

Huiver en ontvankelijkheid

Hoe stellen wij ons als psycholoog/psychotherapeut op in het debat over euthanasie en 'voltooid leven'?

Lies Bruggeman & Paul Sanders

Introductie

Recent werd in de media gemeld dat in 2017 in Nederland 6.500 mensen hun leven hadden beëindigd door euthanasie. Voor het overgrote gedeelte waren dit zeer ernstig zieke, in hun terminale fase verkerende patiënten. Voorts hebben 80 mensen die leden aan een ernstige psychische stoornis hun leven door euthanasie beëindigd en tussen de 100 en 200 mensen met de diagnose dementie. Volgens de voorzitter van de Regionale Toetsingscommissies¹, de heer Jacob Kohnstamm was er in 99.8% van de uitgevoerde euthanasieverzoeken sprake van een zorgvuldige toepassing van de procedures. In 13 situaties (0,2%) dus blijkbaar niet.

Ten opzichte van het jaar 2016 was er in 2017 een toename van 500 uitgevoerde euthanasieën (8%). Kohnstamm verwacht ook voor de komende jaren een toename.

Er is een duidelijke huiver bij psychiaters en andere hulpverleners voor het oprekken van de grenzen van euthanasie; het gaat niet alleen om meer terminaal zieke patiënten, wier lijden uitzichtloos en ondraaglijk is geworden, maar ook om psychiatrische patiënten en mensen met de diagnose dementie die mogelijk nog jaren hadden kunnen leven en die hun lijden als ondraaglijk en uitzichtloos ervaren.

Lies

Het gaat helemaal de verkeerde kant op met euthanasie in Nederland. Die gedachte bekruipt mij al enige tijd. Ooit bedoeld om mensen met ondraaglijk en uitzichtloos lijden in het zicht van de dood te helpen, in situaties waar zowel dokter als patiënt met de rug tegen de muur staan, lijkt de euthanasiepraktijk steeds meer op te schuiven naar een 'waardig' levens-einde (Van Loenen, 2009). Patiënten ervaren het meer en meer als een recht; de druk op artsen neemt toe. Euthanasie wordt twee keer zo vaak verleend als in 2010. Bij dementie en psychiatrische stoornissen zijn de aantallen beperkt, maar stijgen snel (respectievelijk drie en vier keer zo vaak als in 2010). Met name bij deze patiënten komt de Levensindekliniek² relatief vaak in actie. Er zijn mensen die dit alles als een verworvenheid zien, en trots zijn op Nederland als 'gidsland'. Mij bekruipt in toenemende mate een gevoel van huiver.

Uitermate kwalijk vind ik de oproep vanuit de Levensindekliniek aan specialisten ouderengeneeskunde, psychiaters en huisartsen om laagdrempeliger in te gaan op euthanasieverzoeken van patiënten met wie zij een behandelrelatie hebben. De Levensindekliniek gaat hiermee voor-

De rubriek 'Forum' staat open voor opiniërende bijdragen. Reacties van lezers zijn van harte welkom en kunnen gestuurd worden naar secretariaat@tpep.nl

¹ Er zijn in Nederland vijf Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. De toetsingscommissies beoordelen of een arts die euthanasie heeft uitgevoerd of hulp bij zelfdoding heeft verleend, zich heeft gehouden aan de zorgvuldigheidseisen zoals die in de wet zijn vastgelegd, www.euthanasie-commissie.nl.

² De Levensindekliniek geeft euthanasie aan mensen met een euthanasieverzoek dat voldoet aan de wettelijke eisen, maar waar de behandelaar het verzoek niet kan honoreren omdat ze niet snel aan hun ziekte overlijden, of omdat hun arts principiële bezwaren heeft tegen euthanasie. In de praktijk gaat het vooral om mensen die ondraaglijk lijden, zowel aan lichamelijke als aan geestelijke aandoeningen, terwijl ze niet op korte termijn zullen overlijden, www.levensindekliniek.nl

bij aan de mogelijkheid dat artsen goede redenen kunnen hebben om zich terughoudend op te stellen. En suggereert dat euthanasie een recht is van patiënten, dat zij hoe dan ook kunnen halen, is het niet bij de ene, dan toch bij de andere arts.

