

*Informatie over*

ZORGVULDIGE LEVENSBEËINDIGING



Informatie over  
zorgvuldige levensbeëindiging

Stichting wozz

© Stichting wozz, 2008  
Eerste editie, wozz, Delft, 2003  
Tweede, uitgebreide editie in het Engels, wozz, Delft, 2006.  
Derde, uitgebreide editie in het Nederlands, wozz, Amsterdam, 2008

ISBN/EAN 978 90 78581 02 4

Boekverzorging: Gerrit Vroon, Arnhem  
Druk: Wilco, Amersfoort  
Afwerking: Boekbinderij van de Burg, Weurt

Het auteursrecht berust bij de Stichting wozz  
All rights reserved. No part of this book may be reproduced or transmitted in any form  
or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, scanning,  
or by any information storage and retrieval system, without the written permission  
of the Publisher, except where permitted by law.

Illustratie omslag: Euonymus Europaeus (Kardinaalsmuts)

# *Informatie over*

## zorgvuldige levensbeëindiging

Dr. Boudewijn Chabot

*psychiater en*

*onderzoeker op het terrein van het zelfgekozen levenseinde*

Dr. Pieter Admiraal

*anesthesioloog in ruste en lid van de commissie euthanatica van de Koninklijke*

*Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP)*

Drs. Arie van Loenen

*ziekenhuisapotheker, klinisch farmacoloog*

Dr. Aad Rietveld (een pseudonym)

*biochemicus en medisch toxicoloog*

Russel D. Ogden MA

*University of Vancouver*

*criminoloog en onderzoeker op het terrein van het zelfgekozen levenseinde*

Een publicatie van de Stichting  
Wetenschappelijk Onderzoek naar Zorgvuldige Zelfdoding  
(Stichting wozz)

## BESTUUR EN RAAD VAN ADVIES DE WOZZ

*Het bestuur van de WOZZ bestaat uit:*

Pieter Admiraal, voorzitter

Pam de Soete, secretaris. *Verpleegkundige, voormalig bestuurslid van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), bestuurslid van de sectie geestelijke gezondheidszorg van het Amsterdams patiënten en consumenten platform*

Joop Stam, penningmeester. *Huisarts en voormalig staf lid beroepsopleiding huisartsen Vrije Universiteit*

Boudewijn Chabot, secretaris van de werkgroep voor de WOZZ edities

Russel D. Ogden, contactpersoon voor USA en Canada

*In de Raad van Advies van de WOZZ hebben zitting op persoonlijke titel:*

Prof. Dr. Inez de Beaufort, *hoogleraar medische ethiek, Erasmus University, lid van een toetsingscommissie*

Theo van Berkestijn, *voorheen secretaris-generaal van de KNMG*

Prof. Dr. Emiel van der Does, *emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit*

Prof. Dr. Jan Glerum, *emeritus hoogleraar klinische farmacie en ziekenhuis-apotheker*

Prof. John Griffiths, *emeritus hoogleraar rechtssociologie, Universiteit Groningen*

Dr. Jannes Mulder, *oncoloog, niet praktizerend; voormalig medewerker van VWS*

# Inhoud

AUTEURS 2

BESTUUR EN RAAD VAN ADVIES DE WOZZ 4

5

WOORD VAN DANK 7

## HOOFDSTUK 1 *Basisinformatie over dit boek*

- 1.1 Grenzen aan doktershulp bij levensbeëindiging 9
- 1.2 Enkele waarschuwingen vooraf aan de lezer 12
- 1.3 De mentale voorbereiding op het afscheid van het leven 13
- 1.4 Voor wie is dit boek geschreven? 15
- 1.5 Verschillende wegen naar een waardig levenseinde 19
- 1.6 Kenmerken van een zorgvuldige levensbeëindiging 23
- 1.7 Mag een zorgvuldige levensbeëindiging door een arts worden geblokkeerd? 26
- 1.8 Wat is er nieuw aan dit boek? 30

## HOOFDSTUK 2 *Bewust stoppen met eten en drinken onder palliatieve begeleiding*

- 2.1 Het verloop 32
- 2.2 Variaties in het verloop bij verschillende personen 33
- 2.3 Inzichten uit onderzoek 36
- 2.4 Wel of niet een verzoek om levensbeëindiging aan de arts 37
- 2.5 De mondverzorging 38
- 2.6 De verzorging en de palliatieve begeleiding 42
- 2.7 Hoe lang duurt het? 45
- 2.8 Maatregelen om stoppen met eten en drinken draaglijk te laten verlopen 46
- 2.9 Twee voorbeelden uit de praktijk 50
  - 2.9.1 mevrouw B. 50
  - 2.9.2 mevrouw G. 53
- 2.10 Geheugensteun voor stoppen met eten en drinken in de thuissituatie 59

## HOOFDSTUK 3 *Humane zelfdoding met een combinatie van medicijnen*

- 3.1 Inleiding 61
- 3.2 Wat men tijdens de voorbereiding moet weten en doen 63
- 3.3 Wat men tijdens de uitvoering moet weten en doen 74
- 3.4 Kopen of verzamelen van medicijnen 78
- 3.5 Anonieme melding na het overlijden 83

	HOOFDSTUK 4 <i>Medicijnen die dodelijk kunnen zijn in combinatie met slaapmiddelen</i>	
	4.1 Opiaten	84
	4.2 Chloroquine	92
	4.3 Antidepressiva	96
6	4.4 Barbituraten	98
	HOOFDSTUK 5 <i>Ervaringen van artsen met dodelijke middelen in Zwitserland, Nederland, Oregon en België</i>	
	5.1 Inleiding	103
	5.2 Levensbeëindiging met hulp van een vrijwilliger of van een arts met oraal ingenomen barbituraten	104
	5.3 Euthanasie met een infuus of door één of twee dodelijke injecties	107
	HOOFDSTUK 6 <i>Zelfdoding is niet strafbaar – hulp daarbij is dat soms wel</i>	
	6.1 Inleiding	111
	6.2 Vijf rechtzaken tegen hulpverleners die een zelfdoding met medicijnen hadden begeleid	113
	6.3 Uitspraken van de minister van Justitie en van rechters	115
	6.4 De gang van zaken na een overlijden door zelfdoding	118
	6.5 Bakens in niemandsland	119
	HOOFDSTUK 7 <i>Euthanasie voor beginners. Tien suggesties voor een euthanasieverzoek door Donald van Tol, Suzanne van de Vathorst, Bert Keizer</i>	127
	NOTEN	131
	LITERATUUR	136
	BIJLAGE <i>Methoden die vaak mislukken of gevaarlijk zijn voor anderen</i>	
	Medicijnen en gifstoffen in de natuur	141
	Een plastic zak in combinatie met slaapmiddelen	142
	Koolmonoxide	145
	APPENDIX	
	1. Hoe dit boek te bestellen	148
	2. Adressen	149
	3. Het meldingsformulier	150
	TOELICHTING BIJ DE TABEL	152
	TABEL [in achterkaft] <i>namen van medicijnen in verschillende landen</i>	

## Woord van dank

7

Dit boek is geschreven voor iedereen die in de praktijk van alledag betrokken is bij een humaan levenseinde. In hoofdstuk 1 noemen wij verschillende groepen van beoogde lezers, maar de daar gegeven opsomming is niet uitputtend. De kwaliteit van sterven raakt allen.

Het bestuur van de Stichting wozz heeft het bijzonder op prijs gesteld dat een groot aantal personen heeft willen meedenken over de tekst van een bepaald hoofdstuk in dit boek. Allen gaven hun reacties op persoonlijke titel.

Hoofdstuk 1 bevat basisinformatie. Tijdens een ronde tafel gesprek is daarover discussie gevoerd door (in alfabetische volgorde):

*Marinus van den Berg* (pastor verpleeghuis), *Marianne Dulfer* (wijkverpleegkundige), *Gert van Dijk* (ethicus), *Doortje Kal* (werkveld: gastvrijheid voor mensen met een psychiatrische achtergrond), *Rob Jonquière* (voormalig huisarts), *Gerrit Kimsma* (huisarts en filosoof), *Tom Thalhammer* (voormalig personeelsadviseur bedrijfsleven), *Margo Trappenburg* (politicooloog) en *Catharina Vasterling* (psychotherapeut).

Hoofdstuk 2 behandelt bewust ten dode stoppen met eten en drinken onder palliatieve begeleiding. Een eerdere versie van dit hoofdstuk is kritisch becommentarieerd door de verpleeghuisartsen *Barend Kooistra* en *Siebe Swart* en door de huisarts *Gerrit Kimsma*. De tandarts *Ed Koel* heeft ons uitvoerig geïnformeerd over middelen voor de mondverzorging.

Voor hoofdstuk 3 en 4 heeft de wozz vele deskundige adviezen gekregen van *Arie van Loenen* (ziekenhuisapotheker en klinisch farmacoloog) en *Aad Rietveld* (biochemicus en medisch toxicoloog). Hun bijdrage aan de wozz boeken vanaf de eerste editie in 2003, is zo groot en zo onmisbaar, dat zij bij de auteurs staan vermeld.

