalisme'. De redactie van het verenigingsblad *Relevant* wees het af omdat het 'te lang' was.⁶

Waar het op neerkomt is dit: levensbeschouwelijke organisaties, of ze nu van christelijke huize zijn of seculier, verdragen soms geen kritiek. Niet van buitenaf maar ook zeker niet vanuit de eigen gelederen. Kritiek is met name taboe wanneer men de aanhang probeert uit te breiden. Organisaties gaan dan door een fase waarin de achterban onwetend moet blijven over die argumenten die twijfel zaaien aan heersende leerstellingen. De leden mogen slechts lezen wat de top goedkeurt. In deze autoritaire overgangsfase worden nieuwe bestuursleden en redactieleden geselecteerd op hun bereidheid de partijlijn te volgen.'

Binnenkort verschijnt in Duitsland alweer de derde druk van een boek van u. In Engeland wordt het door de Schotse vereniging FATE clandestien verkocht.⁷ Is zelfeuthanasie een nieuw Nederlands exportartikel?

Chabot, lachend: 'Zo kun je het noemen. Er is veel behoefte aan deze informatie. In het Duitse boek wordt de medicijnmethode niet besproken. Het gaat alleen over bewust versterven. Toch neemt de uitgever hiermee een groot risico. De Duitse artsenorganisatie is conservatief. De "Katholische" en "Evangelische" Kerken hebben veel macht. Deze drie machtsblokken vinden elkaar in hun afkeer van zelfbeschikking rond het levenseinde. Dat wordt spannend.'

Staat zelfbeschikking op gespannen voet met de fundamentele waarde van de waarde van het menselijk leven?

'Dat werd veertig jaar geleden ook over abortus gezegd. Laten we het wat scherper formuleren. Zelfbeschikking over iemands eigen leven accepteren we meer dan vroeger, soms knarsetandend, óók als iemand bewust onzorgvuldig met zijn leven omspringt. Denk aan blijven roken, overgewicht en riskante sporten. De waarde van zelfbeschikking is in het gezondheidsrecht even belangrijk geworden als de waarde van het menselijk leven.'

Familieleden die hun dierbaren openlijk begeleiden, lopen toch een kans om een proces aan hun broek te krijgen?

‘Die kans is nog kleiner dan één op de duizend. Justitie vervolgt niet graag een gewetensdader die doet wat in brede kringen van de samenleving leeft. Toch blijft de situatie onzeker. Er is een groot grijs gebied tussen informatie en morele steun geven aan de ene kant en de regie overnemen aan de andere kant. Het meest recente arrest van de Hoge Raad in 2008 heeft de onzekerheid vergroot.’

Daarom zijn proefprocessen nodig, vindt Chabot: ‘Processen waarbij de rechter zich uitspreekt over de rol van de naasten die een dierbare niet eenzaam willen laten sterven. De hoogste rechter moet de tekenen des tijds verstaan, nu de politieke besluitvorming door morele tegenstellingen is verlamd. Al eerder gebeurde dat dertig jaar geleden rond de goede dood uit handen van een arts. Waarom is er toch duidelijkheid gekomen? Doordat sommige artsen bij levensbeëindigend handelen hun nek hebben uitgestoken. Dat zouden familieleden ook kunnen doen, dus openlijk voor hun rol bij een zelfeuthanasie uitkomen. Zoals de zoon van de 99-jarige Moek Heringa deed, die zijn rol bij de zelfeuthanasie met medicijnen in de publiciteit bracht en dat vervolgens aan justitie meldde. Daarvoor betalen de naasten wel een prijs: een jaar of langer moeten leven met de dreiging van een mogelijke vervolging, en daarna de zittingen. Die last kunnen mensen dragen die voor hun geweten het enig juiste hebben gedaan. En dat ook willen uitleggen.’

Verantwoording

Uitweg brengt onderzoek bij elkaar dat verspreid over vier eerdere boeken door mij is gepubliceerd. In *Sterfwerk* (Chabot 2001) werden diepte-interviews met nabestaanden en hulpverleners geanalyseerd met behulp van een sociologische theorie. In een steekproef uit de bevolking werd daarna onderzocht hoe vaak het overlijden door bewust versterven of door het innemen van dodelijke medicijnen in Nederland voorkomt. De resultaten van dit onderzoek heb ik in 2007 als dissertatie aan de Universiteit van Amsterdam in het openbaar verdedigd (promotor Abram de Swaan). Het vaktijdschrift *Social Science e-Medicine* heeft de resultaten gepubliceerd (Chabot 2009b).

Op dit fundament schreef ik een boek (Chabot 2008a) dat werd uitgebracht door de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek naar Zorgvuldige Zelfdoding.¹ Het juridische hoofdstuk daarin moest worden herschreven na een arrest van de Hoge Raad. Ook werd het gecorrigeerd en aangevuld op basis van nieuwe meldingen. Zo ontstond *Een waardig levenseinde in eigen hand* (Chabot 2009a).

Veel deskundigen hebben waardevolle adviezen gegeven. De methode bewust versterven verbeterde dankzij suggesties van Gerrit Kimsma, huisarts en lid van een landelijke toetsingscommissie euthanasie, en dankzij de specialisten ouderengeneeskunde Bert Keizer, Barend Kooistra, Rob van Marum en Siebe Swart. Tandarts Ed Koel gaf gedetailleerde informa-

tie over de mondverzorging. Over de medicijnmethode kreeg ik specialistische informatie van de klinisch farmaceut Arie van Loenen, van een academisch werkzaam toxicoloog en van de anesthesist in ruste Pieter Admiraal.

Alle genoemde boeken zijn uitsluitend door mij geschreven. Meer dan 200 meldingen zijn inmiddels ontvangen. Pionierswerk daarbij werd verricht door Martine Cornelisse (stafmedewerker bij NVVE tot 2003) en Ton Vink (publicist en counselor in samenwerking met De Einder), die over geslaagde en mislukte gevallen gegevens hebben aangeleverd die ook internationaal uniek zijn. Steeds vaker rapporteren ook nabestaanden met behulp van de meldingsbrief in Bijlage 1-3. Deze meldingen werden besproken met Emiel van der Does, hoogleraar huisartsgeneeskunde in ruste. De tabel in de achterkaft is door de klinisch farmaceut bijgewerkt tot eind 2011.

Bij een waardig levenseinde is de betrokkenheid van dierbaren onmisbaar. Op sommigen van hen oefent artikel 294 uit het Wetboek van Strafrecht nog een afschrikwekkende invloed uit, waardoor zij niet bij iemand durven blijven tijdens het overlijden door dodelijke medicijnen. Daarom mag deskundige informatie over de grenzen rond hulp bij zelfdoding niet ontbreken. Bij mijn poging, als niet-jurist, om de onduidelijkheden bij de interpretatie van dit strafwetartikel uiteen te zetten, waren drie specialisten in het strafrecht mijn klankbord: Eugene Sutorius, Constantijn Kelk en Klaas Rozemond. Ook Sjef Gevers, hoogleraar gezondheidsrecht, gaf tal van waardevolle suggesties. Dankzij gesprekken met Covert den Hartogh, hoogleraar ethiek en lid van een toetsingscommissie euthanasie, heb ik enkele grenzen die artsen bij euthanasie hanteren en die zelden worden uitgesproken, zo precies mogelijk verwoord.

Alle genoemde personen gaven hun commentaar op persoonlijke titel. Mijn boeken zijn met hulp van Stella Braam, in een stimulerende uitwisseling van ideeën, herschreven tot dit handboek. Op alle hoofdstukken heeft zij haar stempel gezet, maar de verantwoordelijkheid voor de inhoud ligt geheel bij mij.

Veel dank gaat ten slotte uit naar de meelezers Anneke van Luxemburg, Cyrille Offermans en Elma Verhey.

Updates via de website www.eenwaardiglevenseinde.nl

De medicijnmethode verandert geleidelijk op grond van de ontvangen meldingsbrieven. De onderzoeker Tijn Hagens zal in de toekomst de nieuwe meldingen verzamelen (zie Bijlage 1-3).

In 2011 werd de website uitgebreid met twee documenten: een korte samenvatting van de heliummethode en een bespreking van zogenaamde 'autonome' methoden. Al deze 'autonome' wegen blijken volgens twee geraadpleegde apothekers en twee toxicologen niet te voldoen aan alle kenmerken van zelfeuthanasie (zie de Bijsluiter voorin dit boek).

In 2012 zal er bij het verschijnen van de vijfde editie van Uitweg, een demonstratiefilm over de heliummethode worden verkocht via bovenstaande site en via www.heliumthuissterven.nl. Deze film is ook in het Engels en Duits op de dvd te zien.

Elk kwartaal zullen nieuwe ontwikkelingen die bekend worden over de drie methoden van zelfeuthanasie op de site worden besproken. Ook uitspraken van rechters die van belang zijn voor de begeleiding van zelfeuthanasie door familie, vrienden, niet-medische hulpverleners of door artsen worden op de site gezet met juridisch commentaar.

Boudewijn Chabot

Literatuur

Tien boeken ter oriëntatie op zelfdoding, preventie en rouw

(Oudere titels zijn 'klassiekers', te leen in bibliotheken.)

Alvarez, A. (1971). *The Savage God: A Study of Suicide*. Weidenfeld and Nicholson. Vertaling: *DewredeCod*. Amsterdam: De Arbeiderspers 1974.

Brouwers, J. (1983). *De laatste deur. Essays over zelfmoord in de Nederlandstalige letteren*. Amsterdam: De Arbeiderspers.

Distelmans, W. (2005). *Een waardig levenseinde*. Antwerpen: Houtekiet.

Kerkhof, A. J. F. M. & Van Luyn, B. J. (red.) (2010). *Suicidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Kuitert, H. M. (1994). *Suicide: wat is er tegen? Zelfdoding in moreel perspectief*. Baarn: Ten Have.

Mortier, M. (2007). *Keuzes voor het sterven. In het leven voorbereid zijn op het einde*. Utrecht: Bruna.

Santbergen, K. (2009). *Wegwasze*. Kampen: Ten Have.

Solomon, A. (2002). *The Noonday Demon. An Anatomy of Depression*. Vintage Books. Vertaling: *Demonen van de middag*. Baarn: Anthos 2002.

Vink, T. (2009). *Zelf over het levenseinde beschikken. De praktijk bekeken*. Budel: Damon.

Zwagerman, J. (2005). *Door eigen hand. Zelfmoord en de nabestaanden*. Amsterdam: De Arbeiderspers.