Nu er concrete plannen zijn om ouderen die hun leven ‘voltooid’ achten te faciliteren in hun stervenswens, raak ik steeds meer gealarmeerd. De commissie Schnabel en de KNMG stellen dat de huidige euthanasie wet nog voldoende ruimte biedt waardoor veel van de mensen die het betreft ‘geholpen’ zouden kunnen worden. Ik moet zeggen dat dit me geenszins geruststelt. Een aanmoediging om de grenzen van de wet nog verder op te rekken. In het initiatief-wetsvoorstel ‘Waardig Levenseinde’ van mevrouw Dijkstra wordt gerept van gezondheidspsychologen of psychotherapeuten die hierin een rol kunnen spelen. Hiermee voel ik me direct aangesproken.

Ik reageer op persoonlijke titel op Dijkstra’s wetsvoorstel, maar schrijf ook de diverse beroepsorganisaties (NVP, LVVP en VPeP) aan waar ik lid van ben. Mijn vraag is wat het standpunt is van onze beroepsgroep. Behalve vanuit het NIP (die een sectie ouderen psychologie kent) is er geen sprake van een stellingname. Vanuit de artsenwereld (specialisten ouderengeneeskunde en psychiaters) komen steeds vaker bezorgde en kritische geluiden als het gaat om euthanasie bij dementie en psychiatrische stoornissen. Onlangs is er door het openbaar ministerie voor het eerst sinds in 2002 de euthanasiewet in werking trad een opsporingsonderzoek gestart in een viertal casussen. Opmerkelijk is dat de afgelopen jaren tot twee maal toe iemand uit een toetsingscommissie euthanasie is gestapt vanwege toenemende zorgen over de euthanasie praktijk (Berna van Baarsen³, medisch ethica die een grens trekt bij euthanasie bij wilsonbekwamen; Theo Boer, ethicus, die stelt dat artsen teveel meegaan met beweringen van patiënten dat ze ondraaglijk zouden lijden). Een belangrijk signaal.

Bij de VPeP raak ik in gesprek met Paul Sanders. Al pratende over euthanasie, hulp bij zelfdoding en ‘voltooid’ leven, ontdekken wij dat er een aantal kernthema’s is dat in de discussie steeds terugkeert, het zijn vaak tegenpolen zoals zelfbeschikking versus afhankelijkheid, waardigheid versus ontluistering, zingeving versus wanhoop en lijden versus maakbaarheid (Frankl, 2015). Als hulpverlener en mens verhouden wij ons op de een of andere wijze tot deze thema’s en zijn er zeker accent verschillen te onderkennen.

Paul

Zorgvuldigheid is heel belangrijk, het moet nooit gemakkelijk worden (Stadtman, 2016). Maar ik voel eerder ontvankelijkheid dan huiver bij dit thema. Ik ben betrokken geweest bij twee situaties waarin een huisarts mij heeft gevraagd een gesprek te hebben met twee mensen die een euthanasieverzoek hadden. Het was voor mij voor het eerst dat ik hiermee in aanraking kwam. In beide gevallen wilde de huisarts van mij weten of sprake was van een depressie.

De eerste man was dik in de negentig. Hij had diverse ouderdomsklachten en kwalen, en hij wilde niet verder lijden. Hij zag de toekomst zeer somber in en hij wilde per se niet in een verzorgings- of verpleeghuis be-

³ zie het artikel in het dagblad Trouw van 18 januari 2018, www.trouw.nl/samenleving/euthanasie-bij-wilsonbekwame-dementiepatiënten-is-niet-te-verdedigen--a70bdd45/

landen. Hij woonde met hulp van de thuiszorg nog zelfstandig. Zijn echtgenote was een aantal jaren daarvoor overleden. Zeer recent had hij afstand moeten doen van zijn auto (auto-nomie) en dat was voor hem de druppel. Hij kon het niet meer verdragen dat hij steeds afhankelijker werd, hij had zijn hele leven echt de regie zelf gevoerd. Dit vooruitzicht was voor hem onverteerbaar. Hij wilde waardig sterven. Hij vertelde dat hij elke avond smeekte om de volgende ochtend niet meer wakker te worden. Hij wilde ook niet meer worden behandeld en hij werd boos toen ik dat aan de orde stelde. Hij voelde zich niet serieus genomen. Hij was niet depressief, had nog steeds veel belangstelling voor wat er in de wereld gebeurde. Gezien zijn levensverhaal vond ik zijn wens zeer invoelbaar en dat heb ik ook aan de huisarts geschreven.