Bij hoofdstuk 4 willen wij ook al diegenen bedanken, die ons van empirische gegevens hebben voorzien door hun meldingen van de combinaties van medicijnen die zijn gebruikt bij een zorgvuldige levensbeëindiging waarbij zij betrokken waren. Hun bijdrage is opmerkelijk omdat het belang van wetenschappelijk onderzoek op dit terrein nog niet algemeen wordt ingezien.



Hoofdstuk 5 behandelt enkele aspecten van de uitvoering van medische hulp bij zelfdoding in vier landen. *Wim Distelmans* (oncoloog aan de Vrije Universiteit Brussel) en *Annemiek Horikx* (stafmedewerker KNMP) verzamelen op dit terrein systematisch onderzoeksgegevens in eigen land. Zij hebben enkele feiten die nog niet eerder zijn gepubliceerd, bereidwillig voor dit boek ter beschikking gesteld.

Hoofdstuk 6 gaat in op de betekenis van ‘behulpzaam zijn bij zelfdoding’ in de strafwet (art. 294 Sr.) voor familieleden en/of vrienden die bij een zorgvuldige levensbeëindiging met medicijnen aanwezig zijn. Twee specialisten op het terrein van het strafrecht, *Constantijn Kelk* en *Eugène Sutorius*, hebben een eerdere versie van dit hoofdstuk gelezen en voorzien van hun suggesties ter verbetering.

Hoofdstuk 7, ‘Euthanasie voor beginners’, is begin 2008 gepubliceerd in *Medisch Contact*. De auteurs, *Donald van Tol* (psycholoog en onderzoeker), *Suzanne van de Vathorst* (ethicus) en *Bert Keizer* (verpleeghuisarts en filosoof) zijn zo vriendelijk geweest de wozz toestemming te geven hun artikel integraal in dit boek op te nemen. De inhoud ervan lijkt ons voor de lezers van dit boek van belang.

*Anneke van Luxemburg-Albers*, neerlandicus en filosoof, heeft alle hoofdstukken minitieuw doorgenomen op leesbaarheid. Met veel geduld heeft zij de auteurs bijgestaan om ingewikkelde en gevoelige zaken zo nauwkeurig en duidelijk mogelijk te verwoorden voor lezers die geen medische of juridische achtergrond hebben.

Het commentaar en de suggesties van de genoemde personen heeft ons voor menige misstap behoed. Lang niet altijd waren zij het met bepaalde uitspraken van de auteurs eens. Dat deed echter niet af aan hun bereidwilligheid inhoudelijk en kritisch aandacht aan onze teksten te geven.

Onze dank daarvoor

Het bestuur van de wozz  
Amsterdam, februari 2008

### Basisinformatie over dit boek

#### 1.1 Grenzen aan doktershulp bij levensbeëindiging

Iedereen wenst zich een goede dood. Veel mensen hopen dat zij omringd door dierbaren en zonder pijn zullen sterven aan het eind van een vervuld leven, zonder veel lichamelijke narigheid. Dat is vaak mogelijk dankzij deskundige palliatieve of verzachtende zorg door een arts. De gehechtheid aan het leven is meestal zo groot, dat men zich vastklampt aan de steeds zeldzamer goede momenten. Toch vinden sommigen het lijden en de uitputting die zij moeten doorstaan, onacceptabel. Zij vragen hun arts of deze bereid is hun dood te bespoedigen. Als de arts meent dat dit verzoek niet past binnen de mogelijkheden van de wet, kan hij het afwijzen. Hij kan het ook afwijzen als hij meent dat uitvoering ervan niet verenigbaar is met zijn geweten, maar hij moet dan wel zorg dragen voor doorverwijzing naar een andere arts. Na een afwijzing bespreken sommigen met een vertrouwenspersoon de mogelijkheid dat zij hun dood zelf veroorzaken. Een minderheid voert dat besluit ook uit, vaak in aanwezigheid van hun dierbaren.

Een verworvenheid die in de Grondwet is vastgelegd, is dat aan de burger een grote vrijheid toekomt om in zijn privé-leven naar eigen inzicht belangrijke beslissingen te mogen nemen, al of niet in overleg met dierbaren. Bij het krijgen van kinderen en bij de keus voor een bepaald geloof spreekt dat vanzelf. Het is minder bekend dat men ook over het levenseinde mag én kan beslissen in gesprek met de naasten, zolang men zelf de verantwoordelijkheid neemt voor het overlijden. Zelfdoding is in Nederland niet strafbaar maar sommige vormen van hulp daarbij die nog ter sprake zullen komen, zijn dat wel.

Zelfmoord met gruwelijke methoden vindt meestal impulsief en in eenzaamheid plaats en wordt in dit boek niet besproken. De nabestaanden ervaren dat als een ramp en het laat levenslang diepe sporen na. Daarnaast komen er ook zelfdodingen voor, die mensen zelf niet als ‘verkeerd’ ervaren. Met name, wanneer iemand, in het zicht van het levenseinde en in overleg met anderen, besluit om het leven te beëindigen door definitief in te slapen. In dit boek spreken wij over een ‘zorgvuldige levensbeëindiging’ of korter: ‘zelfeuthanasie’.

Zelfeuthanasie is *niet* een nieuw woord voor zelfdoding. ‘Euthana-

sie' komt van het Griekse woord 'eu-thanatos' en betekent letterlijk 'een goede dood'. Zelfeuthanasie is gedefinieerd als *een goede dood die iemand zelf veroorzaakt in overleg met naasten*. Dit begrip vestigt de aandacht op de eigen verantwoordelijkheid voor de dodelijke handeling *in verbondenheid met anderen*. In het euthanasiedebat is dat een nieuw aspect waarvoor nog geen Nederlands woord bestaat. Het Duits noemt een waardige levensbeëindiging 'der Freitod' en het Frans 'autodé-livrance'. Deze woorden hebben niet de negatieve associaties met pijnlijk, verminkend en eenzaam sterven, die de woorden 'zelfdoding' en 'zelfmoord' in het Nederlands hebben. De term zelfeuthanasie is misschien niet ideaal maar wij hebben nog van niemand een betere term te horen gekregen.

In dit boek gaat de aandacht uit naar de praktische uitvoering van een zorgvuldige levensbeëindiging. Er zijn twee methoden onderzocht waarop dat in Nederland wordt gerealiseerd.<sup>1</sup> De meest voorkomende manier blijkt te zijn dat iemand bewust stopt met eten en drinken onder palliatieve of verzachtende verzorging door de naasten, door een verpleegkundige en door een arts. Dit wordt ook 'bewust versterven' genoemd. Zieke of hoogbejaarde personen beschouwen deze stervensweg vaak niet als een 'zelfdoding' maar als een natuurlijke manier om het overlijden te bespoedigen. Afhankelijk van de voorbereiding en de kwaliteit van de palliatieve zorg kan dit een goede dood zijn. Uit onderzoek is gebleken dat artsen dit overlijden als een natuurlijke dood melden. Niet alleen de persoon zelf en de naasten, maar ook veel artsen zien bewust versterven niet als een 'zelfdoding'.

Bij de tweede, minder vaak voorkomende methode van zorgvuldige levensbeëindiging, neemt iemand een combinatie van medicijnen in, die eerst een diepe slaap veroorzaken en daarna de dood. Wij noemen dit behalve zelfeuthanasie ook wel een humane zelfdoding. We zullen straks zien dat deze methode wordt toegepast door ernstig zieke (nog niet terminale) patiënten bij wie de arts het 'te vroeg' vindt voor euthanasie, maar ook door ouderen die hun leven als voltooid beschouwen. Het is voor hen moeilijk betrouwbare informatie te vinden welke combinatie van medicijnen men precies nodig heeft en hoe men die zelf op legale wijze kan verkrijgen. In hoofdstuk 3 en 4 komen deze zaken aan de orde.

In hoofdstuk 5 bespreken wij de technische uitvoering door artsen in verschillende landen van hulp bij zelfdoding en euthanasie met respectievelijk tabletten, een drank of door een injectie. Maar centraal in dit

boek staan de manieren om het levenseinde te veroorzaken die zelfstandig kunnen worden uitgevoerd, zonder dat een arts de dodelijke middelen verschaft.

De term 'euthanasie' heeft in Nederland sinds 20 jaar een juridische betekenis gekregen: levensbeëindigend handelen door een ander op verzoek van de patiënt. In 2002 zijn de zorgvuldigheidseisen die een arts daarbij in acht hoort te nemen, in de wet vastgelegd. Deze definitie heeft evident voordelen opgeleverd voor het wetenschappelijk onderzoek naar, en de regulering van, levensbeëindigend handelen door een arts. Maar als er geen arts aan te pas komt, is deze juridische definitie van euthanasie niet bruikbaar.

11

De term 'zelfeuthanasie' voor een zorgvuldige levensbeëindiging met medicijnen roept emoties op omdat levensbeëindiging onder de regie van zieke of oude mensen zelf, controversieel is. Dat is omstreden omdat er niet door een arts is vastgesteld dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Een goede dood in gesprek met anderen en onder regie van de persoon zelf, vindt vaker plaats dan tot voor kort bekend was. In een meerderheid van de gevallen door bewust te versterven – in een minderheid door een humane zelfdoding met een dodelijke combinatie van (slaap)middelen.