Rechtspraak

Arresten van de Hoge Raad en vonnissen van lagere rechters in chronologische volgorde:

- zaak-Postma: Rb Leeuwarden 21 februari 1973, NJ 1973,183.
- zaak-Wertheim: Rb Rotterdam 1 december 1982, NJ 63.
- arrest-Schoonheim: HR27 november 1984, NJ 1985,106.
- arrest-Chabot: HR 21 juni 1994, NJ1994, 656.
- arrest-Mulder-Meiss: HR5 december 1995, NJ 1996, 322.
- zaak-Cornelisse: Rb Den Bosch 19 april 2002, LJN AE1930.
- arrest-Brongersma: HR24 december 2002, NJ 2003,167.
- arrest-Muns: HR 22 maart 2005, LJN AR8225.
- zaak-Vink: Rb Amsterdam 22 januari 2007, LJN AZ6713.
- arrest-Hilarius: HR18 maart 2008, NJ 2008, 264.
- zaak-Schellekens: Rb Almelo 29 mei 2009, NJ 2009, 483.

Farmaceutische vakliteratuur bij de Tabel in de achterkaft

Martindale. The complete Drug Reference. Sweetman SC, WoltersKluwer, PharmaceuticalPress. ISBN-13:9780853696872.

DrugDex. Micromedex Healthcare Series, Healthcare business of Thomson Reuters, (via internet-abonnement).

Overige literatuur

Adams, M. (2008). Part I Belgium. In: J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams. *Euthanasia and Law in Europe*. Oxford: Hart Publishers.

Badham, P. (2009). *Is there a Christian Case for Assisted Dying? Voluntary euthanasia reassessed*. London: Society for Promoting Christian Knowledge.

van Bergen, A. (2010). *Mijn moeder wilde dood. Een persoonlijk en praktisch verhaal over zelfbeschikking*. Amsterdam: Atlas.

Bernheim, J., Ceulemans, L., De Keyser, E., Deliëns, L. et al. (2004). *Zorgzaam thuis sterven. Zorgleidraad voor huisartsen*. Cent: Academia.

- Bilimoria, P. (1992). The Jaina Ethic of Voluntary Death. A Report from India. *Bioethics* 6:331-355.
- Bosshard, G., Ulrich, E., Bar, W. (2003). 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation. *SwissMedical Weekly*, 133:310-317.
- Bosshard G. (2008). Switzerland. In: J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams (2008). *Euthanasia and Law in Europe*. Oxford: Hart Publishers.
- Braam, S. (2005). *Ik heb Alzheimer*. Amsterdam: Nijgh en Van Ditmar.
- Chabot, B. E. (1993). *Zelf Beschikt*. Amsterdam: Balans.
- Chabot, B. E. (1996). *Sterven op drift. Over doodsverlangen en onmacht*. Nijmegen: SUN.
- Chabot, B. E. (2000). De vraag om hulp bij zelfdoding. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42:759-766.
- Chabot, B. E. (2001). *Sterfwerk. De dramaturgie van zelfdoding in eigen kring*. Nijmegen: SUN.
- Chabot, B. E. (2003a). *Informatie over humane zelfdoding*. Amsterdam: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek naar Zorgvuldige Zelfdoding.
- Chabot, B. E. (2003b). Is er toekomst voor de pil van Drion? In: J. Legemaate & R. J. M. Dillmann (red.). *Levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van de patiënt*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Chabot, B. E., den Hartogh, G. A., van Delden, J. J. M. (2005). Een eng begrip. Sobere definitie palliatieve sedatie nodig. *Medisch Contact*, 60:1464-1466.
- Chabot, B. E. (2007). *Auto-euthanasie. Verborgenstervenswegen in gesprek met naasten*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Bert Bakker. (Te bestellen via: www.boudewijnchabot.nl.)
- Chabot, B. E., Admiraal P., van Loenen A., et al. (2008a). *Informatie over zorgvuldige levensbeëindiging*. (Niet in boekhandel, uitverkocht.)
- Chabot, B. (2008b). *A hastened death by self-denial of food and drink*. (Te bestellen via: www.boudewijnchabot.nl.)

Chabot, B. (2009a). *Een waardig levenseinde in eigen hand*. (Niet in de boekhandel, uitverkocht.)

Chabot, B. & Goedhart, A. (2009b). A survey of self-directed dying attended by proxies in the Dutch population. *Social Science & Medicine*, 68:1745-1751.

Chabot, B. & Walther, C. (2010, 2012). *Ausweg am Lebensende. Selbstbestimmt Sterben durch Verzicht auf Essen und Trinken*. München: Reinhardt Verlag. 3., aktualisierte Auflage.

Chabot, B. (2012, in press). Hastening Death through Voluntary Cessation of Eating and Drinking: A Survey. In: S. Youngner and G. Kimsma (Eds.). *Physician-Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.

Colcher, V. (1984). *Mijn dochter, een leven*. De Haan 1984.

Colcher, V. (1996). *Hun weg liep dood*. Nijkerk: Callenbach 1996.

Cornelisse, M., Bobbe, D. (1999). Gesprekken over zelfdoding. Screening, gespreksmethodiek en therapeutische interventies bij mensen die wegens psychisch lijden steun bij zelfdoding zoeken. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54:11-29.

van Dam, H. (2005). *Euthanasie. De praktijk anders bekeken*. Veghel: Uitgeverij Libra & Libris.

Dawson, A. H. (2004). Cyclic Antidepressant Drugs. In: R.C. Dart (ed.): *Medical Toxicology*, 3d edition. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins: 834-843.

Delden J. J. M. van, A. van der Heide, S. van der Vathorst, et al. (2011) *Het KOPPEL-onderzoek*. Den Haag: ZonMw.

Distelmans, W. (2005). *Een waardig levenseinde*. Antwerpen: Houtekiet.

Docker, C. G. & Smith, C. K., *Departing Drugs* (niet in de boekhandel). Edinburgh 1993. (Nederlandse bewerkte vertaling: *Het Schotse boekje over methoden van zelfdoding*. NVVE 1996, nietmeer verkrijgbaar.)

Donner, J. H. (2003). Antwoord van minister Donner (Justitie) mede namens de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in antwoord op vragen van lid Sterk (CDA).

Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, Aanhangsel van de Handelingen, 1143.

Drion, H. (1991). Het zelfgewilde levenseinde van oude mensen (NRC Handelsblad 19 oktober). In: H. Drion. *Het zelfgewilde levenseinde van oude mensen. Met reacties van Ch.). Enschedé, H. Kuitert en anderen*. Amsterdam: Balans.

van Dijk, C. & van Wijlick, E. (2009) Misverstanden rond euthanasie. *Medisch Contact*, 1498-1501.

Nieuwenhuijzen Kruseman, A., van Dijk, G. (2009) Trouw 12 juni.

van Duijn, N P. (1996) Hulp verlening voor wie dood wil of hulp bij zelfdoding? Een casus. *Huisarts en Wetenschap* 616-618.

Fittkau, L. (2006). *Autonomie und Fremdtötung. Sterbehilfe als Sozialtechnologie*. Frankfurt: Mabuse Verlag.

Foley, I<., Hendin, H. (2002). *The Case against Assisted Suicide: For the Right to End-of-Life Care*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Ganzini, L., Goy, E. R., Miller, L. L. et al. (2003). Nurses Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death. *NewEngland Journal of Medicine* 349:359-365.

Gerritsen, J. W. (1993). *De politieke economie van de roes. De ontwikkeling van reguleringsregimes voor alcohol en opiaten*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Gevers, J. K. M. (2007). Deel II De Wet. In: B. D. Onwuteaka-Philipsen, J. I<. M. Gevers, A. van der Heide, J. J. M. vanDelden et al. *Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw.

Goffman, E. (1959). *The presentation ofself in everyday life*. Allan LaneThe Penguin Press. Nederlandse vertaling: *De dramaturgie van het dagelijks leven. Schijn en werkelijkheid in sociale interacties*. Utrecht: Bijleveld (z.j.).

de Graeff, A., Bommel, J.M.P. van, Deijck, R.H.P.D. van et al. (2010). *Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk*. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra.

Griffiths, J., Weyers, H., Adams, M. (2008). *Euthanasia and Law in Europe*. Oxford: Hart Publishers.

den Hartogh, C. A. (2002). Regulering van euthanasie en hulp bij suïcide: hoe succesvol is het Nederlandse model? *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 26: 4, 232-250.

Harvath, T. A., Miller, L. L., Smith, I. A. et al. (2006). Dilemma's encountered by hospice workers when patients wish to hasten death. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8: 200-209.

van Heeringen, C. & Kerkhof, A. J. F. M. (red.) (2000). *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

van Hooff, A. (1990). *Zelfdoding in de antieke wereld*. Nijmegen: SUN.

Humphry, D. (1981) *Final Exit. The practicalities of self-deliverance and assisted suicide for the dying*. Eugene (Oregon): The Hemlock Society 1981. Nederlandse vertaling en bewerking door F. Spiering & K. Cill (1992). *Waardig Sterven. Praktische aspecten van euthanasie en (hulp bij) zelfdoding*. Amsterdam: Jan Mets.

Humphry, D. (2002) *Final Exit* 3rd edition (included dvd). New York: Random House.

Jansen-van der Weijde, M. *Handling requests for euthanasia and physician-assisted suicide*. Dissertatie Vrije Universiteit 2005.

Justice, C. (1995). The 'Natural' Death while not Eating: a Type of Palliative Care in Banares. *Journal of Palliative Care*, 11:38-42.

Keizer, B. (2001). Doodswinkel soms onterecht gesloten. Boekbespreking *Sterfwerk, Trouw* 1 december.

Keizer, B. (2008). Zorgvuldig zelf dood. *Medisch Contact*, 620.

Keizer, B. (2009). Doorverwijzen? *Medisch Contact*, 64:928.

Kerkhof, A. J. F. M. & Van Luyn, B. J. (red) (2010). *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kuitert, H. M. (1994) *Suïcide: wat is er tegen? Zelfdoding in moreel perspectief*. Baarn: Ten Have.

KNMC (2004). *Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in het geval van lijden aan het leven*. Verslag van de werkzaamheden van een commissie onder voorzitterschap van prof. J.H. Dijkhuis. Utrecht: KNMC.

KNMC (2009). *KNMC -Richtlijn palliatieve sedatie*. Commissie landelijke richtlijn palliatieve sedatie. Utrecht: knmc; tweede herziene druk.

KNMC-standpunt (2011). *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*. Utrecht: KNMC.

Leenen, H. J. J., Gevers, J. K. M., Legemaate, J. (2007). *Handboek Gezondheidsrecht. Deel I Rechten van mensen in de gezondheidszorg*. Vijfde geheel herziene druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Legemaate, J. (2006). *Medisch handelen rond het levenseinde. Gezondheidswetgeving in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Madan, T. N. (1992). Dying with Dignity. *Social Science & Medicine*, 35:425-431.

Monjsou-Krijger, E. (1997). *En hoe nu verder*. Deventer: Uitgeverij Ankh-Hermes.

Mortier, M. (2007). *Keuzes voor het sterven. In het leven voorbereid zijn op het einde*. Utrecht: Bruna.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (nvvp). (2002). *Hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis: richtlijnen voor de psychiater*. Utrecht: nvvp. (downloaden via www.nvvp.net).

NWE. *Het Schotse boekje over methoden van zelfdoding*. Amsterdam 1996 (uitsluitend verkrijgbaar voor leden; in 2006 is de verkoop gestaakt). Dit is een bewerkte vertaling van: *Departing Drugs* door C. Docker, 1993 Edinburgh.