De SCEN-arts⁴ zou ook nog bij hem langs gaan. In mijn achteraf laatste contact maakte ik nog een afspraak met hem om te bespreken, wat de uitkomst was van zijn gesprek met de SCEN-arts.

Dat is er niet meer van gekomen. Nog voordat ons gesprek plaats kon vinden, belde de huisarts mij met de mededeling dat de euthanasie al had plaatsgevonden. Ik ervoer dit ergens toch als schokkend en overweldigend.

De tweede situatie betrof een man met de ziekte van Huntington. In samenspraak met zijn gezin had hij besloten dat hij niet de volledige lichamelijke en geestelijke aftakeling wilde doormaken. Zijn gezin stond achter zijn wens en het raakte mij in het contact hoe liefdevol hij en zijn echtgenote daarin met elkaar omgingen. Voor mij was het een loslaten in liefde.

In beide situaties was nog niet sprake van een terminale situatie, maar speelde naar mijn mening de thema's zelfbeschikking en de wens om waardig te sterven.

Beide ouderen brachten hun wens zeer nadrukkelijk naar voren, leken er voor zichzelf absoluut al uit te zijn; zij ervoeren hun lijden als ondraaglijk en uitzichtloos en hadden ook de steun van hun familie. Ik ervoer hun lijden als zeer invoelbaar, en ik voelde dat het opperen van alternatieven bijna ervaren zou worden als afwijzing van dit hevig geuite verlangen. Ik voelde mij dan als iemand die hen niet begreep of serieus nam. Beiden waren niet depressief. Misschien zou ik in hun plaats wel dezelfde wens hebben. Ik weet dat niet, ik kan het mij wel voorstellen. In die zin ervoer ik het ook als invoelbaar.

Lies

Jouw voorbeeld van de hoogbejaarde man doet mij denken aan mijn ervaring met enkele dierbaren. Hoogbejaarde en hoogopgeleide mensen die indertijd (zij waren toen zeventigers) aangaven wel te voelen voor de 'Pil van Drion'⁵. Zij "wilden ons niet belasten met de zorg voor hen op hun oude dag", zo lichtten zij hun standpunt toe. Als verwante vond ik dat zeer schokkend om te horen. Wij zijn in gesprek gegaan. "Wij willen graag de kans krijgen voor jullie te zorgen als je zelf minder kunt". Gelukkig bleken zij hier uiteindelijk wel open voor te staan. Hun behoefte aan autonomie en zelfbeschikking woog heel zwaar. Het was moeilijk om de draai te maken naar zorg ontvangen, afhankelijk worden. Maar we hebben onze weg hierin gevonden.

Eén van hen heeft op 87-jarige leeftijd een periode gehad van wel een half jaar waarin zij regelmatig aangaf dood te willen. Dat begon nadat uit geriatrisch onderzoek gebleken was dat zij dementerend was. Zij riep de

4 SCEN-artsen volgen een opleiding en nemen daarna periodiek deel aan regionale groepsbijeenkomsten. Ruim 680 artsen zijn opgeleid als SCEN-arts. Zij doen dit werk in diensten naast hun gewone praktijk. SCEN staat voor 'Steun en Consultatie bij Euthanasie Nederland'.