Waarom zouden mensen met veel inspanning hun levenseinde in regie nemen nu euthanasie in Nederland wettelijk mogelijk is? Doktershulp bij een zelfgekozen dood is een noodzaak wanneer iemand niet meer kan slikken of zo ziek is, dat men het besluit om te sterven niet meer zelf kan uitvoeren. Veel artsen in Nederland geven deze hulp met grote inzet en betrokkenheid. De hulp van een arts is echter niet altijd onmisbaar, niet perse nodig, bij zieken die nog zelfredzaam zijn of bij oude mensen die vinden dat hun leven voltooid is en die graag een goede dood zouden sterven.

Het is wel veel gevraagd om van artsen te verwachten dat zij mensen die nog niet ernstig ziek zijn op hun verzoek een dodelijk middel geven. Er is een grens aan de stervenshulp van artsen, al kan iedere arts die grens wat anders trekken. De grote meerderheid van artsen die hulp bij zelfdoding verlenen, nemen een nieuwe voorwaarde in acht die in het Brongersma arrest, nog onder de oude strafwet, door de Hoge Raad is gesteld. Namelijk, dat iemand een ziekte (een 'medisch classificeerbare aandoening') moet hebben om voor doktershulp in aanmerking te komen. Een aantal artsen vindt de aanwezigheid van een ziekte niet genoeg en stelt ten onrechte dat die ziekte op korte termijn dodelijk

moet zijn ('terminaal') voordat zij euthanasie willen uitvoeren. Die voorwaarde is door de Hoge Raad echter nooit gesteld, nooit door de KNMG genoemd en staat evenmin in de Wet van 2002.<sup>2</sup> Artsen passen de wet en regelgeving veelal stricter toe dan nodig is in het licht van de jurisprudentie (met name het Schoonheim arrest) en gelet op de uitspraken van de verantwoordelijke ministers bij hun toelichting op de Wet in de Tweede Kamer.

Sommige zieke en hoogbejaarde personen met een weloverwogen doodswens willen hun levensbeëindiging niet uitstellen tot zij de laatste of terminale fase van een dodelijke ziekte hebben bereikt. Daarom zoeken zij hun weg buiten een arts om naar een zelfstandige en waardige levensbeëindiging in gesprek met hun naasten.

Samenvattend: het besluit van zieke of oudere personen om hun levens-einde te beëindigen, behoort tot de persoonlijke levenssfeer. Iemand mag daarover beslissen in overleg met vertrouwenspersonen, *mits men de levensbeëindiging ook zelf kan uitvoeren*. Weinig mensen weten hoe men dat kan doen zónder een ander te belasten met een handeling die de dood veroorzaakt en die daarom strafbaar is. Dit boek bespreekt twee methoden waarop ernstig zieke of hoogbejaarde personen daartoe kunnen overgaan wanneer zij tijdig voorbereidingen hebben getroffen om tot de door hen gewenste levensbeëindiging over te gaan. Als het moment daar is.

## 1.2 Enkele waarschuwingen vooraf aan de lezer

De auteurs van dit boek denken niet lichtvaardig over zelfdoding en willen de drempel daarvoor niet verlagen. Het boek is ook niet geschreven voor jonge mensen met een doodswens of voor mensen die nog tientallen jaren leven voor zich hebben, hoe zwaar en onbegaanbaar de toekomst er voor hen soms ook uitziet. Mensen met een doodswens behoren professionele behandeling te krijgen, spirituele zorg, langdurige palliatieve zorg of andere ondersteuning die het leven draaglijk kan maken. Er zijn vele voorbeelden van mensen die na jaren worstelen tegen een doodswens, toch weer kunnen genieten van de dingen die het leven inhoud geven.

Altijd is er ook het gevaar dat iemand impulsief besluit om er een eind aan te maken. De methoden in dit boek vergen grondige voorbereiding en zullen bij impulsieve uitvoering niet zelden mislukken. Na

een impulsief besluit tot het innemen van slaapmiddelen wordt iemand vaak wakker in het ziekenhuis. Daar behandelt men de poging als een schreeuw om hulp die om behandeling vraagt. Wij waarschuwen met nadruk tegen een impulsief besluit tot levensbeëindiging. Niet alleen omdat dat vaak mislukt maar ook omdat het besluit achteraf meermalen een voortijdig besluit blijkt te zijn geweest wanneer iemand het overleeft en goed behandeld wordt.

Het is een hardnekkige mythe dat de informatie in dit boek 'met een paar klikken' op het Internet te vinden zou zijn. Zoekmachines als Google leiden naar websites waarop onjuiste, halfjuiste en soms juiste informatie door elkaar heen staan. Men moet waarlijk een deskundige zijn om het kaf van het koren te scheiden.

De kans dat een waardige levensbeëindiging slaagt, wordt aanzienlijk groter als ook de vertrouwenspersonen erkennen dat er geen leefbaar alternatief meer is voor de dood. Op de kring intimi rust daarom een grote verantwoordelijkheid om serieus in te gaan op wat iemand laat merken over de wens of het voornemen tot een humane levensbeëindiging. Wie dat niet serieus neemt, wordt niet meer in vertrouwen genomen.

Om mensen in staat te stellen verantwoord de methode te kiezen die het beste bij hen past, moet deze heel precies worden beschreven. Toch is dit boek geen kookboek. Behalve informatie over een aantal feiten, probeert het ook inzicht te geven in aspecten van een verantwoorde besluitvorming over, en uitvoering van, een zelfstandige en waardige levensbeëindiging. Bestudering van dit boek vergt daarom tijd, soms uitleg door een familielid of vriend(in) en soms toelichting door een arts of hulpverlener met ervaring op dit terrein. Deze dient daarbij binnen de grenzen van de wet te blijven.

### 1.3 De mentale voorbereiding op het afscheid van het leven.

Dit boek concentreert zich op de uitvoering van methoden voor een zelfstandige en waardige levensbeëindiging. Daarom zullen wij op de mentale voorbereiding niet ingaan. Toch moeten we er in deze inleiding een enkele opmerking over maken omdat de uitvoering niet los staat van de mentale voorbereiding.

De innerlijke acceptatie van het levenseinde is het belangrijkste voor een goed verloop van een zorgvuldige levensbeëindiging. Maar het is ook het moeilijkste. De persoon die zegt te willen sterven maar

daarover met zichzelf nog niet in het reine is, heeft tijd en gesprekken nodig om tot de acceptatie te komen dat het leven voorbij is. Het is niet zelden een innerlijk gevecht om tot de afweging te komen wat zwaarder weegt: te blijven leven met de last die men draagt of op afzienbare termijn te overlijden. Pas wanneer die balans in gesprek met dierbaren is opgemaakt en de keus is gevallen op het laatste alternatief, pas dan kan de persoonlijkheid uit één stuk handelen om het overlijden te bespoedigen.

Wanneer het levenseinde in zicht komt door een ernstige ziekte of door hoge ouderdom en iemand kan de eigen dood nog niet accepteren, dan zal de gehechtheid aan het leven de overhand houden. Op sommige ogenblikken kan iemand dan wel wensen dat het levenseinde komt, maar h/zij zal hierover tegenstrijdige dingen zeggen. Dat brengt de naasten en verzorgenden in verwarring over de vraag of iemand werkelijk het levenseinde wil bespoedigen. Tegenstrijdige uitspraken maken duidelijk dat iemand er nog niet aan toe is. Als h/zij dan de beslissing om te gaan sterven forceert, kan het proces niet in harmonie verlopen.

Volgens sommigen is het onmogelijk om de eigen dood te accepteren. De meeste mensen zouden willen blijven leven als de omstandigheden anders zouden zijn. Als iemand echter niet ziet hoe die nog te veranderen zijn, kan het leven in eigen ogen niet meer leefbaar zijn. Dat maakt dat mensen zwichten en hun dood ten lange leste accepteren. Het besluit tot zelfstandige en waardige levensbeëindiging in gesprek met naasten, tot zelfeuthanasie, is vaak een door noodlottige omstandigheden afgedwongen keuze tussen een onleefbaar leven en een onacceptabele dood. Het grote belang van gesprekken met naasten en hulpverleners is om na te gaan of de omstandigheden niet toch nog te veranderen zijn. Daarnaast zijn die gesprekken van belang om toe te groeien naar een innerlijke acceptatie van het naderende afscheid.

De methode waarmee een zelfeuthanasie wordt uitgevoerd, hangt af van meerdere factoren: zijn er naasten die je willen verzorgen? Hoe deskundig is de arts in palliatieve begeleiding? Naast dergelijke omstandigheden bepaalt ook de persoonlijke affiniteit met de humane methode die beschikbaar is, waarom de één kiest voor 'bewust versterven' (hoofdstuk 2), terwijl de ander de voorkeur geeft aan een humane zelfdoding met een combinatie van medicijnen (hoofdstuk 3 en 4).