NWE. (2006). *Brochure Stoppen met eten en drinken*. Amsterdam: NWE.

Nieuwenhuijzen Kruseman, A., van Dijk, G. (2009). Verwijsplicht bij euthanasieverzoek? in *Trouw*, Podium 12 juni 2009.

Nitschke, P. & Stewart, F. (2006). *The Peaceful Pill Handbook*. Exit International US Ltd.

Ogden, R. D. & Wooten, R.H. (2002). Asphyxial suicide with helium and a plastic bag. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 23, 234-237.

Ogden R.D. (2010a). Observations of Two Suicides by Helium Inhalation in a Prefilled Environment. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 31:156-161.

Ogden R.D. (2010b). Assisted Suicide by Oxygen Deprivation with Helium at a Swiss-Right-to-Die Organisation. *Journal of Medical Ethics*, 36:174-179.

Onwuteaka-Philipsen, B. D., Gevers, J. K. M., van der Heide, A., vanDelden, J. J. M., et al. (2007). *Evaluatie Wettoetsing levensbeëindiging op verzoek*. Den Haag: ZonMw.

Onwuteaka-Philipsen, B. D., Jansen-van der Weide, M. C., van der Wal, G. (2006). Ingewilligde, onbesliste, ingetrokken en geweigerde verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding in Nederland. *NedTijdschr Geneeskde*, 150:249-254.

Pans, E. (2006). *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht*. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam. Nijmegen: Wolf Legal Publishers.

Peters J., Sutorius E., en anderen (2011). *Uit Vrije Wil. Waardig sterven op hoge leeftijd*. Amsterdam: Boom.

Plato. *Socrates' leven en dood*. (1995). Vertaald door Gerard Koolschijn. Amsterdam: Athenaeum - Polak & Van Gennep.

Pohier, J. (1998). *La mort opportune. Les droits des vivants sur la fin de leur vie*. Paris: Seuil.

Putz, W., Steldinger, B. (2007). *Patiëntenrechten am Lebenden*. 3. Aufl., Deutscher Taschenbuch Verlag.

Rozmond, K. (2007). De casuïstische grenzen van het materiële strafrecht. *Delict en Delinquent*, 5/36:465-494.

Rurup, M. L. (2005). *Setting the Stage for Death. New Themes in the Euthanasia Debate*. Dissertatie Vrije Universiteit Amsterdam 2005.

Santbergen, K. *Wggwasze*. (2009). Kampen: Ten Have.

Schalken, T. M. (2008). Noot bij HR 18 maart 2008. NJ 2008, 264.

Schalken, T. M. (2009). Noot bij Rb Almelo 29 mei 2009. NJ 2009, 483.

Sutorius, E. Ph. R. (2005). De zoektocht naar hulp bij levensbeëindiging door artsen op verzoek van mensen die on-

draaglijk en uitzichtloos 'lijden aan het leven'. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 135-141.

Terman, S. A. (2006). *The Best Way to Say Goodbye. A Legal Peaceful Choice at the End of Life*. Carlsbad (CA 92009): Life Transitions Publications.

Thé, A.-M. (2004). *In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met demencia in een verkleurende samenleving*. Amsterdam: Uitgeverij Thoris.

Thé, A.-M. (2009). *Verlossers naast God. Artsen en euthanasie in Nederland*. Amsterdam: Thoris.

Tholen, A. J. (2004). Wilsbekwaamheid en zelfbeschikking. In: A. F. C. Leentjens, M. Bannink, A. D. Boening (red.) pp. 118-136. *Consultatieve psychiatrie in de praktijk*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Toetsingscommissie Euthanasie. *Jaarverslag 2010*. Te raadplegen via: www.toetsingscommissieeuthanasie.nl.

van Tol, D., van de Vathorst, S., Keizer, B. (2008). Euthanasie voor beginners. 10 suggesties voor een euthanasieverzoek. *Medisch Contact* 63:140-142,

van Tol, D. (2005). *Grensgeschillen. Een rechtssociologisch onderzoek naar het classificeren van euthanasia en ander medisch handelen rond het levenseinde*. Proefschrift Rijksuniversiteit van Groningen. Groningen: GrafiMedia.

van Tol, D. G., Rietjens, J. A. C., van der Heide, A. (submitted 2010). Judgement of unbearable suffering and willingness to grant a euthanasia request by Dutch general practitioners.

Verhoeven, C. W. M. (1978). Doodsproblematiek en Levensfilosofie. In: *Dood en stervensbegeleiding*. In: C. M. W. Verhoeven, deFroe, A. (red.). Nijkerk: Callenbach.

Verlinde, L. (2010). Omgaan met suïcidaliteit en doodsgedachten bij ouderen. In: A. J. F. M. Kerkhof & B. J. van Luyn. *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Vink, T. (2004). *Art. 294Sr*. Budel: Damon.

Vink, T. (2008). *Wordt vervolgd. Zelfbeschikking onder druk*. Budel: Damon.

Vink, T. (2009a). *Zelf over het levenseinde beschikken. De praktijk bekeken*. Budel: Damon.

Vink, T. (2009b) NWE: *Digitale "Tips voor zelfdoding"*. Kwartaalbulletin Stichting De Einder, nr. 64, 5-6.

Vink, T. (2010). Keuzewegen naar de dood: levensbeëindiging en eigen regie, *Tijdschrift voor Humanistiek* 11, 42, 105-115.

Visser, J. (2009). Euthanasie bij beginnende dementie. *Medisch Contact*, 1372-1375.

Vlaminck, J. & Cosijns, M. (2004). *Zoals ik het wil. Gesprekken over euthanasie*. Roeselare: Roelarta Books.

van der Wal, G., van der Maas, P. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Heide, A. (1996). *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde*, SDU Uitgeverij, Den Haag.

Walther, C. (2010). Rechtliche Fragen zum beabsichtigten, vorzeitigen Versterben durch Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. In: B. Chabot & C. Walther. *Ausweg am Lebensende*. München: Reinhardt Verlag.

Weyers, H. (2004). *Euthanasie: het proces van rechtsverandering*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Wibaut, F. P. (2002). Zelfgewild levenseinde: Hulp aan oude mensen bij een waardige dood. *Medisch Contact*, 57:1108-1110.

Zwagerman, J. (2005). *Door eigen hand. Zelfmoord en de nabestaanden*. Amsterdam: De Arbeiderspers.

Noten

Inleiding bij dit handboek

1. Drion 1991.

Intermezzo I

1. Alle namen van de beschreven personen zijn verzonden.

Bijsluiter

1. Chabot 2007, stelling 9.
2. Uitvoerig wordt dit besproken in *Auto-euthanasie. Verborgene stervenswegen in gesprek met naasten* (Chabot 2007). Het vak tijdschrift *Social Science & Medicine* heeft de resultaten van dit onderzoek gepubliceerd (Chabot 2009b).
3. Verhoeven (1978) pag. 16 en 20, ingekort.
4. Jansen-Van der Weijde 2005, Onwuteaka-Philipsen 2006.
5. Van Heeringen (2000), Kerkhof (2010), Verlinde (2010).
6. Chabot in: 'Meer hoogbejaarden zullen kiezen voor de dood'. *De Volkskrant* 3 juli 1998.
7. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) art. 450, Legemaate 2006.
8. *KNMC -Richtlijn Palliatieve Sedatie* 2009.

g. *Jaarverslag 2010* van de toetsingscommissies euthanasie.

10. Landen of staten waar dit wettelijk is toegestaan, in chronologische volgorde van de wetgeving: Zwitserland (1942), State of Oregon (1997), Nederland (2002), België (2002), Luxemburg (2009) en de State of Washington (2009).

11. Scen staat voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland. Er zijn bijna zeshonderd scen-artsen. In België noemt men dit een LEIF arts; LEIF staat voor Levenseinde Informatie Forum. Zie adressen in bijlage 3.

Hoofdstuk 1

1. Chabot 2001, pagina 104.

2. Distelmans 2005 bespreekt voor leken de euthanasiepraktijk in België. Voor de maatschappelijke en juridische achtergrond in België, zie Adams 2008.

3. Het standaardwerk van Weyers (2004) behandelt de geschiedenis van de euthanasiewet in Nederland. Zij kent aan de artsenorganisatie KNMC een belangrijke rol toe in het ontstaan van de wet. Kennedy (2002) ziet een grotere rol voor een 'euthanasie-elite' van juristen en ethici, zonder draagvlak onder de artsen in het veld, die niet aan het woord gekomen zouden zijn. Thé (2009) interpreteert haar interviews met artsen vanuit de opvatting van Kennedy.

4. Foley 2002, Fittkau 2006.

5. Pohier 1998, Badham 2009, Griffiths 2008.

6. Van Tol 2005, Van Dam 2005, Van Tol 2010.

7. Legemaate 2006 en Gevers 2007. Legemaate noemt als voorwaarde, die niet in de wet staat, maar wel in het Chabot-arrest van de Hoge Raad (1994): 'Uitzonderlijke grote behoedzaamheid bij uitsluitend psychisch lijden.' Gevers noemt dit niet als wettelijke voorwaarde. Zie ook de *'Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis'*, NVVP 2009.

8. Zie Gevers 2007, die zich baseert op Kamerstukken en jaarverslagen van de toetsingscommissies.

g. Onderzoeker Donald van Tol, ethicus Suzanne van de V. il horst en specialist ouderengeneeskunde Bert Keizer (2008, *Euthanasie voor beginners*) gaven toestemming hun tekst over te nemen.

10. Aldus de KNMG-ethicus Gert van Dijk en scen-coördinator Eric van Wijlick (2009). Zij vertolken niet een officieel KNMC-standpunt.

11. Onwuteaka-Philipsen et al. 2007.

12. Artsen publiceren zelden over de stervenshulp die zij verlenen in het grijze gebied rond de euthanasiewet. Van Duijn (1996) en Wibaut (2002) gaven wel opening van zaken over hun hulp bij zelfeuthanasie en kregen geen probleem met Justitie, bij de melding door Pieter Wibaut verklaarde de toetsingscommissie zichzelf niet bevoegd omdat de arts geen dodelijk middel had toegediend maar slechts morele en praktische steun had verleend bij het innemen van de dodelijke medicijnen.

13. Zie Sutorius (2005) over het Dijkhuis-rapport.

14. Van Tol 2005, 2010.

15. Visser, J., *Euthanasie bij beginnende dementie. Medisch Contact*, 2009, pag. 1372-1375.

16. Een eerder opgestelde wilsverklaring is ook rechtsgeldig nadat iemand dement en wilsonbekwaam geworden is (Gevers 2007) en kan daarom gelden als het weloverwogen verzoek dat door de wet wordt vereist. Hij hoeft dus niet opnieuw te worden getoetst, zoals Van Dijk 2009 ten onrechte stelt. Problemen met de uitvoering van een wilsverklaring gaan bijna altijd over de vraag of de dementerende persoon ondraaglijk lijdt. Artsen vinden vaak van niet en daarom voeren zij de schriftelijke wilsverklaring niet uit. Misschien willen artsen die wilsverklaring ook niet uitvoeren omdat zij dan iemand dood zouden maken die door dementie niet meer tot afweging in staat is, die volstrekt weerloos is en zelfs niet meer begrijpt wat 'doodgaan' betekent. Dit gaat ver over de grenzen van de meeste artsen heen (Van Delden 2011). Deze laatste reden om de wilsverklaring van een demente patiënt niet uit te voeren, wordt zelden of nooit door artsen genoemd.