5 De pil van Drion is een door de Nederlandse rechtsgeleerde Huib Drion in 1991 voorgestelde hypothetische pil waarmee een (hoog)bejaarde die 'klaar is met leven' op humane wijze een einde aan zijn of haar leven zou kunnen maken op een zelfgekozen tijdstip.

eerste maanden nadien geregeld uit dat ze dood wilde. Haar echtgenoot ging hier telkens uitvoerig op in en drong erop aan dat zij haar wens vastlegde in een wilsverklaring. Haar kinderen die haar eerder troostend benaderden, zagen het als een uitroep van wanhoop en verdriet, namen het minder letterlijk. Zij was niet depressief, maar leed wel aan de achteruitgang die hoort bij de oude dag. Het verlies van grip, en het vooruitzicht op termijn naar een verpleeghuis te moeten verhuizen. Je zou kunnen zeggen: een kandidaat voor een voltooidleven-levenseinde. Of: hier is sprake van een stapeling van ouderdomsklachten die grond zou kunnen zijn voor het verlenen van euthanasie.

Zij woont nu in een beschermde woonvorm, en heeft – na een moeilijke tijd – een nieuw evenwicht gevonden, waarin zij geniet van kleine dingen en van betekenis is voor haar familie. Op een nieuwe manier.

Weer een ander dierbaar familielid werd op 85-jarige leeftijd door een woesteling ten val gebracht waarbij zij zeer zwaar gewond raakte. Toen ik haar bezocht in het ziekenhuis kon zij nauwelijks praten, maar nog net uitbrengen: “ik wil dit niet”. Mijn hart brak. Op haar oude dag moest ze een zwaar revalidatietraject doorstaan, waarbij de uitkomst onduidelijk was. De arts hield de moed erin, maar bleef wel met haar in gesprek over de mogelijkheid van euthanasie. Wij, haar familie, hadden begrip voor haar wanhoop, maar vertelden ook hoezeer we haar zouden missen en hebben haar gevraagd om het vol te houden. Ze leeft nog, heeft weliswaar ‘een flinke jas uitgetrokken’, maar kan meer accepteren dat haar leven kleiner is geworden en daarbinnen genieten van wat er nog wel mogelijk is.

Natuurlijk loopt het niet altijd zo goed af. En niet alle ouderen zijn omringd door mensen die om hen geven en hen steunen.

Paul

Ik ben nu een aantal jaren in de ouderenzorg werkzaam. Regelmatig hoor ik van hoogbejaarde mensen de wens om niet meer wakker te worden, het hoeft niet meer. Er is geen verwachting meer van wat het leven nog in het verschiet heeft, geen zicht op een positieve verandering. Het is geen wens naar actieve euthanasie of hulp bij het sterven. Vaak mag dit ook niet vanuit hun geloofsovertuiging. Wat God heeft gegeven... et cetera. Zij zijn niet suïcidaal, maar wel moe van het leven. Vaak is hun sociale netwerk geminimaliseerd door het overlijden van hun generatiegenoten met wie zij zijn opgegroeid, hun partner en zijn zij ‘de laatste der Mohikanen’.

Ik herken in hun verhalen wat Els van Wijngaarden daarover schrijft in haar boek ‘Voltooid Leven’ (2016), waarin zij beschrijft dat mensen een diep gevoel van existentiële eenzaamheid kunnen ervaren, het gevoel er niet meer toe te doen, een innerlijke afkeer en weerzin ten aanzien van afhankelijkheid, zichzelf niet meer herkennen als de persoon die zij nu zijn en de geestelijke en lichamelijke moeheid.

Lies

Wat mij opvalt in de studie van Els van Wijngaarden is de meerduideligheid van de wens om het leven te doen beëindigen. De term ‘Voltooid leven’ doet geen recht aan deze gelaagdheid. Pia Dijkstra voert het onderzoek van Van Wijngaarden aan om haar initiatief-wetsvoorstel ‘Waardig Levensende’ te onderbouwen, terwijl Van Wijngaarden zelf uitermate kritisch hierover is. Uit de gesprekken die Van Wijngaarden voert blijkt dat er

meestal sprake is van een enorm dilemma: enerzijds dood willen, anderzijds verlangen naar leefbaarder leven. Onderliggend bespeurt zij bij deze mensen een lijden aan zich niet verbonden voelen. Van Wijngaarden wijst op de maatschappelijke context. Wat zegt het over onze samenleving dat ouderen zichzelf niet meer verbonden en van waarde voelen?