## 1.4 Voor wie is dit boek geschreven?

15

Dit boek is geschreven voor ernstig zieke mensen en voor ouderen met een doodswens én voor hun naaste familieleden of vrienden én voor artsen of andere hulpverleners. De auteurs hebben er naar gestreefd tot een begrijpelijke tekst te komen voor iemand die probeert een weloverwogen besluit te nemen of h/zij op humane wijze zijn of haar leven zal beëindigen en die wil weten wat daarvoor nodig is. Voor een goed begrip van wat volgt is medische kennis geen vereiste. Toch kan het zijn dat iemand uitleg nodig heeft en daarvoor hulp vraagt.

Verschillende groepen personen behoren tot de beoogde lezers:

**1<sup>e</sup> Patiënten met een ernstige lichamelijke ziekte en een duurzame doodswens van wie het overlijden een kwestie is van weken, maanden of soms ook jaren en die dat niet willen afwachten.**

Wanneer een arts geen hulp bij levensbeëindiging wil of mag verlenen binnen de grenzen van de wet, dan kan de informatie in dit boek voor deze patiënten van belang zijn.

**2<sup>e</sup> Ouderen die, na rijp beraad met naasten, hun leven voltooid achten.**

Vaak hebben zij invaliderende kwalen of handicaps maar nog geen ziekte die de dood zal veroorzaken. Zij willen de ontluistering die in hun eigen ogen gepaard gaat met nog ouder worden, niet meemaken. Artsen zijn in dergelijke gevallen maar zelden bereid tot hulp bij levensbeëindiging omdat zij van mening zijn dat deze ouderen niet ondraaglijk lijden zolang er geen ernstige medische diagnose is gesteld. Sommige artsen vinden wel dat er omstandigheden kunnen zijn waarin deze ouderen zo ernstig kunnen lijden aan het leven, dat een dodelijk middel gegeven mag worden binnen de grenzen van de wet.<sup>3</sup>

**3<sup>e</sup> Patiënten met een ernstige psychiatrische ziekte die vergeefs zijn behandeld.**

Tijdens een rustige fase van hun ziekte zijn zij vaak wilsbekwaam en in staat om weloverwogen te besluiten dat zij het verdere verloop niet willen meemaken. Psychiaters achten levensbeëindiging bij dergelijke patiënten dikwijls niet bespreekbaar omdat een bepaalde behandeling nog niet is geprobeerd. Er is een officiële richtlijn voor hulp bij zelfdoding van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, die duidelijk



maakt dat aanvullende behandelingen mogen worden geweigerd, waarvan de effectiviteit niet in verhouding staat tot de lange duur of de belasting ervan. Deze weigering van nog een volgende behandeling hoeft in dat geval niet in de weg te staan aan inwilliging van het verzoek.<sup>4</sup> In de praktijk wordt slechts bij zeer hoge uitzondering een uitdrukkelijk en weloverwogen verzoek om levensbeëindiging door psychiaters ingewilligd.<sup>5</sup>

#### **4<sup>e</sup> Familieleden of vrienden die in vertrouwen genomen worden door iemand met een doodswens.**

Zij zullen soms dit boek willen lezen om beter te kunnen reageren op het verlangen van een dierbaar persoon naar een waardige en zelfstandige dood. De vrees voor dit onderwerp is groot omdat men hierbij direct denkt aan de ramp van een verkeerde zelfdoding in eenzaamheid en met een verminkende methode.<sup>6</sup> Als een familielid of vriend weet dat het ook anders kan, helpt dat om gezamenlijk te gaan nadenken of er voor de dood nog een alternatief is dat over het hoofd is gezien. Ook kan dit boek helpen om met de behandelend arts of hulpverlener hierover in gesprek te komen.

#### **5<sup>e</sup> Artsen die in hun praktijk geconfronteerd worden met personen uit de bovengenoemde doelgroepen.**

Artsen leren in hun opleiding meestal niet op welke wijze iemand zelfstandig een humane zelfdoding kan uitvoeren en zelfs niet hoe zij met dergelijk verzoeken behoren om te gaan. Informatie over de medicijnen waarmee dat uitgevoerd kan worden, is ook niet te vinden in medische of farmaceutische handboeken. De schrijvers van dit boek hebben gemerkt dat artsen allerlei ideeën hebben over zekere medicijnen die in overdosis dodelijk zouden zijn. Uit de toxicologie, de wetenschap van vergiften, is bekend dat over het dodelijke effect geen zekerheid bestaat. Bijvoorbeeld, een hoge dosis insuline kan dodelijk zijn voor zeer oude en verzwakte patiënten maar leidt bij anderen niet tot de dood. Door de heersende geheimzinnigheid rond dit onderwerp blijven artsen hierover onwetend.

De methoden die in dit boek worden beschreven vergen van een arts geen strafbare hulp. In hoofdstuk 6 zal blijken dat artsen deze methoden wel degelijk mogen bespreken met ernstige zieken of met ouderen die een duurzame doodswens koesteren. Sommige artsen verwijzen iemand hiervoor naar hulpverleners die samenwerken met de NVVE of De Einder (zie adressen achterin dit boek).

Het bestuur van de wozz heeft na de publicatie van het boek *Informatie over humane zelfdoding* in 2003 gemerkt dat artsen niet zelden weigeren om informatie te geven over een zelfstandige en waardige levensbeëindiging, zelfs als een patiënt hierom vraagt. De weigering door artsen om deze informatie te verstrekken is een belangrijke reden waarom de Stichting wozz heeft besloten om dit boek ook te verkopen aan mensen die het willen bestellen via de wozz-website.

### **6<sup>e</sup> Hulpverleners, die in hun werk in contact komen met personen met een doodswens.**

Tot deze doelgroep behoren geestelijk verzorgers en humanistisch raadsliden, psychologen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en anderen. Personen die samenwerken met een vereniging die recht-op-waardig-sterven als doelstelling heeft, rekenen de verheldering van de redenen voor een uitdrukkelijke doodswens tot hun aandachtsgebied. Zij kunnen in de loop van meerdere gesprekken informatie geven over humane methoden van levensbeëindiging.

Voor hulpverleners is het verstrekken van informatie over een humaan en zelfgekozen levenseinde iets heel anders dan directe en concrete hulp bij het bespoedigen van de dood, zowel in emotioneel als in juridisch opzicht. Eén van hun taken is om na te gaan of de persoon met een doodswens die vraagt om uitleg over de inhoud van dit boek, misschien mogelijkheden over het hoofd ziet om het leven weer leefbaar te maken. Met name kan dat aan de orde zijn wanneer een arts niet bereid of niet in staat is om inhoudelijk in te gaan op een voorgenomen waardige zelfdoding. Een professionele hulpverlener zal bij iemand met een doodswens nooit 'de regie overnemen' over een voorgenomen levensbeëindiging maar door het bespreken van alle relevante informatie iemand helpen tot een weloverwogen keus te komen. Het geven van informatie over verschillende methoden kan daarbij een belangrijk onderdeel zijn van het opbouwen van een vertrouwensrelatie en zal altijd aangepast moeten te worden aan het begrip en de emotionele situatie van de hulpvrager. In hoofdstuk zes zal worden besproken wat er uit uitspraken van rechters te leren valt over de grenzen die hulpverleners die geen arts zijn, daarbij in acht behoren te nemen.

### **7<sup>e</sup> mensen die in een beginstadium van dementie verkeren.**

Dit is een uitzonderlijke groep die nog niet is genoemd. Veel mensen willen deze ontluisterende ziekte niet verder willen meemaken. De informatie in dit boek stelt hen in theorie in staat om in de beginfase van

dementie zelfstandig tot zorgvuldige levensbeëindiging over te gaan. In werkelijkheid is dit vaak onuitvoerbaar omdat er in een beginstadium van dementie vaak een gebrekkig ziekte-inzicht bestaat en daarbij een falend oordeelsvermogen. De beide methoden van zelfeuthanasie die worden beschreven vereisen het vermogen tot consistent planmatig handelen en dat is er bij een beginnende dementie nog maar zelden. In sommige gevallen van dementie blijven ziekte-inzicht en oordeelsvermogen aanvankelijk wel behouden en dan is een humane zelfdoding uitvoerbaar. Dat is emotioneel wel ingewikkeld, omdat iemand zich dan nog relatief goed kan voelen en helemaal niet dood wil maar heel goed beseft wat de toekomst wordt.

In een beginstadium van dementie is doktershulp bij zelfdoding of euthanasie voor veel artsen niet bespreekbaar omdat zij menen dat er in dat geval niet voldaan is aan de wettelijk gestelde zorgvuldigheidseis van ondraaglijk lijden. Andere artsen erkennen inmiddels dat het zekere vooruitzicht dement te worden met angst en ondraaglijk lijden gepaard kan gaan. De landelijke toetsingscommissies hebben in de afgelopen jaren enkele meldingen van doktershulp bij zelfdoding in een beginfase van dementie als zorgvuldig beoordeeld. Het mag dus in bepaalde gevallen wel onder de geldende wet.