17. De dementerende vader van Stella Braam (2005) kon dat wel, maar kreeg geen euthanasie.

18. De toetsingscommissies hebben in 2010 alle 25 gemelde gevallen van euthanasie bij een begin van dementie als zorgvuldig beoordeeld. Het uitvoeren van euthanasie bij een patiënt met gevorderde dementie bij wie ook een eerder opgeschreven euthanasieverzoek aanwezig is, vinden artsen een groot probleem.

19. Keizer 2009. De KNMC-voorzitter Nieuwenhuijzen Kruseman (2009) wekt ten onrechte de indruk dat verwijzing in de praktijk mogelijk is.

20. *Vrij Nederland*, 2010, nr. 7 en 15.

21. Peters, 2011.

Hoofdstuk 2

1. Alle citaten van Bea in dit hoofdstuk komen uit Chabot 2009, pag. 41-43.

2. Van Hooff 1990.

3. Bilimoria 1992, Madan 1992, Justice 1995.

4. In 1997 ontstond maatschappelijke onrust over 'Versterven' in verpleeghuizen. De vrees bestond dat ouderen met dementie soms geen drinken meer zouden krijgen van de verzorgenden. Onderzoek door Justitie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft echter geen enkele aanwijzing hiervoor aan het licht gebracht (Thé 2004).

5. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) art. 448.

6. De gegevens in de tabel komen uit het proefschrift van Chabot (2007). Daarin wordt de methode van onderzoek beschreven en de resultaten besproken.

7. Terman 2007.

8. Zie Harvath 2006 over Amerikaans onderzoek naar bewust stoppen met eten en drinken in hospices.

9. De vermoedelijke doodsoorzaak is een verplaatsing van kaliumionen door de celmembranen van hartcellen. Dit geeft een stoornis in de hartslag, 'kamerfibrilleren', die dodelijk is.

I.i i g daarvoor is men al in een diepe slaap of coma geraakt.

10. Chabot 2007, pag. 203.

11. Chabot 2007, pag. 204.

12. Een Vap-stoomapparaat werd in 2009 aangeboden bij www.sunstar.uwshoponline.nl

13. KNMG-Richtlijn Palliatieve Sedatie 2009.

14. De brochure van de NVVE *Stoppen met eten en drinken* (laatste editie 2006) is onvolledig doordat nieuw onderzoek er niet in is verwerkt. Zo wordt er niet in vermeld dat ook een hoogbejaarde die nog niet ziek is, waardig kan sterven door te stoppen met eten en drinken (zie de citaten van Bea in dit hoofdstuk), onjuist is de aanbeveling om stukjes meloen of peer te geven tegen de honger. Fruit bevat altijd koolhydraten, die de honger juist opwekken. Het hongergevoel verdwijnt pas door een aantal dagen uitsluitend water te drinken.

15. Als u een thuiszorgwinkelt belt, komt er vaak eerst iemand aan huis van het CIZ, het Centrum Indicatiestelling Zorg. Deze vult de formulieren in met het oog op de vergoeding. Als men de matras rechtstreeks van een landelijke firma wil huren, kan dat via www.arjo.com/nl bij de firma Arjo-huntleigh of bij andere firma's.

16. Na circa 10 dagen niet drinken komt er soms een grote hoeveelheid urine. Dit is vocht uit spiercellen die worden afgebroken. Het is een teken dat het proces onomkeerbaar is geworden.

Intermezzo IV

1. Durogesic 25 is een zeer hoge dosering die gelijkstaat aan 60 mg morfine in tabletvorm en die risico geeft op bijwerkingen. Beter zou zijn te beginnen met een Durogesic-pleister van 12,5 microgram. Of met twee keer daags 5 mg morfine onder de huid.

2. Het handboek *Palliatieve zorg: Richtlijnen voor de praktijk* (De Graef 2006) besteedt geen aandacht aan goede medische zorg bij een patiënt die voor bewust versterven kiest. Mogelijk zorgt

de morele veroordeling van het zelfgekozen levenseinde ervoor dat dit Vergeten' is.

Hoofdstuk 3

1. Bert Keizer over het boek *Sterfwerk* van Boudewijn Chabot, in 'Doodswinkel soms onterecht gesloten', Trouw 1 december 2001.

Hoofdstuk 4

1. Chabot 2007 hoofdstuk 9.6.
2. Gerritsen 1993.
3. Chabot 2007 p. 159. Het aantal bestellingen via internet neemt toe. Voor informatie over betrouwbare adressen kan men contact opnemen met Stichting De Einder.

Intermezzo VI

1. Op verzoek van de ouders is 'René' geen pseudoniem maar zijn eigen naam.

Hoofdstuk 5

1. Chabot 2007 p. 221.
2. Heroïne komt in dit boek niet ter sprake omdat het na inslikken slecht in het bloed wordt opgenomen. Zodoende wordt de concentratie in het bloed niet hoog genoeg voor een dodelijk effect. In vloeibare vorm voor een injectie is heroïne op de zwarte markt verkrijgbaar, maar uiterst onbetrouwbaar voor levensbeëindiging omdat het sterk verdund kan zijn ('versneden'). Het snuiven van heroïnepoeder kan niet dodelijk zijn omdat iemand buiten bewustzijn raakt voordat hij voldoende opgesnoven heeft.
3. De documentaire '*Voor ik het vergeet...*' van filmmaakster Nan Rosens vertelt het verhaal van deze man.

4. Zie de artseninterviews in 'Verlossers naast God', Thé 2009.

5. Volgens *Departing Drugs* (1993 pag. 22; Nederlandse vertaling het *Schotse boekje*, NVVE 1998) mag men bij een zelfdoding met chloroquine geen slaapmiddel gebruiken uit de groep van de benzodiazepinen: 'The benzodiazepines (particularly diazepam) could negate some of the lethal effect of chloroquine and so are less suitable.' Maar uit de toxicologische literatuur blijkt dit niet. Diazepam wordt op de intensive care bij een patiënt met een overdosis chloroquine toegepast om spiertrekkingen en epileptische insulten te onderdrukken. Diazepam en de andere benzodiazepinen zijn hiervoor geschikt. Zij onderdrukken echter niet de dodelijke werking van chloroquine op het hart.

6. In een grote hoeveelheid zou een bètablokker een ritmestoornis van het hart kunnen geven. Uit de toxicologische literatuur blijkt echter dat deze medicijnen een ritmestoornis soms juist kunnen voorkomen. Chloroquine en bètablokkers hebben een tegengestelde werking op het transport van kalium door de celmembranen. Het is dus onduidelijk of beide stoffen de giftige werking op het hart versterken of juist tegenwerken. Toevoeging van een bètablokker bevelen wij daarom niet aan.

7. Dawson 2004.

8. In NRC *Handelsblad* (21 november 2009) stond een reportage van Hieke Jippes, waarin een onjuiste dosis (6 milligram) werd vermeld van de hoeveelheid Nembutal die moet worden aangeschaft: men heeft 6 gram (6000 milligram) nodig. Dit verhaal bevatte helaas nog andere halve waarheden en gaat ook volledig voorbij aan de eenvoudig verkrijgbare dodelijke medicijnen die in dit boek staan. De suggestie in het NRC-artikel dat men hiervoor naar Mexico of China zou moeten reizen, wekt verbazing. Exotische reisbestemmingen zetten de toon in de media omdat een naslagwerk ontbreekt. In deze reportage hangt de sfeer van 'spannend illegaal'. Zelfeuthanasie wordt in de media niet onderscheiden van de gewone

zelfdodingen, die eenzaam, impulsief en verminkend plaatsvinden. Net zoals er over euthanasie onder artsen dertig jaar geleden half juiste informatie de ronde deed, zo is dat nu over zelfeuthanasie in de media en onder leken het geval.

Hoofdstuk 6

1. Met dank aan de toxicoloog en de klinisch apotheker die met Chabot samenwerken en die de hier besproken misverstanden die bij artsen bestaan, hebben geanalyseerd. Artsen of apothekers met vragen over medicijnen waarvan zij menen dat die dodelijk zijn, kunnen hierover contact opnemen via www.boudewijnchabot.nl.

2. Plato 1995.

3. De plasticzakmethode kwam in het nieuws bij een rechtszaak tegen de hulpverlener Muns (zie hoofdstuk 10). Een oude vrouw gebruikte een plastic zak in combinatie met slaapmiddelen. De hulpverlener dacht dat de zak goed was bevestigd. Een halfuur later overleed zij. Maar wat ontdekte de recherche? Er was geen condens aan de binnenkant van de zak, zoals wanneer de zak goed afsluit. Uit bloedonderzoek bleek dat de slaapmiddelen de waarschijnlijke doodsoorzaak zijn geweest in combinatie met haar slechte lichamelijke conditie.

4. Chabot 1996 geeft in hoofdstuk 9 (samen met K. Gill) zeldzame informatie afkomstig van het CBS over de frequentie van overlijden door de plasticzakmethode. Chabot 2009a gaat nogmaals in op de plasticzakmethode in het licht van het onderzoek van Magnusson 2002, dat de onbetrouwbaarheid ervan bevestigt.

5. Ogden 1994, Jamison 1996, Magnusson 2002.

6. Ogden 1994 geeft voorbeelden hiervan.

7. De NVVE heeft de verkoop van het *Schotse boekje* in 2006 gestaakt. Op de website, in november en december 2009, staat de plasticzakmethode opnieuw vermeld onder 'middelen voor zelfdoding' op de pagina 'Inleiding'. Er is nooit door de NVVE gewezen op de risico's en de geringe doeltreffendheid ervan.

8. Nitschke 2006 heeft een apparaat ontworpen dat koolmonoxide produceert door een reactie tussen twee chemische stoffen die in de winkels te koop zijn. Een plastic buis leidt het gas naar de neus van de persoon die wenst te overlijden, zodat deze een hoge concentratie koolmonoxide zou inademen. Hij claimt dat zijn methode het risico van het inhaleren van gas door anderen vermindert. Dat is onjuist, omdat de machine koolmonoxide blijft maken nadat de persoon is overleden. Het gas komt dus zeker in de kamer terecht en kan ook door anderen worden ingeademd. Nitschke heeft nooit een voorbeeld gepubliceerd van het gebruik van dit apparaat voor zelfdoding.

