



## Wat als je cliënt niet meer wil leven?



“Help me toch, dit wil ik niet langer.” Euthanasie leeft. Het onderwerp houdt de gemoederen bezig in media en politiek, roept emoties op in de samenleving. En wie in de ouderenzorg werkt, komt het zeker tegen: een bewoner geeft keer op keer aan liever niet meer wakker te worden, een ander vraagt daadwerkelijk om euthanasie. Hoe reageer je? Wat zijn de wettelijke voorwaarden en mogelijkheden?

Specialist Ouderengeneeskunde Marjan Versteeg van ZorgAccent neemt ze door met een grote groep workshopdeelnemers tijdens het Woonzorgcongres van ZorgAccent op 12 april 2018. Wat mag wel, wat niet? Hoe werkt euthanasie (letterlijk: ‘goede dood’) precies, als het zover is? Wat kun je zeggen als iemand te kennen geeft dat hij dood wil? “Soms gooit een bewoner een balletje op om te zien of het gevangen wordt”, schetst Marjan. “En het is best moeilijk om goed te reageren.”

### Euthanasieverzoek vraagt onderhoud

Om te beginnen legt Versteeg het onderscheid uit tussen een behandelverbod, een volmacht en een euthanasieverzoek (wilsverklaring). “Een behandelverbod is juridisch bindend en kan ook inhouden dat er geen vocht en voeding meer wordt toegediend. Een volmacht betekent dat een vooraf aangewezen persoon de medische beslissingen voor iemand neemt. Een euthanasieverzoek is een verzoek, geen recht. De persoon

zelf legt het vast en bespreekt het met zijn arts. Zo'n verzoek is niet een eenmalige actie: het vergt onderhoud.”

Ze vertelt dat mensen zich ook kunnen wenden tot de Levenseindekliniek. “Dat is een organisatie die veertig ambulante teams heeft en vaak met complexere euthanasie-verzoeken te maken krijgt. Bijvoorbeeld als het om psychiatrisch lijden gaat of om ‘voltooid leven’. Een andere organisatie is de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE), die keuzevrijheid ten aanzien van levenseinde erg belangrijk vindt. De NVVE geeft advies en voorlichting, helpt met wilsverklaringen etcetera.”

## Wat is lijden?

Artsen zijn nooit verplicht om mee te werken aan euthanasie. Marjan Versteeg: “Wel is het in zulke gevallen wenselijk dat ze hun patiënt dan verwijzen naar een arts of organisatie die dat wel doet.” Ze vervolgt: “Wie zegt er dan dat het moment daar is? Iemand met dementie kan dat waarschijnlijk niet meer aangeven. Grenzen worden verlegd. Bij wilsonbekwaamheid is niet meer met zekerheid iets over de mate van lijden te zeggen. Daarom willen de meeste artsen de ruimte in de wet niet gebruiken.”

“Bovendien: lijden is voor de een iets anders dan voor de ander. Een timmerman die door een apraxie niet meer kan timmeren, kan hier erg onder lijden. Dat hij nog wel een boek kan lezen, heeft voor hem mogelijk geen duidelijke meerwaarde. Dat laatste kan heel anders zijn voor een schrijver die door geheugenproblemen niet meer in staat is om het verhaal te volgen. Maar wat te denken van het glimlachje dat verschijnt op de lippen van een vrouw die al jarenlang met dementie op bed ligt zodra je haar hand streelt? Wil zij dood?”

### “Nee, dat niet”

De deelnemers aan de workshop op dit ZorgAccent-congres praten actief mee vanuit hun eigen ervaringen. Een hospice-medewerkster komt met het begrip ‘waardigheid’ als criterium. Ze vertelt hoe belangrijk het is om gehoord te worden als je met dit soort dilemma's worstelt, om serieus te worden genomen. Ze kent helaas een voorbeeld waar de communicatie tussen arts, patiënt en familie bijzonder slecht verliep. Een ander vertelt over een gesprek met een bewoner die had aangegeven liever niet meer wakker te worden: “Overweegt u dan euthanasie?” Het antwoord: “Nee, dat niet.” Velen herkennen dit: niet meer verder willen leven is niet per se hetzelfde als om euthanasie vragen. “Het vraagt echt moed om met je arts tot de keuze te komen je leven te beëindigen. Voor veel mensen gaat dat toch een brug te ver.”

## Twee artsen

Degenen die de euthanasie doorzetten, krijgen ook altijd te maken met een tweede arts, de SCEN-arts (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland). Die onafhankelijke arts ziet en hoort de patiënt nogmaals om vast te stellen of aan alle voorwaarden is voldaan: Is het een vrijwillige, weloverwogen beslissing? Om dit te

checken, spreekt de SCEN-arts ook nog altijd even onder vier ogen met de patiënt. Is het voor de arts invoelbaar dat deze patiënt inderdaad uitzichtloos en ondraaglijk lijdt? Zijn er geen alternatieven, bijvoorbeeld palliatieve zorg? Bij een depressie moet die altijd eerst worden behandeld.

## Praat erover

De euthanasie gebeurt oraal of intraveneus. In het eerste geval is sprake van ‘hulp bij zelfdoding’ omdat de patiënt zélf het drankje opdrinkt. De arts meldt het overlijden bij de gemeentelijke lijkschouwer omdat het om een niet-natuurlijke dood gaat. Of de arts zorgvuldig heeft gehandeld wordt achteraf beoordeeld door een regionale toetsingscommissie.

Marjan Versteeg gaat ook in op het verschil tussen euthanasie en palliatieve sedatie. “Palliatieve sedatie kan alleen worden toegepast als de patiënt onvermijdelijk binnen twee weken zal overlijden. We verlagen dan opzettelijk het bewustzijn zodat het lijden wordt verlicht. Op deze manier bieden we iemand comfort tijdens het laatste stukje van zijn leven. Het is normaal medisch handelen, terwijl euthanasie dat uitdrukkelijk niet is. Bij palliatieve sedatie overlijdt de patiënt aan zijn eigen ziekte – het bekort het leven niet.”

De laatste ‘les’ die Marjan meegeeft: praat erover binnen je team, multidisciplinair. “Een goede begeleiding van het team is in geval van euthanasie erg belangrijk.”

*Verslag door Linda van Ingen*

## Meer weten

- Dit is een verslag van een workshop tijdens het Woonzorgcongres van ZorgAccent op 12 april 2018. [Lees meer over dit congres en bekijk de verslagen van andere workshops.](#)

---

### tags:

[ZorgAccent](#) (23), [Palliatieve zorg](#) (26)

### thema:

[Persoonsgerichte zorg](#) (232)