Wanneer mensen vrezen dat zij dement zullen worden, stellen zij vaak een wilsverklaring op in de hoop dat een arts tot euthanasie bereid zal zijn als de ontluistering door deze dementie een gevorderd stadium heeft bereikt. Bijvoorbeeld, 'als ik mijn kinderen niet meer herken'. Deze wilsverklaring met de vraag om euthanasie bij een toekomstige fase van gevorderde dementie, is wel rechtsgeldig volgens de euthanasiewet die in 2001 door de Tweede Kamer is aangenomen. Voor zover ons bekend wordt een dergelijke wilsverklaring in de praktijk echter door geen enkele arts in Nederland uitgevoerd. Waarom doen artsen dat niet terwijl het toch mag van de wet?

Stel dat een dementerende vrouw die haar kinderen niet meer herkent, heeft vastgelegd dat zij in die situatie euthanasie wenst te krijgen. Zij kan niet meer overzien wat een dokter wil gaan doen die bij haar komt met een dodelijk drankje of een injectie. Het valt haar in die fase van dementie ook niet meer uit te leggen. Zij zal met fysieke overmacht vastgehouden moeten worden zodat de dodelijke injectie gegeven kan worden. Of de verzorgenden moeten haar, zonder dat zij dit weet, dodelijke pillen voeren. Zelfs al zou een arts op grond van een rechtsgeldige wilsverklaring iemand in een gevorderd stadium van dementie volgens de letter van de Nederlandse euthanasiewet mogen doden, dan

zou een morele grens worden overschreden als dat ooit zou worden uitgevoerd. Voor zover wij weten blijven artsen verre van deze grens.

De situatie ligt heel anders bij zichtbaar lijden van een dementerende aan bijkomende ziekten. Veel artsen hebben in die situatie het beleid om, in overleg met de familieleden, deze bijkomende ziekten niet te behandelen maar intensieve pijnbestrijding te geven. Als dat de pijn of ander lijden niet wegneemt, zal men iemand in slaap brengen tot de dood volgt. Euthanasie is dan niet nodig omdat het afzien van behandeling gecombineerd met goede palliatie tijdens de laatste levensdagen, de belastende symptomen wegneemt.

19

## 1.5 Verschillende wegen naar een waardig levenseinde

Zoals er meer wegen naar Rome leiden, lopen er ook meer wegen naar een waardig levenseinde. Men mag niet uit het oog verliezen dat er manieren bestaan om humaan te sterven zonder dat de methoden die wij in dit boek bespreken, aan de orde komen.

Wat zijn de meest voorkomende stervenswegen? In Westerse landen overlijdt ongeveer één op de drie mensen onverwacht, zonder dat er tijd is geweest om keuzes te maken hoe men zou wensen te sterven. Indien echter door ziekte of ouderdom de dood voorzienbaar is, liggen er in principe zes wegen open voor de patiënt, de intimi en de arts op weg naar een waardig overlijden. Deze mogelijkheden sluiten elkaar lang niet altijd uit maar zullen soms in elkaar overgaan:

1. Zo lang mogelijk curatieve behandeling gevolgd door palliatieve zorg.
2. Een behandelweigering gevolgd door palliatieve zorg.
3. Intensieve pijnbestrijding en soms, als onderdeel daarvan, palliatieve sedatie.
4. Hulp bij levensbeëindiging door een arts (euthanasie of hulp bij zelfdoding).
5. Bewust ten dode stoppen met eten en drinken met palliatieve zorg.
6. Zelfstandige levensbeëindiging door een combinatie van dodelijke (slaap)middelen.

Leidraad in het overleg tussen alle betrokkenen is dat de keuzes tussen deze mogelijke routes naar de dood die worden gemaakt, zo goed mogelijk passen bij de persoon die verwacht te gaan sterven. Het spreekt vanzelf dat lang niet alle wensen in het zicht van de dood kunnen worden vervuld.

Ter wille van de samenhang bespreken wij nu kort de verschillende wegen die mensen afleggen naar een waardig overlijden. De eerste vier wegen komen in dit boek *niet* verder ter sprake omdat artsen hiervan goed op de hoogte zijn en er hierover al veel openheid is gekomen tussen arts en patiënt.

20

### 1<sup>e</sup> Curatieve behandeling gevolgd door palliatieve zorg.

Als mensen horen dat zij een ziekte hebben die op termijn dodelijk zou kunnen zijn, besluit bijna iedereen om alle mogelijke behandelingen te ondergaan, óók behandelingen met een kleine kans op genezing. Als genezing uitblijft, gaat de op genezing gerichte, ‘curatieve’ behandeling over in een op verzachting gerichte, ‘palliatieve’ behandeling. Niet zelden gebeurt dat geleidelijk en voor de patiënt onmerkbaar. Bijvoorbeeld, bij kanker kan een bestraling of chemotherapie soms een curatief doel hebben maar in een latere fase van deze ziekte uitsluitend palliatief bedoeld zijn. Genezing is dan niet meer mogelijk, maar dezelfde bestraling of chemotherapie dient nu om een vertraging van het ziekteproces tot stand te brengen. Ook als de arts hierover duidelijk is, dringt dit onderscheid niet tot iedere patiënt door. Hoop op genezing doet nu eenmaal leven.

Palliatieve zorg is een nieuw medisch specialisme, dat zich niet alleen richt op pijnbestrijding maar evenzeer op andere klachten tijdens de laatste levensfase.<sup>7</sup> Mensen die een dodelijke ziekte hebben waarvoor genezing niet mogelijk is of door de patiënt niet meer wordt nagestreefd, hebben altijd palliatieve zorg nodig en hebben daar ook recht op. Goede palliatieve zorg is een voorwaarde voor patiënten om vrijwillig – niet onder druk van ellendige symptomen – te kunnen kiezen of zij het overlijden nog willen uitstellen of bespoedigen.

### 2<sup>e</sup> Een behandelweigering gevolgd door palliatieve zorg

Sommige patiënten die te horen hebben gekregen dat zij een dodelijke ziekte hebben, besluiten om de op genezing gerichte behandelingen die een arts voorstelt, niet te ondergaan. Zij vragen uitsluitend om palliatieve zorg. Anderen beginnen wel met een voorgestelde curatieve behandeling maar besluiten na verloop van tijd om hiermee te stoppen omdat zij de belasting van de behandeling groot vinden en de kans op genezing (te) klein. Ook een patiënt die alle behandeling weigert of die besluit met de behandeling te stoppen, heeft recht op palliatieve behandeling. Men is niet verplicht om eerst behandelingen te ondergaan, al wordt dat soms door patiënten gedacht. Artsen hebben er soms moeite mee als ie-

mand een behandeling weigert die in hun ogen een goede kans op genezing biedt. Maar elke patiënt die wilsbekwaam is en goed geïnformeerd, heeft het recht om iedere voorgestelde behandeling te weigeren. Ook als de behandelend arts het niet met dat besluit eens is. Dat recht is duidelijk in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) vastgelegd.

21

### **3<sup>e</sup> Intensieve pijnbestrijding en (soms) palliatieve sedatie.**

Palliatieve zorg heeft ook zijn beperkingen; lang niet al het lijden aan ziekte en ontluistering kan worden verlicht. Artsen geven over deze beperkingen niet altijd volledige of duidelijke informatie. Uit onderzoek in hospices is gebleken dat patiënten in de laatste levensweken niet zelden aangeven dat de pijn en de benauwdheid ernstig zijn. Misselijkheid, verwardheid, uitputting en complete afhankelijkheid zijn nog moeilijker behandelbaar en zijn vaker dan pijn aanwezig voorafgaand aan het sterven Ook bij de beste palliatieve zorg.<sup>8</sup>

Wanneer pijn, benauwdheid of andere klachten die het gevolg zijn van een dodelijke ziekte niet meer behandelbaar zijn, kan een arts, in goed overleg met de patiënt, deze in een diepe slaap brengen die nu eens tijdelijk is en in andere situaties blijvend tot de dood daarop volgt.<sup>9</sup> In dat laatste geval moet de levensverwachting kort zijn, hoogstens twee weken. Wanneer een patiënt met onbehandelbare symptomen in een diepe slaap wordt gebracht die overgaat in de dood, spreken wij in dit boek van palliatieve sedatie. Vaak wordt in die situatie geen vocht meer toegediend omdat het overlijden nabij is. Het is aan de arts om te beslissen of er een indicatie voor palliatieve sedatie bestaat. Een verzoek van de patiënt om met palliatieve sedatie te beginnen, hoeft een arts niet in te willigen als hij meent dat er nog andere, behandelingsmogelijkheden bestaan die minder ingrijpend zijn. Na toepassing van palliatieve sedatie komt het overlijden vaak binnen 48 uur maar het kan ook langer duren, soms zelfs een week.

Familieleden hebben soms grote moeite aan te zien dat een dierbare die voor het overlijden in een diepe slaap is gebracht, gedurende enkele dagen geen controle meer heeft over basale lichaamsfuncties als snurken, rochelen of incontinentie. Zij zetten de arts dan onder druk 'om er een einde aan te maken' want 'dat doe je een hond niet aan'. Het is soms moeilijk de naasten duidelijk te maken dat de persoon zelf onder deze allerlaatste fase niet meer kán lijden en dat er daarom geen rechtvaardiging is voor een dodelijke handeling.