Hoofdstuk 7

1. Hume, David, "On Suicide" (1755, 1777), in: Miller, E.F. (ed.) *David Hume. Essays, moral, political and literary*, Indianapolis: Liberty Classics, 1987, 577-589, 588.
2. Zie www.ninewells.nl voor de website van Vink.
3. Bedoeld wordt Chabot 2008a en 2009a.
4. Vink 2009b.

Hoofdstuk 8

1. Ogden 2010a.
2. Clayton, geciteerd in Ogden 2010b.
3. Zie M. Adams over de strafwet in België in Griffiths 2008, pagina 304: "Suicide was not and is not a criminele offence in Belgian law. And [...] assisting with suicide was therefore also not an offence. According to some authors, however, the law could have been so interpreted as to make assisted suicide indirectly punishable."
4. Mulder-Meiss 1995, Muns 2005 en Hilarius 2008.
5. Ogden 2010a, Ogden 2010b.
6. Clayton, geciteerd in Ogden 2010b.

Hoofdstuk 9

1. Chabot 2007, p. 48 en p. 50.
2. Zie de wet Bijzondere Opname in Psychiatrische Ziekenhuizen (Leenen 2007).
3. Van der Wal 1996, deel IV: *Medische beslissingen rond het levenseinde in de psychiatrische praktijk*. Sinds het onderzoek in 1996 is dit aantal van 320 vermoedelijk groter geworden.
4. Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis, te downloaden van www.nvvp.net.
5. De NVVE besprak situaties waarin de psychiaters Huisman en Van Houwelingen hulp bij zelfdoding aan een psychiatrische patiënt hadden verleend. Hun meldingen waren door een toetsingscommissie als zorgvuldig beoordeeld. Zie www.nvve.nl.
6. Burgerlijk Wetboek art. 7:453.
7. KNMG-standpunt (2011)
8. Zie: <http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/>. Voor hulp bij het indienen van uw klacht kunt u contact opnemen met het Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKC) in uw regio. Het IKC kan u bijstaan tijdens de tuchtrechtprocedure. Via het telefoonnummer 0900-2437070 wordt u doorverbonden met het IKC-bureau in uw regio.
9. Chabot 2001, hoofdstuk 2.

Hoofdstuk 11

1. Keizer 2008.
2. Vink 2004.
3. De strafrechtsspecialist Rozemond (2007) heeft over de uitspraak in de zaak Vink geschreven dat de rechtbank Amsterdam door haar uitvoerige motivering meer waarborgen voor rechtszekerheid en rechtsgelijkheid creëert dan de Hoge Raad met zijn onduidelijke verwijzing naar het algemene spraakgebruik en de bijzondere omstandigheden van het geval (zie noot 6 hieronder).

4. Schalken 2008.

5. De minister zei het zo: 'Uit Jurisprudentie van de Hoge Raad (NJ1996, nr 322) [BC: bedoeld wordt de zaak tegen mevrouw Mulder] valt op te maken dat onder het begrip behulpzaamheid bij zelfdoding in de zin van artikel 294 niet kan worden verstaan het verschaffen van informatie, het voeren van gesprekken en het geven van morele steun. Dergelijk handelen is derhalve niet strafbaar. Wel strafbaar is in beginsel degene die middelen verschaft en duidelijke, op naleving gerichte instructies geeft tijdens de uitvoering van de zelfdoding. [...] Het verstrekken van het boek "Humane zelfdoding" aan artsen of aan andere personen is op grond van het bovenstaande derhalve niet strafbaar.' Bron: *Handelingen Tweede Kamer 2002-2003*, nr. 1067.

6. De Hoge Raad zegt het bij herhaling zo: 'Het begrip "behulpzaam zijn" in artikel 294 Sr is noch in dat artikel noch in de wetsgeschiedenis nader omlijnd. Bij de afbakening van dit begrip zal daarom aansluiting dienen te worden gezocht bij het algemeen spraakgebruik, terwijl de beantwoording van de vraag of in een concreet geval een ten laste van verdachte bewezen verklaarde gedraging onder die term "behulpzaam zijn" moet worden begrepen in belangrijke mate afhankelijk is van de omstandigheden van het geval, waarvan de weging en waardering voorbehouden is aan de rechter die over de feiten oordeelt.' NJ 1996, nr 322.

7. Voor Zwitserland zie Bosshard (2003, 2008); voor Duitsland zie Putz (2007) en Walther (2010).

8. In de eerder genoemde zaak-Schellekens is onduidelijk waarom de verpleeghuisarts de 80-jarige ernstig invalide vrouw euthanasie heeft geweigerd. Dit zou wel een rol horen te spelen bij de beoordeling van het handelen van haar kinderen en de hulpverlener. In het vonnis blijft geheel buiten beschouwing welke behandelmogelijkheden de verpleeghuisarts nog zag voor deze vrouw én of zij die weloverwogen en gemotiveerd had geweigerd.

9. Gevers 2007, pag. 47. Gevers verwijst naar de parlemen-

taire stukken bij de behandeling van de euthanasiewet uit 2002, waaraan zijn hier geciteerde tekst is ontleend. De zinnen in cursief krijgen vaak onvoldoende aandacht.

10. Zie de jurist Schalken (2009) over het vonnis van de rechtbank Almelo in de zaak-Schellekens: 'In zijn onlangs verschenen boek "Een waardig levenseinde in eigen hand" beschrijft Chabot tal van casus met de daarbij behorende problematiek en de daarop aansluitende oplossingen — *soms buiten de wet om, maar juridisch aanvaardbaar*—waar zelfs artsen nog weinig weet van blijken te hebben.' (cursivering toegevoegd)

Hoofdstuk 12

1. De NVVE vermeldt niet welke deskundigen bij de tekst van de website hebben geadviseerd. In Chabots boeken staan de namen van de geraadpleegde deskundigen vermeld.

2. Chabot 1996, hoofdstuk 8.

3. Ogden 2002 en Ogden 2010a, 2010b.

4. Den Hartogh 2002 en Chabot 2003b hebben dit precies beargumenteerd.

5. Chabot 2008a, en Chabot 2009a.

6. Een langere versie van het artikel is inmiddels geplaatst in het *Tijdschrift voor Humanistiek* (Vink 2010).

7. Chabot 2010 en Chabot 2008b.

Verantwoording

1. De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek naar Zorgvuldige Zelfdoding (Stichting wozz) werd in 2001 door P. Admiraal en B. Chabot opgericht met het doel wetenschappelijke informatie over zorgvuldige zelfdoding te verzamelen en toegankelijk te maken voor niet-artsen. In januari 2009 heeft Chabot de wozz verlaten.

B I J L A G E 1

De meldingsbrief bij de medicijnmethode met dodelijke afloop of na een poging

Melding kan op drie manieren gebeuren. (1) Deze meldingsbrief kan digitaal ingevuld en verstuurd worden (www.eenwaardiglevenseinde.nl). (2) U kunt ook geheel anoniem melden via de post. In dat geval maakt u een fotokopie van de pagina's in *Uitweg*. Wilt u s.v.p. op de achterkant van de fotokopieën uw toelichting bij de vragen schrijven? (3) U kunt met de onderzoeker contact opnemen via e-mail of telefoon voor een interview over uw melding. Een interview levert voor het onderzoek de beste informatie.

Uitsluitend volledige meldingen worden anoniem gemaakt en, na overleg met de melder, besproken op www.eenwaardiglevenseinde.nl.

Contactgegevens van onderzoeker Martijn Hagens:

m.hagens@tgle.nl

tel. 06-17984300

Postbus 16454

1001 RN Amsterdam

De zelfeuthansie met de medicijnmethode is

- ☐ mislukt
- ☐ gelukt

A. Gegevens van de overledene

1. De overledene was ☐ man ☐ vrouw
2. Leeftijd: _____jaar.
3. Geschat gewicht: _____ kg.
4. Is zij of hij recent meer dan 10 kilo afgevallen?
☐ Nee ☐ Ja, namelijk _____kg.
5. Welke religie / levensbeschouwing? _____
6. Jaar van overlijden: _____
7. Plaats van overlijden:
☐ Thuis ☐ Verzorgingshuis ☐ Verpleeghuis
☐ Hospice ☐ Ziekenhuis ☐ Elders: _____
8. Overleden in de stad of regio: _____

B. Redenen om over te gaan tot zelfeuthanasie

1. Speelden ziekte(n) of andere problemen een belangrijke rol om tot zelfeuthanasie over te gaan? Zo ja, hoe lang speelde(n) deze ziekte(n) of problemen?

I. _____ sinds _____

II. _____ ^ _____ sinds _____

III. _____ ; _____ sinds _____

2. Medische specialisten en behandelingen voor bovengenoemde ziekte(n) of problemen (bijvoorbeeld oncoloog, chemotherapie)?

I. _____ sinds

II. _____ sinds

III. _____ sinds

Andere specialist / behandeling

sinds

3a. Heeft de betrokkene om euthanasie gevraagd bij de arts en/of behandelend specialist?

☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet.

3b. Indien ja: Waarom is het verzoek afgewezen? _____

4. Wat was de belangrijkste reden om de medicijnmethode te kiezen:

5. Overige redenen:

6. Was er steun van de naasten?

☐ Nee ☐ Ja, met name van wie?

7. Hoe beoordelen u en de betrokkene de informatie over de medicijnen (namen, dosering, verkrijgbaarheid) door:

a) arts:

☐ niet van toepassing ☐ positief ☐ neutraal ☐ negatief

☐ toelichting: _____

b) andere hulpverleners (bijvoorbeeld geestelijk raadsman, psychotherapeut, enz.):

☐ niet van toepassing ☐ positief ☐ neutraal ☐ negatief

☐ toelichting: _____

c) medewerk(st)er van een vereniging voor waardig sterven:

☐ niet van toepassing ☐ positief ☐ neutraal ☐ negatief

☐ toelichting: _____

d) andere niet-hulpverlener (naaste familie, vriend, andere):

☐ niet van toepassing ☐ positief ☐ neutraal ☐ negatief

☐ toelichting: _____

8. Heeft de overledene wilsverklaringen geschreven?

☐ Nee

☐ Ja, namelijk:

☐ Behandelverbod

☐ Benoeming van gevolmachtigde

☐ Euthanasieverklaring

9. Zonder zelfeuthanasie met de medicijnmethode was de dood vermoedelijk ingetreden na:

☐ Minder dan 1 week

☐ Na 1 tot 4 weken

☐ Na 1 tot 3 maanden

☐ Meer dan 3 maanden

☐ Niet in te schatten / Onbekend

C. Verloop van zelfeuthanasie met de medicijnmethode

1. Welke medicijnen werden gebruikt in de 2 weken voor de zelfeuthanasie?

Slaappillen

naam _____

aantal pillen _____ * _____ mg per tablet _____

Pijnstillers

naam _____

aantal pillen _____ mg per tablet _____

Kalmeringsmiddelen

naam _____

aantal pillen _____

mg per tablet

Andere medicijnen die regelmatig werden gebruikt

naam _____

aantal pillen _____ mg per tablet _____

2. Met welke medicijnen werd ten minste 2 weken voor de zelfeuthanasie gestopt?

Slaappillen

naam _____

gestaakt per (datum) _____ - ____ - _____

Pijnstillers

naam _____

gestaakt per (datum) _____ - ____ - _____

Kalmeringsmiddelen

naam _____

gestaakt per (datum) _____ - ____ - _____

Andere medicijnen die regelmatig werden gebruikt

naam _____

gestaakt per (datum) _____ - ____ - _____

3. Met welke medicijnen werd niet gestopt voor aanvang van de zelfeuthanasie?

Slaappillen

naam _____

Pijnstillers

naam _____

Kalmeringsmiddelen

naam _____

Andere medicijnen die regelmatig werden gebruikt

naam _____

4a. Welke medicijnen zijn gebruikt om de dood te veroorzaken:

naam _____

aantal pillen _____ mg per tablet

naam _____

aantal pillen _____ mg per tablet

naam _____

aantal pillen _____ mg per tablet

naam _____

aantal pillen _____ mg per tablet

4b. Bij capsules: werden deze tevoren geopend?

☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet.

4c. Bij tabletten: werden deze van tevoren tot poeder vermalen?

☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet.

5a. Antibraakmiddel gebruikt?

☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet.

5b. Indien ja: naam antibraakmiddel

aantal mg per tablet _____

5c. Hoe laat en op welke dag werd met het antibraakmiddel begonnen?

dag: _____ tijd: _____ u

5d. Hoeveel tabletten antibraakmiddel zijn in totaal ingenomen

voordat dodelijke middelen zijn ingenomen? _____

6. Hoe laat en op welke dag werden de dodelijke medicijnen ingenomen?
dag: _____ tijd: _____ u

7. Hoe laat en op welke dag sliep de betrokkene in?
dag: _____ tijd: _____ u

8. Waren er onaangename symptomen voor het inslapen? (bijv. angst, spierschokken of overgeven) (indien onbekend dit svp opschrijven)

9. Waren er opvallende symptomen na het inslapen? (indien onbekend dit svp opschrijven)

10. Waren er personen aanwezig bij het innemen van de middelen?

- ☐ Partner
- ☐ Familie? Hoeveel? _____
- ☐ Vriend(en)? Hoeveel? _____
- ☐ Verpleger/ster
- ☐ Vrijwilliger van een 'recht op waardig sterven' organisatie
- ☐ Andere(n) _____
- ☐ Niemand was aanwezig
- ☐ Weet niet

11. Het moment van overlijden _____ - _____ - _____ (datum), _____ . _____ (tijdstip)

12. Tijd van overlijden vastgesteld door arts: _____ - _____ (datum),
____ • ____ (tijdstip)

13. Is er een lijkschouwer gekomen?

☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet.

14. Is er politie gekomen?

☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet.

15. Hoe is dit overlijden door de arts gemeld op het overlijdensformulier?

☐ Ziekte ☐ Zelfdoding ☐ Natuurlijke dood

☐ Anders, namelijk: _____

☐ Weet niet

16. Is het lichaam in beslag genomen?

☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet.

17. Indien van toepassing: Wanneer is het lijk vrijgegeven?

☐ Weet niet ☐ Datum _____ - ____ - _____

18. Andere bijzonderheden (bijvoorbeeld het gebruik van een plastic zak, alcohol, enzovoort)

19. Was het overlijden als waardig beoordeeld door:

a) de overledene:

☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet.

Geef toelichting: _____

b) uzelf (rapporterende ooggetuige):

☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet.

Geef toelichting: _____

c) (andere) belangrijke vertrouwenspersoon:

☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet.

Geef toelichting:_____

D. Gegevens rapporterende ooggetuige

1. Wat is uw relatie met de overledene?

2. Betrokken geweest bij de zelfeuthanasie met de medicijnmethode:

a) Tijdens gesprekken vooraf ☐ Ja ☐ Nee

b) Tijdens inname van de medicijnen ☐ Ja ☐ Nee

3a. Verleent u toestemming dat de onderzoeker contact met u opneemt?

☐ Ja ☐ Nee

3b. Indien ja, uw contactgegevens:

E. Overig

Hebt u op- of aanmerkingen over de vragenlijst of wilt u nog wat kwijt?

B I J L A G E 2

De meldingsbrief bij stoppen met eten en drinken met dodelijke afloop of na een poging

Melding kan op drie manieren gebeuren. (1) Deze meldingsbrief kan digitaal ingevuld en verstuurd worden (www.eenwaardiglevenseinde.nl). (2) U kunt ook geheel anoniem melden via de post. In dat geval maakt u een fotokopie van de pagina's in *Uitweg*. Wilt u s.v.p. op de achterkant van de fotokopieën uw toelichting bij de vragen schrijven? (3) U kunt met de onderzoeker contact opnemen via e-mail of telefoon voor een interview over uw melding. Een interview levert voor het onderzoek de beste informatie.

Uitsluitend volledige meldingen worden anoniem gemaakt en, na overleg met de melder, besproken op www.eenwaardiglevenseinde.nl.

Contactgegevens van onderzoeker Martijn Hagens:
m.hagens@tgle.nl
tel. 06-17984300
Postbus 16454
1001 RN Amsterdam

De zelfeuthanasie door stoppen met eten en drinken is

- ☐ mislukt
- ☐ gelukt

A. Gegevens van de overledene

1. De overledene was ☐ man ☐ vrouw
2. Leeftijd: _____jaar
3. Geschat gewicht: _____ kg
4. Is zij of hij recent meer dan 10 kilo afgevallen?

☐ Nee ☐ Ja, namelijk _____ kg
5. Welke religie/levensbeschouwing? _____
6. Jaar van overlijden: _____
7. Plaats van overlijden:
☐ Thuis ☐ Verzorgingshuis ☐ Verpleeghuis

☐ Hospice ☐ Ziekenhuis ☐ Elders: _____
8. Overleden in de stad of regio: _____

B. Redenen om over te gaan tot bewust versterven

1. Speelden ziekte(n) of andere problemen een belangrijke rol om te stoppen met eten en drinken? Zo ja, hoe lang speelden deze ziekte(n) of problemen?

1. _____sinds _____

II. _____sinds _____

III. _____sinds _____
2. Medische specialisten en behandelingen voor bovengenoemde ziekte(n) of problemen (bijv. oncoloog, chemotherapie)?

sinds

li. sinds _____

III. sinds _____

Andere specialist / behandeling

_____ sinds _____

3a. Heeft de betrokkene om euthanasie gevraagd bij de arts en/of behandelend specialist?

☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet.

3b. Indien ja: waarom is het verzoek afgewezen? _____

4. Wat was de belangrijkste reden om te stoppen met eten en drinken? _____

5. Overige redenen:

6. Was er steun van de naasten?

☐ Nee

☐ Ja, met name van wie? _____

7. Wat vond u van de informatie over bewust versterven door:

a) de arts:

☐ niet van toepassing ☐ positief ☐ neutraal ☐ negatief

☐ toelichting: _____

b) verplegend personeel: *

☐ niet van toepassing ☐ positief ☐ neutraal ☐ negatief

☐ toelichting: _____

c) medewerk(st)er van een vereniging voor waardig sterven:

☐ niet van toepassing ☐ positief ☐ neutraal ☐ negatief

☐ toelichting: _____

d) verzorgende(n):

☐ niet van toepassing ☐ positief ☐ neutraal ☐ negatief

☐ toelichting: _____

8. Heeft de overledene wilsverklaringen geschreven?

☐ Nee

☐ Ja, namelijk:

☐ Behandelverbod

☐ Benoeming van gevolmachtigde

☐ Euthanasieverklaring

9. Zonder bewust versterven was de dood vermoedelijk ingetreden

na:

☐ Minder dan 1 week ☐ Na 1 tot 4 weken

☐ Na 1 tot 3 maanden ☐ Meer dan 3 maanden

☐ Niet in te schatten/Onbekend

C. Verloop van zelfeuthanasie door middel van bewust versterven

1. Welke medicijnen werden gebruikt voor *het begin* van bewust versterven?

Slaappillen

naam _____
aantal pillen _____ mg per tablet ____

Pijnstillers

naam _____
aantal pillen _____ mg per tablet ____

Kalmeringsmiddelen

naam _____
aantal pillen _____ mg per tablet ____

Andere medicijnen die regelmatig werden gebruikt

naam _____
aantal pillen _____ mg per tablet ____

2. Met welke medicijnen werd *tijdens* het bewust versterven begonnen?

Slaappillen

naam _____

aantal pillen _____

mg per tablet

Pijnstillers

naam _____

aantal pillen _____

.mg per tablet

Kalmeringsmiddelen

naam _____

aantal pillen _____ mg per tablet _____

Andere medicijnen?

naam _____

aantal pillen _____ mg per tablet _____

3a. Werd de overleden persoon gedurende het bewust versterven onrustig, verward of angstig?

☐ Nee ☐ Ja, s.v.p. toelichten: _____

3b. Hoe werd dit behandeld? _____

4. Heeft de overleden persoon voordat zij of hij begon aan bewust versterven al langer dan enkele weken *spontaan* minder gegeten?

☐ Nee ☐ Ja, s.v.p. toelichten: _____

5. Heeft de overleden persoon voordat zij of hij begon aan bewust versterven al langer dan enkele weken *bewust* (eventueel volgens een schema) minder gegeten?

☐ Nee ☐ Ja, s.v.p. toelichten: _____

6. Wat is de eerste dag dat de betrokkene helemaal niets meer at?

- (datum)

7. Heeft de overleden persoon voordat zij of hij begon aan bewust
versterven al langer dan enkele weken *spontaan* minder gedronken?

☐ Nee ☐ Ja, s.v.p. toelichten: _____

8. Heeft de overleden persoon voordat zij of hij begon aan bewust
versterven al langer dan enkele weken *bewust volgens een schema*
minder gedronken?

☐ Nee ☐ Ja, s.v.p. toelichten: _____

9. Stoppen met drinken is

- ☐ Abrupt gestopt
- ☐ Geleidelijk afgebouwd gedurende _____ dagen

10. Wat is de eerste dag dat er geen vocht meer werd ingenomen?
(afgezien van water ten behoeve van de mondverzorging)?

__-____-____ (datum)

11. Welke personen waren betrokken bij de verzorging van de betrok-
kene gedurende het bewust versterven?

- ☐ Partner
- ☐ Familie? Hoeveel? _____
- ☐ Vriend(en)? Hoeveel? _____
- ☐ Verpleger/ster(s) en/of verzorgende(n)? Hoeveel? _____
- ☐ Vrijwilliger van een 'recht op waardig sterven' organisatie
- ☐ Anderen, namelijk _____
- ☐ Niemand was aanwezig
- ☐ Weet niet

12. Welke mondverzorging werd toegepast en hoe beoordeelt u deze?

☐ Geen

☐ Vernevelaar:

☐ Uitstekend ☐ DGoed ☐ Matig ☐ Slecht.