Een van de argumenten die worden aangevoerd om het leven te willen beëindigen is om ten koste van alles uit het verpleeghuis te willen blijven. Alles lijkt hierin samen te komen: je verliest je autonomie, je eigen regie, je zelfbeschikking; je bent niet meer van betekenis. Het is de hel. Dit soort uitspraken is bij het maatschappelijk discours gaan horen. We vertellen elkaar hoe gruwelijk het is om daar te moeten belanden. En op televisie zien we het terug in een serie als die over het 'Dagboek van Hendrik Groen' (waarvan de schrijver overigens een zestiger is en geen ervaringsdeskundige). In de praktijk blijken mensen redelijk tevreden over het leven in een verpleeghuis. Uiteraard zijn er ook risico's: kwetsbare ouderen (al dan niet woonachtig in verpleeghuizen) kunnen blootgesteld worden aan dwang en agressie van verwanten, verzorgenden, en eventuele medebewoners. Hier dient aandacht voor te zijn, door ondersteuning van (mantel)zorgers, en scholing en sensibilisering van hulpverleners.

Ik deel de huiver die Van Wijngaarden bekruipt bij het fenomeen van het echtpaar dat er 'samen uit wil stappen'. Dit lijkt op het eerste gezicht allemaal heel weloverwogen en zelfs romantisch: na een afgerond leven hand in hand doodgaan. Terwijl de dynamiek van de relatie, de machtsverhouding, een niet te onderschatten rol kan spelen.

Paul

In mijn dagelijkse omgang met hoogbejaarde ouderen herken ik de moeite en de worsteling die mensen ervaren in hun laatste levensfase en hoe belangrijk het is om deze moeite onder ogen te zien, zonder het vertrouwen in het leven te verliezen. Soms slaat de wanhoop toe. Het is echt een gevecht met de aftakeling en het gevoel er niet meer toe te doen. Het lukt niet iedereen om daar nog een zin in te ontdekken. De koek kan echt op zijn. Aan diepgevoelde eenzaamheid en verlieservaringen valt misschien niet altijd veel te doen.

Lies

Ja, dat erken ik, maar moeten wij dat dan 'regelen' door een uitweg te faciliteren via een zelfgekozen dood? Inderdaad, door onze gezondheidszorg worden veel mensen zeer oud. Tegelijkertijd zijn we het verleerd om te gaan met verlies en gebreken, het tragische. Dat past niet in ons beeld van de maakbare mens en de maakbare samenleving. Ik denk dat we naast mensen moeten gaan staan, in ons persoonlijke en ons professionele leven. In de woorden van Thienpont (2015): "Zou het niet beter zijn om te luisteren naar iemands worsteling, de ernst ervan te onderkennen en het bij het tragische verhaal uit te houden? Door het lijden van de ander te erkennen ontstaat verbinding (...) Wij nemen het lijden van de ander serieus, het mag er zijn. Als wij aandachtig luisteren naar de ander, kunnen we zelf ook geraakt worden. We leven dan niet alleen mee met die ander, maar gaan ook de confrontatie aan met onze eigen existentiële vragen. De vragen die de ouderdom oproept, raken iedereen (...) Als we luisteren naar de levens-

vragen van de ander zullen onze eigen angsten voor aftakeling, kwetsbaarheid en eindigheid mee resoneren.”

Misschien kan er dan plaats komen voor het rouwen om wat verloren is, aan dierbaren en andere mensen waarmee een gemeenschappelijke geschiedenis bestond. Aan levenskracht, mentale wendbaarheid. Aan autonomie. Erik Erikson (1982) zag als laatste in de levensfasen die de mens kan doorlopen die van het bereiken van ‘integrity’: het accepteren van het leven zoals het geleefd is en de mogelijkheid er (daardoor) ook afstand van te kunnen doen.

Mogelijk ontstaat er dan ruimte voor het verdragen en zelfs accepteren van afhankelijkheid, zorg ontvangen. Voor het waarderen van kleine basale geneugten: lekker eten, kijken naar de vogels in de tuin, een mooie lucht, genieten van bezoek. En voor de acceptatie van het naderend levenseinde, dat komt op zijn eigen tijd. Dit stelt onder anderen onze hoogbejaarde collega Bets Frijling-Schreuder (2000).