#### 4<sup>e</sup> Hulp bij levensbeëindiging door een arts

Dit gebeurt op twee manieren:

- doktershulp bij zelfdoding: hierbij neemt de patiënt zelf dodelijke pillen of een drank in die door de arts zijn overhandigd; of
- door euthanasie: de arts geeft een eerste injectie (in een bloedvat of in een infuus) die zeer snel een diepe slaap veroorzaakt. Daarna volgt een tweede injectie die de ademhaling abrupt doet ophouden terwijl de persoon buiten kennis is.

22

Een arts kan nooit verplicht worden om, op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt, het leven te beëindigen. Er moet bovendien voldaan zijn aan de zorgvuldigheidseisen die in de wet zijn vastgelegd. Maar zelfs als aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, kan een arts euthanasie weigeren omdat een dodelijke handeling over zijn/haar morele grenzen heen gaat. Als ‘goed hulpverlener’ is hij dan wel gehouden aan een zorgvuldige overdracht van de patiënt aan een andere arts die hiertoe in principe wel bereid is.

Voor patiënten en hun familie is het een probleem dat er grote verschillen lijken te bestaan in de manier waarop artsen de wettelijke voorwaarde interpreteren dat er ‘ondraaglijk lijden’ moet zijn.<sup>10</sup> Wat de ene arts als ondraaglijk lijden van de patiënt beoordeelt, hoeft dat voor een ander nog niet te zijn. In een onbekend aantal gevallen leidt dat tot willekeur in de besluitvorming en dus tot rechtsongelijkheid tussen patiënten. In min of meer vergelijkbare situaties wordt een euthanasieverzoek soms wel ingewilligd en soms niet.<sup>11</sup>

Voor de volledigheid noemen wij ook de twee wegen naar een waardige dood door een zelfstandige levensbeëindiging, die in hoofdstuk 2-4 ter sprake komen:

5<sup>e</sup> Bewust ten dode stoppen met eten en drinken met palliatieve zorg.

6<sup>e</sup> Levensbeëindiging door een combinatie van dodelijke (slaap)middelen.

De eerste twee wegen naar een waardig levenseinde komen verreweg het meeste voor.<sup>12</sup> Bij de derde en vierde weg, palliatieve sedatie respectievelijk euthanasie, heeft een arts de regie over levensbeëindigend handelen. Bij een zelfstandige levensbeëindiging, de vijfde en zesde mogelijkheid, ligt de regie daarover bij de patiënt.

Elke weg heeft zijn eigen vóór en tegen: als men het laatste stuk van de levensweg grotendeels overlaat aan beslissingen van de arts, vraagt dat geen praktische voorbereiding maar het maakt iemand met een weloverwogen doodswens wel afhankelijk van zijn arts. Met name van diens oordeel of er aan alle zorgvuldigheidseisen voor euthanasie is voldaan, dan wel of er een indicatie bestaat voor palliatieve sedatie. Het alternatief kan zijn dat men zélf de regie in handen neemt door te stoppen met eten en drinken, of door ruime tijd van tevoren de nodige medicijnen te verzamelen en deze in aanwezigheid van dierbaren in te nemen. Door zelf de regie te houden, kiest iemand een weg die niet alleen praktische voorbereiding vergt maar ook acceptatie van de eendigheid van het geleefde leven.

23

## 1.6 Kenmerken van een zorgvuldige levensbeëindiging

De termen ‘waardig’ en ‘humaan’ worden in dit boek bewust door elkaar gebruikt. Wij beschouwen een methode om zelfstandig de eigen dood te veroorzaken als waardig of humaan wanneer iemand zonder pijn of verstikking overlijdt in het bijzijn van anderen. Daarmee sluiten wij ons aan bij de opvatting in veel culturen dat pijnvrij sterven in een kring van dierbaren ‘een goede dood’ is. Daarentegen geldt sterven met pijn, in eenzaamheid of gewelddadig (door moord of door een ongeval) in vele culturen als ‘een slechte dood’.<sup>13</sup>

Een levensbeëindiging die waardig of humaan wordt genoemd heeft vier kenmerken die nauw samenhangen met de opvattingen in onze samenleving over een goede dood en met de wijze waarop die opvattingen geleidelijk neerslag vinden in het recht. Wanneer opvattingen rond waardig sterven veranderen, kunnen rechterlijke uitspraken die veranderingen volgen. In hoofdstuk 6 komen wij hierop terug.



De kenmerken van een waardige of humane levensbeëindiging zijn:

**1. Het sterven verloopt vrij van pijn.**

Aan het overlijden gaat een fase van diepe slaap of coma vooraf. Wij bespreken geen methoden die het lichaam verminken of waarbij men pijn en verstikking ervaart. Socrates dronk een extract van dolle kervel (Engels: Hemlock, Latijn: conium maculatum) en is langzaam gestikt, maar dat vermeldt Plato niet.<sup>14</sup> Veel andere methoden zijn gewelddadig, zoals zich ophangen of springen van een hoogte of voor de trein. Gewelddadig sterven met pijn of verstikking wordt niet als een goede dood beschouwd.

**2. De methoden van levensbeëindiging zijn doeltreffend.**

Dat is bijna altijd het geval wanneer alle besproken verzorgingsmaatregelen in acht worden genomen.

Als het onzeker is of een methode tot de dood leidt, dan voegt dit ernstig lijden toe aan degene die weloverwogen wenst te sterven. Om die onzekerheid zoveel als mogelijk uit te bannen, is er nauwkeurige en betrouwbare informatie nodig die ook voor leken begrijpelijk is. Een belangrijke reden voor het bijeen brengen van de informatie in dit boek, is het feit dat deze informatie onder artsen en leken nog weinig bekend en moeilijk te vinden is.

**3. Het sterven geschiedt niet in eenzaamheid.**

Familieleden en vrienden die aanwezig willen zijn, behoren geen risico's te lopen voor hun gezondheid. Bij zelfdoding met het gas koolmonoxide lopen de aanwezigen bijvoorbeeld ernstig gevaar (zie de bijlage achterin dit boek). Alle methoden die een fysiek risico voor de aanwezigen betekenen, worden niet besproken.

**4. Het overlijden wordt door de persoon zelf bewerkstelligd.**

Een zelfstandige levensbeëindiging is in onze ogen pas werkelijk *zelfstandig*, als aanwezigen geen hulp hoeven te geven, die de dood veroorzaakt. Bij bewust ten dode stoppen met eten en drinken verlenen de naasten vaak veel hulp om het overlijden te verzachten. Toch beschouwt niemand dit als strafbare hulp, zolang de persoon zelf de verantwoordelijkheid neemt voor de belangrijkste oorzaak van het overlijden: niet meer drinken.

Bij de methode met een combinatie van medicijnen behoort de persoon die wil sterven zelf de verantwoordelijkheid te nemen voor het innemen van de middelen die tot de dood leiden. De beschikbaarheid van een voorraad dodelijke middelen 'op het nachtkastje' leidt op zichzelf niet tot de dood maar kan veel rust geven. Huib Drion zei het in 1991 aldus:

“Het lijkt me aan geen twijfel onderhevig dat veel oude mensen er een grote rust in zouden vinden als zij over een middel zouden kunnen beschikken om op een aanvaardbare manier uit het leven te stappen op het moment dat hun dat – gezien wat hun nog te wachten staat – passend voorkomt.”

25

Mensen mogen voor eigen gebruik een combinatie van dodelijke (slaap)medicijnen verzamelen. Soms doen zij dat zelfstandig en soms, op verzoek van iemand die te ziek of hulpbehoevend is om nog te kunnen reizen, met hulp van naasten. Men moet dan wel weten wat de juiste combinatie is om op een aanvaardbare manier te overlijden. Die informatie vindt men in de hoofdstukken 3 en 4. Mensen die een dodelijke combinatie van medicijnen hebben verkregen, hebben de mogelijkheid om hun overlijden in regie te nemen als het écht niet meer gaat. Vaak blijkt dat echter niet te gebeuren. De zekerheid dat zij het overlijden in regie kunnen nemen, geeft dan rust.

Uit onderzoek is gebleken dat familieleden en vrienden soms tijdens de voorbereiding van een zorgvuldig levensbeëindiging hulp bieden bij het verkrijgen van sommige medicijnen. De kinderen van een zieke of hulpbehoevende oudere die uitdrukkelijk hierom vraagt, gaan soms ook op deze vraag in.<sup>15</sup> Met name gebeurt dat wanneer de behandelend arts meent dat hulp bij zelfdoding aan een ernstig invalide persoon of aan een hoogbejaarde, niet binnen de zorgvuldigheidseisen van de wet valt. Bijvoorbeeld, omdat er volgens de arts geen sprake is van ondraaglijk lijden. Ook kan het zijn dat doktershulp bij zelfdoding over de morele grenzen van de arts heen gaat. Hoewel de arts dan de patiënt zou behoren over te dragen aan een collega, is er vaak geen andere arts te vinden die de hulp bij zelfdoding op zich wil nemen. De zieke of hulpbehoevende persoon is in die situatie niet meer in staat om zelf de benodigde middelen in het buitenland te kopen.