Toelichting: _____

- ☐ Zuigen op ijs(lolly):
☐ Uitstekend ☐ nCoed ☐ Matig ☐ Slecht.

Toelichting: _____

- ☐ Speekselvervangend middel:
☐ Uitstekend ☐ DGoed ☐ Matig ☐ Slecht.

Toelichting: _____

- ☐ Invetten van lippen:
☐ Uitstekend ☐ QCoed ☐ Matig ☐ Slecht.

Toelichting: _____

☐ Ander: _____

- ☐ Uitstekend ☐ Goed ☐ Matig ☐ Slecht.

Toelichting: _____

13a. Ontstonden er kloofjes, zweertjes en/of een nare geur?

- ☐ Nee ☐ ja

13b. Indien ja, welke en na hoeveel tijd? _____

14. Tot wanneer begreep de overledene wat u zei?
 __ - ____ - ____ (datum), ____ - ____ (tijdstip)

15. Tot wanneer herkende de overledene u?
 __ - ____ - ____ (datum), ____ - ____ (tijdstip)

16. Het moment van overlijden
 __ - ____ - ____ (datum), ____ - ____ (tijdstip)

17. Tijd van overlijden vastgesteld door arts:
 - (datum); ____ - ____ (tijdstip)

18. Is er een lijkschouwer gekomen? ☐ ja ☐ Nee ☐ Weet niet

19. Is er politie gekomen? ☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet

20. Hoe is dit overlijden door de arts vermeld op het overlijdensformulier?

☐ Ziekte ☐ Zelfdoding ☐ Natuurlijke dood

☐ Anders, namelijk: _____

☐ Weet niet

21. Is het lichaam in beslag genomen? ☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet

22. Indien van toepassing: wanneer is het lijk vrijgegeven?

☐ Weet niet ☐ Datum _____ - _____ - _____

23. Andere bijzonderheden (bijvoorbeeld over het verloop van proces, eventuele moeilijkheden, enzovoort)

24. Is het overlijden als waardig beoordeeld door:

a) de overledene:

☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet.

Geef toelichting: _____

b) uzelf (rapporterende ooggetuige):

☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet.

Geef toelichting: _____

c) belangrijkste verzorgende:

☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet.

Geef toelichting: _____

D. Gegevens rapporterende ooggetuige

1. Wat is uw relatie met de overledene?

2. Betrokken geweest bij bewust versterven:

a) Tijdens gesprekken vooraf ☐ Ja ☐ Nee

b) Tijdens verzorging ☐ Ja ☐ Nee

3 a. Verleent u toestemming dat de onderzoeker contact met u opneemt? ☐ Ja ☐ Nee

3 b. Indien ja, uw contactgegevens:

E. Overig

Hebt u op- of aanmerkingen over de vragenlijst of wilt u nog iets kwijt?

B I J L A G E 3

De meldingsbrief bij de heliummethode met dodelijke afloop of na een poging

Melding kan op twee manieren gebeuren. (1) Deze meldingsbrief kan zowel digitaal ingevuld en verstuurd worden (www.eenwaardiglevenseinde.nl) als worden gedownload, uitgeprint en verstuurd via de post. (2) U kunt met de onderzoeker contact opnemen via e-mail of telefoon voor een interview over uw melding. Een interview levert voor het onderzoek de beste informatie.

Uitsluitend volledige meldingen worden anoniem gemaakt en, na overleg met de melder, besproken op www.eenwaardiglevenseinde.nl.

Contactgegevens van onderzoeker Martijn Hagens:

m.hagens@tgle.nl

tel. 06-17984300

Postbus 16454

1001 RN Amsterdam

BIJLAGE 4

Nuttige adressen in Nederland en Vlaanderen

Praten over zelfdoding/ zelfdoding voorkómen — Verlies
verwerken na overlijden naaste — Hulpverleners en
mantelzorgers — Organisaties en groepen voor waardig
sterven — Uitvaart - Informatie over geneesmiddelen -
Advocaat en klacht tegen arts indienen

U vindt hier een klein aantal websites en telefoonnummers.
Met deze lijst kunt u zelf verder zoeken.

Praten over zelfdoding/zelfdoding voorkómen

www.113Online.nl. U kunt hier anoniem chatten over zelfdoding of bellen naar 0900-1130113 voor hulp bij psychische problemen en zelfdodingsplannen.

www.ex6.nl. EX6 biedt uitwisseling met lotgenoten. U kunt ook bellen naar 088-3963963 of 0900-1130113.

www.sensoor.nl. Of bel 0900-0767. Bij Sensoor staat dag en nacht een vrijwilliger voor u klaar.

www.stichtingpandora.nl. Via de Pandora Depressielijn kunnen mensen met een depressie praten met lotgenoten; bereikbaar van maandag tot en met donderdag van 13.30 tot 15.30 uur en van 19.00 tot 21.00 uur op het telefoonnummer 0900-6120909.

Tele-onthaal: Telefoonnummer 106. In België kun je hier 24 uur per dag met je vragen en problemen terecht. Of via www.tele-onthaal.be.

www.zelfmoordpreventie.be. U kunt hier chatten met speciaal opgeleide vrijwilligers en u vindt hier informatie over de zelfmoordlijn in België: tel 02 649 95 55. Op deze site staat ook informatie over het Centrum ter Preventie van Zelfdoding.

www.zelfmoordpreventievlaanderen.be. Het Project Zelfmoordpreventie van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg richt zich tot alle personen die bij het voorkómen van een zelfdoding betrokken zijn.

www.hulporganisaties.be. Geef je op als (thuis werkende) chathulpverlener die zelfdoding van mensen in een crisis probeert te voorkómen.

Verlies verwerken na overlijden

www.verliesverwerken.nl. Site van de Landelijke Stichting rouwbegeleiding (LSR): informatiepunt en doorverwijzing naar rouwbegeleiding door vrijwilligers en professionals. Ook kunt u hier een rouwzorgverlener in uw regio vinden.

Lotgenoten zijn bereikbaar via:

www.achterderegenboog.nl. Voor kinderen en jongeren die een dierbare hebben verloren.

www.samenverliesverwerken.nl. Dagboeken en chatten met lotgenoten.

schuit-lemstra@kpnplanet.nl. Jannie Schuit-Lemstra heeft een zoon verloren door suïcide. Zij organiseert een zelfhulpgroep voor nabestaanden van een zelfdoding (in Amsterdam en in Koog aan de Zaan).

<http://www.zelfhulp.be>. Overzicht van gespreksgroepen in België voor nabestaanden van naasten die suïcide hebben gepleegd.

Hulpverleners en mantelzorgers

Hulpverleners zitten soms klem tussen hun begrip voor een ernstig zieke patiënt in een uitzichtloze situatie en een arts die geen informatie wil geven over hoe die persoon zelfstandig een waardige dood kan bespoedigen. Zij kunnen voor vragen contact opnemen met:

www.mezzo.nl. Informatie en ondersteuning voor mantelzorgers.

www.palliatief.nl. Dit is een ondersteuningspunt voor terminale zorg van de Stichting Agora. Zowel patiënten, mantelzorgers en hulpverleners kunnen hier terecht. U kunt ook bellen naar 030-6575898.

www.vptz.nl. Landelijk steunpunt voor vrijwilligers in de terminale zorg.

www.nptn.nl. Netwerk Palliatieve Zorg voor Terminale Patiënten Nederland (NPTN).

www.fedpalzorg.be. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. Telefoonnummer: 02 456 82 00.

Organisaties en groepen voor waardig sterven

www.deeinder.nl. De Stichting De Einder werkt samen met een netwerk van hulpverleners die begeleiding geven aan mensen met vragen over de uitvoering van een zelfgekozen dood, nu of in de toekomst. Zij geven in een persoonlijk gesprek ook informatie over dodelijke medicijnen en hoe men die kan aanschaffen.

www.nvve.nl. De Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig LevensEinde informeert over keuzes rond het levens-einde. Medewerkers helpen bij het invullen van een euthanasieverklaring of een behandelverbod en bemiddelen soms tussen patiënt en arts.

www.scen.nl. Netwerk van de zeshonderd scen-artsen die uitsluitend aan artsen Steun en Consultatie bij Euthanasie geven.

www.magikdood.nl geeft links naar informatie over een gewenste dood.

www.nvvp.nl. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft een richtlijn opgesteld over hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten, die te downloaden is.

www.euthanasiecommissie.nl. De Toetsingscommissies Euthanasie zetten jaarverslagen en casuïstiek op hun website.

www.leif.be. Het LevensEinde InformatieForum (LEIF) is

een open initiatief van mensen en verenigingen die streven naar een waardig levenseinde voor iedereen, waarbij respect voor de wil van de patiënt voorop staat. Telefoonnummer in België 078-151155

www.rws.be. Recht op Waardig Sterven in België. U kunt deze vereniging bereiken op het telefoonnummer 03 272 5163. www.admd.be. Franstalige zustervereniging van RWS www.vonkeleenluisterendhuis.be. Voor informatie en opleiding van mensen en zorgverleners met vragen over sterven en rouw. VONKEL biedt in Gent een 'luisterend huis' voor mensen met zelfdodingsgedachten. Medewerkers werken nauw samen met andere initiatieven zoals het Inloophuis Kankerliga, palliatieve thuiszorg, zelfhulpgroepen voor specifieke ziekten, Centra Morele Dienstverlening, pastorale begeleiding, enzovoorts.

Uitvaart

www.uitvaartvernieuwers.nl. informeert breed over alle zaken bij een overlijden.

www.humanistischverbond.nl. Voor sprekers bij een uitvaart van iemand die niet bij een kerk was aangesloten.

Informatie over geneesmiddelen

www.fk.cvz.nl. Het Farmacotherapeutisch Kompas geeft uitgebreide informatie over alle medicijnen die in Nederland worden voorgeschreven. Het geeft geen informatie over welk middel dodelijk kan zijn.

www.bcfi.be. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie.

www.eg.be. Informatie over geneesmiddelen in België.

Advocaat en klacht tegen arts indienen

Advocaat

Start uw arts een behandeling tegen uw behandelverbod in? Met een kort geding kunnen u of uw gevolmachtigde eisen dat alle behandelingen worden gestaakt. Via de onafhankelijke organisatie het Juridisch Loket kunt u in uw regio met spoed een advocaat vinden. Het telefoonnummer is 0900 - 8020 (co.io per minuut), bereikbaar op werkdagen van 9.00 tot 20.00 uur.

Klacht over handelen of nalaten van een arts www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl. Voor hulp bij het indienen van uw klacht kunt u contact opnemen met het Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKC) in uw regio. Via 0900-2437070 wordt u doorverbonden met het ncc-bureau in uw regio.