En om in plaats van de dood te regelen door euthanasie of hulp bij zelfdoding, de dood een kans te geven, door niet medisch in te grijpen wanneer je als hoogbejaarde bezoek krijgt van ‘de vriend van oude mensen’ in de gedaante van bijvoorbeeld een longontsteking. Of door te stoppen met eten en drinken. De huisarts kan hierbij adviseren en het proces begeleiden zodat onnodige pijn en lijden kunnen worden voorkomen of verzacht.

Paul

Naast mijn ervaringen in de ouderenzorg en bovengenoemde bemoeienissen met twee mensen die verlangden naar euthanasie, die mij ook confronteren met mijn eigen gedachten en angsten over ouderdom, lichamelijke en geestelijke aftakeling, toenemende afhankelijkheid, dreigend of daadwerkelijk verlies van dierbaren, eenzaamheid, is er nog een andere bron. Ik ben herhaaldelijk geconfronteerd met de suïcides van dierbaren. Uiteraard is de grootste vraag: Waarom? en de worsteling met het gegeven dat daar nooit een antwoord op komt. Wat mij vooral trof en treft is de volstrekte eenzaamheid van deze daad, dat er geen mogelijkheid meer is om afscheid te nemen, het is een verpletterende stilte. In mijn optiek, maar ik weet dat niet zeker, moet je wel ongelooflijk eenzaam zijn en zo onuitsprekelijk wanhopig en afgesneden van de andere mensen in je directe omgeving dat het voor mij niet te bevatten is. Dat raakt mij misschien nog wel het meeste.

Het vreemde is dat ik nooit echt woede of veroordeling heb gevoeld, wel veel intens verdriet over deze volstrekte eenzaamheid. Ik heb vooral geprobeerd om te begrijpen. Een suïcide confronteert je ermee dat iemand actief neen zegt tegen zijn of haar leven. Zou je ook bij suïcide kunnen spreken van ondraaglijk en perspectiefloos psychisch lijden?

Wat mij in het boek van Lieve Thienpont, *Libera me* (2015), in dit verband aanspreekt is dat er een dialoog kan plaatsvinden over deze wens om te sterven, haar ‘ja, tenzij...’ appelleert ook aan mijn verlangen naar die dialoog met mijn dierbaren, die zelf een eind aan hun leven maakten.

Lies

Als ik naar jouw verhaal luister over hoe je in je eigen leven dierbaren hebt moeten verliezen door suïcide word ik stil en voel ik compassie. Het betoog van Lieve Thienpont maakt indruk, ik geloof in haar integere inzet om mensen in hun diepste nood nabij te willen zijn, en te willen helpen.

Haar benadering schept rust en ruimte om te verkennen of er nog vonkjes zijn die aangewakkerd kunnen worden. Door contact te maken, mensen serieus te nemen, alle opties verkennen. Soms wordt nog een perspectief ontdekt dat betrokkene wil uitproberen. En indien toch gekozen wordt voor euthanasie, dan kan dat een zachte dood zijn in verbinding met de arts en soms naasten.

Hoe integer ik Thienponts betoog ook vind; toch vind ik dat we eerder een pas op de plaats moeten maken bij de euthanasiepraktijk met betrekking tot mensen met een psychiatrische stoornis dan de drempel nog verder te verlagen. Wat ik problematisch vind aan haar visie en praktijk is dat degene die om euthanasie vraagt, door de opstelling 'ja, tenzij...' *in the lead* is. Zij maakt bovendien naar mijn mening geen onderscheid tussen psychische/psychiatrische problematiek en 'voltooid' leven. Dat de wens naar euthanasie bij zeer jonge mensen gehonoreerd wordt, vind ik heel moeilijk. Dit alles tegen de achtergrond dat herstel- en supportieve zorg nog weinig beschikbaar is en dat bestaande beschutte plekken worden weggeorganiseerd of bezuinigd. Ten slotte het risico van specialiseren in de Levensinzorg: medewerkers hebben geen langdurige behandelrelatie met betrokkenen; risico op tunnelvisie, overbelasting en afstomping.