Naaste familieleden komen soms tot een ándere conclusie dan de arts over de (on)draaglijkheid van het lijden van hun dierbare, zoals ook artsen het onderling lang niet altijd eens zijn over wat ‘ondraaglijk lijden’ is en wat niet. De conclusie van de naasten kan, voor hun persoonlijke geweten, enige hulp bij het verzamelen van medicijnen rechtvaardigen. Daarbij dienen zij wel goed te bedenken dat volgens art. 294 van het Wetboek van Strafrecht het verstrekken van medicijnen voor zelfdoding, strafbare hulp kan zijn, indien:

- de zelfdoding volgt;
- het ook de opzet was van degene die de medicijnen heeft verstrekt, dat de ander zich hiermee zou doden.

Hoewel deze opzet vaak moeilijk te bewijzen is, liggen hier dus wel justitiële risico's voor de naasten die zich hiermee willen belasten. In hoofdstuk 6 komen wij hierop terug.

In opvallend contrast met de hulp bij het verzamelen van medicijnen, wordt hulp bij de mondverzorging ter verzachting van levensbeëindiging door bewust stoppen met drinken, niet als strafbare hulp bij zelfdoding beschouwd.

De wozz wil benadrukken dat bij het overlijden door de medicijncombinaties die in dit boek worden besproken, meestal geen daadwerkelijke hulp van anderen nodig is bij het innemen ervan. Behalve indien er een ernstige verlamming van de armen of een slikstoornis bestaat. De persoon die waardig wil sterven, behoort naar onze mening altijd zelf de verantwoordelijkheid te nemen voor alle handelingen die een directe oorzakelijke relatie hebben met het overlijden dat daarop volgt. Een dodelijke combinatie van medicijnen is immers vaak uitsluitend bedoeld als een 'zekerheid voor later', voor als het water werkelijk aan de lippen staat.

In hoofdstuk 6 zullen wij uitspraken van rechters en van de minister van Justitie bespreken die betrekking hebben op wat wel en wat niet strafbare hulp bij zelfdoding oplevert. De grens is hier naar onze mening nog niet scherp getrokken voor familieleden of vrienden die betrokken zijn geweest bij het verzamelen van medicijnen op verzoek van de persoon die overweegt te zijner tijd tot levensbeëindiging over te gaan.

### 1.7 Mag een zorgvuldige levensbeëindiging door een arts worden geblokkeerd?

Om weloverwogen te kunnen besluiten tot een waardige levensbeëindiging, moet iemand 'wilsbekwaam' en 'besluitvaardig' zijn. Kort samengevat wordt daarmee bedoeld dat de persoon in staat is om informatie te begrijpen, deze te overwegen en vervolgens een besluit te nemen in het licht van zijn eigen waarde-oordelen. Voor de Nederlandse wet is iedere volwassene wilsbekwaam zolang het tegendeel niet blijkt, bijvoorbeeld doordat iemand zich verward, angstig of zonder aanleiding agressief gedraagt.

Goede informatie over de mogelijkheden van behandeling en over palliatieve zorg zijn essentieel om weloverwogen te kunnen beslissen of men tot zelfstandige en waardige levensbeëindiging zal overgaan.

Het is daarom van groot belang om het plan voor een zelfgekozen humane dood niet alleen te bespreken met dierbaren maar ook met iemand die op dit terrein deskundigheid en ervaring heeft. Deze hulpverlener kan proberen een zorgvuldige besluitvorming te bevorderen. Artikel 11 van de Grondwet beschermt de integriteit van het lichaam. Mede hierop is het recht gebaseerd om kunstmatige voeding te weigeren die via een infuus of een maagsonde in het lichaam wordt gebracht. Wanneer iemand wilsbekwaam is en stopt met eten en drinken, mag h/zij niet tot eten en drinken worden gedwongen, tenzij er een psychiatrische stoornis aanwezig is waarvan aannemelijk is dat deze ernstig gevaar voor het leven met zich mee brengt.<sup>16</sup> In de laatste fase van het sterfbed is men vaak niet meer aanspreekbaar en zou er alsnog tot kunstmatige voeding kunnen worden overgegaan door een arts die het niet eens is met het besluit om ten dode te vasten. Daarom is het van belang dat een behandelweigerings op schrift staat en dat een wettelijke vertegenwoordiger of gevolmachtigde toeziet op de naleving ervan.

Wat wij in de rest van deze paragraaf zeggen, geldt voor iedereen en dus niet slechts voor mensen met een psychiatrische stoornis. Ook in het geval van een oudere en/of invalide en/of zieke persoon die nooit in aanraking is geweest met een psychiater, kan de behandelend huisarts of een verpleeghuisarts soms een psychiater in consult vragen, zodra iemand tot de uitvoering van een zorgvuldig voorbereide levensbeëindiging overgaat.

Stoppen met eten en drinken met de bedoeling daardoor te overlijden mag alleen onder bijzondere omstandigheden verhinderd worden door iemand tegen zijn of haar wil op een psychiatrische afdeling op te nemen. Dat is wettelijk alleen mogelijk als een psychiater oordeelt dat er ernstig gevaar van zelfdoding bestaat welke voortvloeit uit een psychiatrische stoornis (bijvoorbeeld een depressie). Wanneer de persoon met een doodswens behandeling weigert, kan in zo'n geval toch tot kunstmatige voeding worden overgegaan indien er ernstig levensgevaar bestaat.

Een psychiatrische stoornis hoeft niet een belemmering te zijn voor een weloverwogen keuze voor de dood.<sup>17</sup> In het geval van een depressie wordt dat door artsen en met name door psychiaters vaak ten onrechte wel zo gezien. Een patiënt met een depressieve stoornis geldt in de dagelijkse praktijk van psychiaters in de regel als wilsónbekwaam om voor de dood te kiezen. Wanneer er allerlei behandelingen zijn geprobeerd en de doodswens blijft bestaan, komt voor veel psychiaters de optie van een gedwongen opname te vervallen, zodat iemand dan als-

nog tot levensbeëindiging door bewust versterven zou kunnen overgaan.

Een ernstig zieke patiënt of een hoogbejaard persoon die wil overlijden door bewust en weloverwogen te versterven, moet in onze ervaring rekening houden met de mogelijkheid dat een huisarts of verpleeghuisarts een psychiater in consult kan vragen om te beoordelen of de persoon in kwestie voldoende wilsbekwaam is om voor de dood te kiezen. De geconsulteerde psychiater kan na onderzoek tot de conclusie komen dat de doodswens uit een stoornis voortkomt, waarbij eerst een poging tot behandeling moet worden gedaan. Een psychiater die meent dat de voorgenomen levensbeëindiging hoe dan ook verhinderd moet worden, zou een psychiatrische diagnose kunnen stellen en op grond daarvan iemand wilsonbekwaam verklaren. Zo kan de uitvoering van de voorgenomen levensbeëindiging (tijdelijk) worden geblokkeerd. Het is dan ook verstandig om tevoren aan de behandelend arts te vragen of deze van plan is om het overlijden door bewust te stoppen met eten en drinken te verhinderen via een psychiatrisch consult.

Bij sommige psychiaters speelt het morele oordeel mee dat zelfdoding in het algemeen, of in de bijzondere situatie van deze persoon, verkeerd is. In andere gevallen bleek dat een psychiater beducht was om na het bewust gekozen overlijden door de directie of door de Inspectie aangesproken te worden op een eventueel falen als behandelaar doordat hij de zelfdoding niet heeft weten te voorkomen.<sup>18</sup> Psychiaters leren in hun opleiding zelden het verschil te beoordelen tussen een verminkende, eenzame zelfdoding en een humane levensbeëindiging in gesprek met naasten. De gespreksvaardigheden die een behandelend arts of psychiater nodig heeft om over een doodswens in gesprek te blijven, worden soms ondermijnd door het streven om tot elke prijs zelfdoding te voorkomen.

Het is een belangrijk onderdeel van het werk van psychiaters om te proberen *verminkende, eenzame en impulsieve* zelfdodingen te voorkomen. Wanneer dit streven er echter toe leidt dat ernstig zieke patiënten of hoogbejaarde personen niet meer met hun arts open durven spreken over een voorgenomen *zorgvuldige* levensbeëindiging uit vrees voor een gedwongen opname, is er iets mis met de communicatie. Het vertrouwen dat nodig is voor de behandelrelatie, lijkt dan ver te zoeken.

Natuurlijk is het niet de bedoeling van psychiaters om de vertrouwensrelatie met patiënten met een doodswens te beschadigen door de (soms onuitgesproken) dreiging van een gedwongen opname. Mogelijk zijn psychiaters zich soms onvoldoende bewust hoe zijzelf kunnen

bijdragen tot een blokkade bij de patiënt om over een zorgvuldige levensbeëindiging te praten.

De vorige alinea's zijn uiteraard niet alleen van toepassing op de situatie waarin iemand bewust wil stoppen met eten en drinken om het overlijden te veroorzaken. Zij gelden vermoedelijk nog wel meer bij een voorgenomen levensbeëindiging die in overleg met naasten is besproken en die met diverse (slaap)medicijnen zal worden uitgevoerd. Hoewel zelfdoding met een overdosis medicijnen niet strafbaar is, kan deze wel verhinderd worden wanneer iemand niet wilsbekwaam wordt geacht. Psychiatrische patiënten zijn meestal goed op de hoogte over het risico van een gedwongen opname en vermijden dit door met hun behandelaar niet over de voorgenomen levensbeëindiging te spreken. Uit interviews met nabestaanden kwam naar voren dat sommige overledenen hun doodswens tijdens een psychiatrische opname hadden weten te bagatelliseren tot ze weer op vrije voeten waren. Vervolgens hadden zij hun plan toch uitgevoerd.