Medicijnregister

amitriptyline 150-151,153	Dulcolax 84
amobarbital 155	Durogesic 113,141, 265
Anafranil 150,153	
Aspirine 164	fenobarbital 119,155-158
Aventyl 154	fentanyl 135,141-142
	flunitrazepam 113
butobarbital 155	flurazepam 113
	Cardenal 157
chloroquine 144-149	
-sulfaat 146	helium 125,179-181,183-188,
-fosfaat 147	191-195, 242
clomipramine 150,153	heroïne 135, 266
cyclobarbital 155	hydroxychloroquine 144,148
Dalmadorm 113,152	imipramine 150,154
Depronal 135,136,170	Imovane 129,131
desipramine 150,153	insuline 163
dextropropoxyfeen 135-136	
diazepam 113,137-138,147.	klysma-fosfaat 84
152, 267	
domperidon 115	lactuloze 84,159
Dormicum 113,145,147	lorazepam 114
dosulepine 150,154	Luminal 155,157
doxepine 150,154	

methadon 135,142-143, 226	Seresta 114
metoclopramide 114,123	Sinequan 150,154
metoprolol 147,164	Surmontil 150
midazolam 113,124,145,149	Symoron 135,142
morfine 135,139-140,142, 149,265	temazepam 114
Motilium 115	Temesta 114
MS Contin 119,135,139	Thiopental (als injectie) 155, 156, 159
Nembutal 155,158-159, 267	Tofranil 150,154
Nivaquine 146	trimipramine 150
Normison 99,114	Tryptizol 150,153
Nortrilen 150,154	Valium 113,115,125
nortriptyline 150,154	Vesparax 119,155,160
oxazepam 114	
oxycodon 135,140	
Oxycontin 135,140	
paracetamol 71, 80,119,164	
pentobarbital 155,156,158	
Pertofran 150,153	
Phenobarbital 157	
phenobarbitone 157	
Plaquenil 148	
Primperan 114	
propranolol 159	
Prothiaden 150,154	
Prozac 150	
Remeron 150	
Resochini46,147	
Rohypnol 113,149	
Sarotex 153	
secobarbital 155,156,159	

Trefwoordenregister

(in dit register zijn uitsluitend belangrijke pagina's opgenomen)

advocaat 82, 200-204, 296
afscheid van spijs en drank 67-68

alcohol 122-123

antibraakmiddelen 114-115, 122, 133

antidepressiva 150-152

apotheek 78-84, 115-118, 135, 144

apotheek, adres via internet 135, 144, 170-171

artikel 294 Wetboek van Strafrecht 220

artsenvereniging, zie *KNMC*

barbituraten 119, 155-156

barmhartigheid rond levens-einde 93, 229-231

behandelverbod (of-weigering) 53, 82, 118, 203

benzodiazepinen 112-114, 119-120

besluitvaardig; zie wilsbe-kwaam

bijwerkingen dodelijk medicijn 112, 145-148

darmreiniging 84-85

delier 80-81

dementie en zelfeuthanasie
52-54

depressie 31, 49, 150 e.v.

dodelijke dosis 31, 112

doktershulp bij zelfdoding 28, 42, 171

dorstgevoel 68, 78, 83

draaiboek uitvoering 122-124

draaiboek voorbereiding 82-85, 111-121

Einder (Stichting De Einder)
11, 55, 117, 169, 222-223, 294

epileptische aanval 112, 120,
147, 151

euthanasie	lifestylemiddelen 117
-examen 41, 243	lijkschouwer of schouwarts
- verzoek 44-49	173-174, 191, 205
- wet 41-44	
gedwongen opname 201-202	matras tegen doorliggen 83
gerechtelijk vooronderzoek	medicijntoerist 117
206	meldingsbrief 125, 228, 273-291
gevolmachtigde 81-82, 118	merknaam van medicijnen
gewenning aan medicijnen	115
119, 136	mondverzorging 77-79
gifstoffen in de natuur 163-164	
goede dood 24-26, 42, 239	Nederlandse Vereniging voor
	Psychiatrie 202
heliummethode 10, 11, 13,	NVVE, Nederlandse Ver-
14, 179 e.v., 242, 249, 291	eniging voor Vrijwillig
hongergevoel 42	LevensEinde 50, 55, 165,
houdbaarheid van medicij-	175, 218, 243, 244, 294
nen 118, 156, 160	officier van justitie 173-174,
hulp bij zelfdoding in straf-	206
wet 220	onderzoek van medicijnen
	door apotheker 118, 146
intensieve pijnbestrijding 27	ontwenning 110, 119-120, 136,
internetadressen voor medi-	145, 156-157
cijnen 55, 135, 171	opiaten 135-137
koolmonoxide -167	palliatieve sedatie 27-28, 48,
KNMC 50-51, 54-55, 69, 204,	81, 215
242	palliatieve zorg 26-27, 68-69,
	80, 204, 205
leif (LevensEinde Informatie	plasticzakmethode 164-166
Forum) 262, 294	proefprocessen 246
levenseinde in eigen regie 29,	psychiatrische stoornis en
98, 129	zelfeuthanasie 26, 203
lichaamsgewicht en dose-	
ring 112	rechtszaken en hulpverleners
300	221-225

regie overnemen 230-231
 richtlijn voor psychiaters 182
 richtlijn palliatieve sedatie 28
 rouwadressen 293

 SCEN (Steun en Consultatie Euthanasie Nederland) 262, 294
 schimmelinfecties in mond 78
 slaapmiddelen: zie benzodiazepinen
 speekselvervangende middelen 79
 spiertrekkingen of -krampen 112, 144
 stimulatie van de speeksel 78
 stofnaam van medicijnen 115
 stoppen met eten en drinken of bewust versterven 9, 23, 28
 strafwet, art. 294-220

 tabel voor namen van medicijnen 305

 Uit Vrije Wil 55, 243, 244

 versterven: zie stoppen met eten en drinken

 wettelijke grenzen voor naasten rond zelfeuthanasie 226-234
 wilsbekwaam 43, 88, 200-202
 wilsverklaring 49, 263
 zaak-Brongersmasi, 252
 zaak-Cornelisse 222, 252
 zaak-Hilarius 223-224, 252
 zaak-Mulder-Meiss 221, 252
 zaak-Muns 222-223, 252
 zaak-Schellekens 224-225, 252
 zaak-Vink 223-224, 252
 zelfbeschikking rond het levenseinde 229-240, 244, 245
 zelfdodingpreventieadressen 25, 292
 zelfeuthanasie 11, 24-26, 29-30
 zorgplicht van arts als goed hulpverlener 204, 215, 242
 zorgvuldigheidseisen in de wet 42-44

Uitgeverij Nijgh & Van Ditmar stelt alles in het werk om op milieuvriendelijke en duurzame wijze met natuurlijke bronnen om te gaan. Bij de productie van dit boek is gebruikgemaakt van papier dat het keurmerk van de Forest Stewardship Council (FSC) mag dragen. Bij dit papier is het zeker dat de productie niet tot bos vernietiging heeft geleid.



Toelichting bij de tabel: namen van medicijnen in verschillende landen

In deze tabel in de achterkaft kunt u snel opzoeken onder welke merknamen een bepaald medicijn wordt verkocht in de plaatselijke apotheek van het land waar u zich bevindt.

Toelichting bij de tabel

In hoofdstuk 4 is besproken dat ieder geneesmiddel een 'stofnaam' heeft voor de chemische stof die in alle landen dezelfde is. Daarnaast heeft elk medicijn één of meer 'merknamen' waaronder het wordt verkocht in een apotheek. De merknamen verschillen vaak per land.

In de tabel vindt u links in de kantlijn de stofnamen van de slaapmiddelen die zijn besproken. Daaronder volgen de twee medicijnen tegen het braken. Daarna komen de dodelijke medicijnen in de volgorde waarin zij zijn besproken in hoofdstuk 5: eerst de opiaten, dan chioroquine, vervolgens de antidepressiva en ten slotte de barbituraten.

De merknamen staan (in alfabetische volgorde) naast elke stofnaam. Boven in de tabel staan naast elkaar de afkortingen van vier Engelstalige landen en tien Europese landen:

usa (= Verenigde Staten), can (= Canada), au (= Australië),
nz (= Nieuw-Zeeland), uk (= Engeland, Schotland, Wales),
duit (= Duitsland), fra (= Frankrijk), ita (= Italië), spa (= Spanje),
ned (= Nederland), bel (= België), grie (= Griekenland),
oost (= Oostenrijk), zwit (= Zwitserland).

Let op:

* De merknamen veranderen soms na verloop van tijd. Af en toe wordt een medicijn in een bepaald land uit de handel genomen.

* Landen in Oost-Europa en derdewereldlanden zijn niet opgenomen in deze tabel omdat de informatie over de merknamen in die landen onvolledig is.

Sinds de verschijning in februari 2010 heeft *Uitweg* voor een aardverschuiving gezorgd. Waar hulp bij zelfdoding voorheen onbespreekbaar was, is het volgens artsenorganisatie KNMG artsen nu toegestaan om (als euthanasie niet mogelijk is) de in dit boek behandelde methoden ter sprake te brengen bij patiënten met een doodswens.

De website www.eenwaardiglevenseinde.nl brengt verslag uit over de mensen die na lezing van *Uitweg* zijn overleden door een van de beschreven autonome methoden.

Over de auteurs:

Boudewijn Chabot is psychiater voor ouderen en deed onderzoek naar een waardig levenseinde. Socioloog Abram de Swaan noemt dat onderzoek 'belangrijk en vernieuwend'.

Stella Braam is onderzoeksjournalist en publiceerde eerder onder meer *Ik heb Alzheimer*, waarin ze de lotgevallen van haar vader volgde, en *Ik blijf thuis!*, over hoe we onze ouders betaalbaar thuis kunnen houden.



In *Uitweg* beschrijven psychiater Boudewijn Chabot en journaliste Stella Braam manieren om waardig en omringd door dierbaren afscheid van het leven te nemen. In deze vijfde herziene editie van *Uitweg* is naast stoppen met eten en drinken of het innemen van een dodelijke combinatie van medicijnen ook een nieuwe methode voor zelfeuthanasie opgenomen: heliumgas. Helium werkt snel, doeltreffend en zonder gevaar voor de naasten die aanwezig zijn en is legaal in Nederland en Vlaanderen te koop.

‘Een naslagwerk voor iedereen die zich wil oriënteren in deze materie.’ *NRC Handelsblad*

Van *Uitweg* werden reeds 11 000 exemplaren verkocht.

De uitgever en de schrijvers van dit boek willen op geen enkele wijze een impulsieve, eenzame en verminkende zelfdoding bevorderen. Er is hen geen onderzoek bekend waaruit blijkt dat de informatie die hier wordt geboden de drempel voor suïcide verlaagt. De uitgever en schrijvers van dit boek zijn niet aansprakelijk op welke wijze dan ook, voor de gevolgen die de interpretatie door de lezer van dit boek op de lezer zelf dan wel op derden zouden kunnen hebben. De uitgever en de schrijvers van dit boek beogen op geen enkele wijze lezers, onder wie patiënten, artsen, hulpverleners en vertrouwenspersonen, ertoe te bewegen buiten de grenzen van geldende wet- en regelgeving te treden.

ISBN 978 90 388 9496 6



9 789038 894966

www.nijghenvanditmar.nl