Empathie kan ons helpen om mensen bij te staan in hun wanhoop en verlangen naar de dood. Het is razend moeilijk om echt empathisch te zijn: voldoende balans houden tussen mee resoneren met de gevoelens van de ander en tegelijkertijd blijven nadenken over de betekenis van die gevoelens.

We kunnen gemakkelijk onze kritische afstand verliezen, en meegezogen worden in een collusie met de mens die naar de dood verlangt en diens naasten. Het wordt nog complexer als een van die naasten zelf arts is en – ongetwijfeld vanuit goede bedoelingen – druk uitoefent. Vanuit mijn praktijk ken ik hier voorbeelden van. Een hulpverlener die machteloos moest toezien hoe een zeer jonge patiënte euthanasie kreeg en zelf getraumatiseerd achterbleef. Een vrouw die ernstig beschadigd was door langdurig misbruik in het gezin en hevige tegenslag in haar latere leven haar verlangen naar de dood uitte, en veel begrip hiervoor kreeg van haar verwanten. Een ernstige suïcidepoging mislukte. "Niemand greep in!", zegt zij nu.

Uit mijn eigen omgeving heb ik iemand gekend die altijd al kwetsbaar was, vermoedelijk mede door een autismspectrumstoornis. Hij werd gekweld door angsten die op zeker moment ontaardden in wanen. Op een dag meldde hij zich bij de uitvaartverzekeraar DELA, en vroeg om euthanasie; deze schakelde de crisisdienst in. Hij is toen voor het eerst in zorg gekomen: werd opgenomen met een rechtelijke machtiging. Hij kreeg als diagnose schizofrenie. Er werd een beschermde woonvorm voor hem gevonden, daar heeft hij nog een aantal betrekkelijk goede jaren gehad waarin hij kon genieten en ook een bijdrage kon leveren aan de groep. Door bezuinigingen waren er steeds minder activiteiten. Wisseling van begeleiders, maar vooral de herhaalde dreiging dat hij weer zelfstandig zou moeten gaan wonen, brachten hem uit balans. Zijn angsten namen toe, zijn wanen werden kwellender. Vorig jaar werd hij dood gevonden. Of hij de dood een handje heeft geholpen is niet duidelijk. Wel vinden we het heel tragisch dat hij de laatste fase van zijn leven zoveel angsten heeft moeten doorstaan,

terwijl dat voorkomen had kunnen worden door hem meer veiligheid en zingeving te bieden. Hier stuiten we op de realiteit van de ontwikkelingen in de zorg: er wordt steeds meer een beroep gedaan op de autonomie en zelfbeschikking van mensen die te kwetsbaar zijn om deze te kunnen invullen. Afhankelijk zijn van anderen is binnen deze context niet veilig. Het maatschappelijk discours wordt mede beïnvloed door de verzakelijking van de zorg voor zeer kwetsbare mensen. Zij krijgen te horen dat zij 'uitbehandeld' zijn. De sociale psychiatrie krijgt ontoereikende middelen om hen bij te staan. Beschutte woonvormen worden steeds verder teruggebracht, vaktherapieën die kunnen bijdragen aan kwaliteit van leven, zingeving en waardigheid wegbezuinigd.

Standpunt Lies

Al bij al vind ik dat er een rem moet komen op de euthanasiepraktijk in Nederland, en deze zeker niet uitbreiden naar hulp bij zelfdoding voor mensen die hun leven 'voltooid' achten. Voor alle duidelijkheid: dat euthanasie in Nederland mogelijk is vind ik een groot goed. Het steeds verder oprekken van de grenzen is wat mij zorgen baart. We moeten als samenleving en als beroepsgroep een ander antwoord geven op het lijden dat mensen ervaren. Empathie opbrengen voor iemand die naar de dood verlangt: ja! Maar niet alle lijden willen 'oplossen' door euthanasie te verlenen of hulp bij zelfdoding aan te bieden. Wel – om met Carlo Leget⁶ te spreken – ruimte creëren waarin lijden kan bestaan. Zowel in het contact met de cliënt als in de samenleving als geheel. Ik pleit voor een herwaardering van afhankelijkheid, van aanvaarding, van verdragen van fysieke en mentale achteruitgang, van het openstaan voor andere bronnen van betekenis en waardigheid als de eigen mogelijkheden beperkter worden. Als psychotherapeut kunnen we hier onze bijdrage leveren: in het bijstaan van onze cliënten, als beïnvloeders van het maatschappelijk discours en bij het bepleiten van goede zorg voor kwetsbare mensen.

Standpunt Paul

Ik ben niet categorisch tegen euthanasie, mits het daadwerkelijk uitvoeren van de euthanasie de resultante is van een zeer zorgvuldig afwegingsproces, liefst in dialoog met dierbaren en hulpverleners. In die zin kan ik mij ook vinden in de opvatting van Lieve Thienpont 'ja, tenzij'. Het spreekt mij aan dat zij de optie van euthanasie nadrukkelijk open houdt, maar wel van mening is dat andere opties nadrukkelijk dienen te worden besproken en onderzocht.

Ik ben met Thienpont van mening dat uiteindelijk alleen de persoon zelf weet hoe het voelt om uitzichtloos en ondraaglijk te lijden. Dat is een hele subjectieve ervaring, die zich niet laat meten of objectiveren. Zijn of haar lijden is alleen empathisch invoelbaar, maar dat is nooit hetzelfde als zelf voelen.

Euthanasie of hulp bij zelfdoding verdient een zorgvuldige procedure en dient niet 'home made' te zijn door middel van het beschikbaar stellen van een middel dat thuis in een kluis wordt opgeslagen.

Ik vind dat er bemoeienis moet zijn van twee onafhankelijke artsen of psychiaters. Ik ben het ook met Thienpont eens dat ondraaglijk en uitzichtloos lijden ook kan spelen bij dementie of ernstige psychiatrische stoornissen.

⁶ Carlo Leget is hoogleraar Zorgethiek, tevens bijzonder hoogleraar Palliatieve Zorg, aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht.

Literatuur

- Dijkstra, P. (2016). *Initiatief Wetsvoorstel Waardig Levenseinde*, www.d66.nl/wet-voltooid-leven-pia-dijkstra
- Erikson, E.H. (1982). *The Life Cycle Completed*. Norton, New York/London.
- Frankl, V.E. (2015). *De zin van het bestaan; een psycholoog beleeft het concentratiekamp & een inleiding tot de logotherapie*. Rotterdam: Uitgeverij Donker.
- Frijling-Schreuder, B., Oosterhuis, E. & Dozy, J. (2000). *Gedachten over de hoge ouderdom*. Tijdschrift voor Psychoanalyse, 6, 5-10.
- Loenen, G. van (2009). *Hij had beter dood kunnen zijn – oordelen over andermans leven*. Amsterdam: Uitgeverij Van Gennep.
- Stadtman, W. (2016). *Slotakkoord - 15 misverstanden over euthanasie en hulp bij zelfdoding*. Meppel: Just Publishers.
- Thienpont, L. (2015). *Libera me. Over euthanasie en psychisch lijden*. Tiel: Witsand Uitgevers.
- Wijngaarden, E. van (2016). *Voltooid Leven. Over leven en willen sterven*. Amsterdam: Atlas Contact.

LIES BRUGGEMAN is cliëntgericht psychotherapeut en coach voor medici, werkzaam in eigen praktijk in Nijmegen. Daarnaast is zij leertherapeut van de VPeP. Zij was eerder verbonden aan de basisopleiding voor politieagenten in Lochem (1985-1996) en aan de voortgezette opleiding voor huisartsen in Nijmegen (1996-2013).

Correspondentie-adres
bruggemanpsy@kpnmail.nl

PAUL SANDERS is cliëntgericht psychotherapeut, sinds 2012 werkzaam in een psychotherapeutenpraktijk in Herten en werkzaam in de ouderenzorg. Daarvoor is hij ruim dertig jaar werkzaam geweest bij de militaire geestelijke gezondheidszorg.

Correspondentie-adres
paulsanbag@hotmail.com