29

Een *wilsbekwame* hoogbejaarde of een ernstig zieke patiënt die vermoedt dat de behandelend arts een psychiater zal inschakelen en die dat wil voorkómen, heeft altijd het recht de relatie met de behandelend arts te beëindigen. Dat is wel een erg moeilijke beslissing voor iemand die ernstig ziek is, omdat men op zoveel punten afhankelijk is van de behandelend arts. Een beter alternatief is daarom dat de patiënt met hulp van naasten een psychiater zoekt, van wie h/zij vertrouwt dat diens oordeel niet door een moreel afwijzende houding tegenover de geplande levensbeëindiging wordt bepaald. Het lukt soms om tijdig, kort voordat men tot zorgvuldige zelfdoding overgaat, een tweede opinie te vragen aan een psychiater die onafhankelijk is van de behandelend huisarts of psychiater. Voor een zuiver oordeel is een psychiater nodig die niet alleen onafhankelijk is maar die bovendien zijn morele oordeel (dat zelfdoding verkeerd of altijd voortijdig is) én zijn oordeel over de wilsbekwaamheid van zijn patiënt, goed uit elkaar weet te houden. De richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Tholen 1999) stelt vast dat iemand die wilsbekwaam is en weloverwogen besluit tot levensbeëindiging, voor de dood mag kiezen, ook al vinden de behandelend arts en de geconsulteerde psychiater die keus onverstandig of moreel onjuist.

## 1.8 Wat is er nieuw aan dit boek?

30 In 2001 is de Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek naar Zorgvuldige Zelfdoding (w o z z) opgericht met een uitsluitend wetenschappelijke doelstelling. De Stichting w o z z, of kortweg de w o z z, geeft geen hulpverlening aan mensen met een doodswens. De Stichting heeft een aantal deskundigen uit verschillende disciplines (zie bij de namen van de auteurs) bij elkaar gebracht om deskundige, nauwkeurige en betrouwbare informatie op te stellen over methoden van humane levensbeëindiging.

Het w o z z bestuur heeft bij de eerste editie van dit boek (in maart 2003) de lezerskring beperkt tot artsen, andere hulpverleners en deskundigen van juridische of ethische disciplines. Vijf jaar later is het bestuur van de w o z z van mening dat deze informatie niet langer tot een medische lezerskring beperkt moet blijven. Uit discussie's in de media, uitspraken van rechters in de afgelopen vijf jaar en uit wetenschappelijk onderzoek, is duidelijk geworden dat er in de samenleving behoefte bestaat aan verantwoorde informatie over een zelfstandige en waardige levensbeëindiging. Vanwege de gevoelige aard van deze informatie heeft het bestuur besloten om dit boek niet via de boekhandel te verspreiden maar via een website te verkopen (zie appendix 3).

Handleidingen over de technische uitvoering van humane zeldoding zijn een nieuw fenomeen. In 1980 verscheen in Nederland de eerste handleiding ter wereld voor artsen. In datzelfde jaar kwam in Schotland een brochure uit over methoden voor een zelfgekozen dood zónder hulp van een arts. Sedertdien zijn verschillende handleidingen gepubliceerd hoe iemand op humane wijze een einde aan zijn leven kan maken zonder hulp van een arts. Bekendheid kregen de bestseller 'Final Exit' door Derek Humphry en 'Departing Drugs' door Chris Docker en Carol Smith.<sup>19</sup> Dit laatste boek is in het Nederlands vertaald als 'Het Schotse boekje voor methoden van zelfdoding' en door de NVVE aan haar leden verkocht. In 2007 is deze verkoop gestaakt.

Na bestudering van deze publicaties zijn de auteurs van de w o z z boeken tot de conclusie gekomen dat alle geboden informatie tot nu toe onvoldoende is gebaseerd op de klinische toxicologie en de klinische farmacie. Daardoor zijn al deze eerdere uitgaven onnauwkeurig en soms zelfs onjuist ten aanzien van de medicijnen die moeten worden gecombineerd wil een zelfeuthanasie werkelijk een goede dood zijn. Met name besteden alle handleidingen onvoldoende aandacht aan de

onmisbare rol van bepaalde benzodiazepinen, die op zichzelf niet dodelijk zijn maar die een diepe slaap kunnen bewerken voorafgaand aan het overlijden.

Bovendien ontbreken in al deze boeken systematisch verzamelde verslagen van ooggetuigen. Die zijn niet alleen van belang in het geval van een geslaagde waardige levensbeëindiging, maar evenzeer bij mislukte pogingen tot humane zelfdoding met de door ons besproken middelen. Juist uit een verslag van (bijna) mislukte pogingen kunnen wij wijzer worden over zaken die mensen met een weloverwogen doodswens bij de voorbereiding over het hoofd hebben gezien.

Nieuwe elementen die dit boek toevoegt aan eerdere ‘doe-het-zelf’ lectuur zijn:

1. er wordt gebruik gemaakt van toxicologische en farmaceutische kennis;
2. er wordt zoveel mogelijk lering getrokken uit verslagen over zorgvuldig voorbereide maar mislukte pogingen.

De methoden van humane zelfdoding die in dit boek worden besproken, hebben hiermee een steviger fundament in de medische basiswetenschappen en in de praktijk van het sterfbed, dan alle voorgaande handleidingen.

De verschillende boeken die de Stichting wozz sinds 2003 heeft uitgebracht, verschillen onderling enigszins. De eerste Nederlandse editie bevatte uitsluitend informatie over de methode met slaapmiddelen in combinatie met verschillende medicijnen die in overdosis dodelijk zijn. In 2006 is een tweede uitgebreide editie in het Engels uitgebracht, waarin de methode met heliumgas is opgenomen die in de Verenigde Staten niet zelden wordt gebruikt.<sup>20</sup> Ook is in de Engelse editie een hoofdstuk toegevoegd over de dodelijke medicijnen die artsen gebruiken voor hulp bij zelfdoding in die landen waar hun dat wettelijk is toegestaan.

In deze derde, opnieuw uitgebreide editie (in het Nederlands) is voor het eerst een hoofdstuk opgenomen hoe men het leven op een draaglijke manier kan beëindigen door ten dode te stoppen met eten en drinken. De methode met heliumgas wordt in dit boek niet besproken omdat, voor zover ons bekend, deze methode in Nederland zelden of nooit wordt toegepast. Op veler verzoek zijn een Duitse en Franse vertaling van de derde (nederlandse) editie in voorbereiding.

Voor actuele informatie over de Stichting wozz zie de website [www.wozz.nl](http://www.wozz.nl).



# Bewust stoppen met eten en drinken onder palliatieve begeleiding

32

### 2.1 het verloop

Stoppen met eten en drinken kan voor oude of voor zieke mensen een aanvaardbare weg zijn om hun leven te beëindigen. Niet alle artsen weten dit en niet alle artsen weten hoe ze zo'n sterfbed kunnen begeleiden. Voordat iemand tot deze vorm van levensbeëindiging besluit, is overleg nodig met familieleden of andere vertrouwenspersonen en met een arts. Bij de uitvoering is namelijk de dagelijkse verzorging door de naasten en verpleegkundigen onmisbaar. Voor een goed verloop maakt het verder veel verschil of iemand die deze weg kiest, weet hoe het gewoonlijk verloopt, welke problemen er kunnen optreden en hoe die te voorkomen zijn.

Mensen die nog niet terminaal zijn en die proberen hun overlijden te bespoedigen, stoppen vaak tegelijkertijd met eten en drinken. Wanneer zij dat volhouden, komt het overlijden na 1 tot 2 weken. Anderen stoppen eerst met eten en houden daarna, in de loop van dagen tot weken, geleidelijk op met drinken. In dat geval duurt het langer voordat men overlijdt, maar er zijn aanwijzingen dat het dan milder verloopt. Nadat het drinken is gestopt, krijgt iemand alleen nog vocht binnen door het opfrissen van de mond. Daarvoor is een half glas water (50 cc) voldoende. Dat krijgt men binnen als men af en toe de mond bevochtigt met een watervernevelaar en een paar keer per dag op ijssplinters in een gaasje zuigt. In paragraaf 2.5 wordt nader ingegaan op de mondverzorging.

Het is heel gewoon dat mensen de laatste dagen voor hun overlijden nauwelijks meer drinken. Veel mensen denken dat opzettelijk stoppen met drinken om het overlijden te bespoedigen een lijdensweg is. Dit hoeft echter niet met lijden gepaard te gaan wanneer de mondverzorging en de soms noodzakelijke pijnbestrijding goed is. De verzorging kan door een (wijk)verpleegkundige worden gegeven met assistentie van dierbare personen en bij voorkeur onder begeleiding van een huisarts of een verpleeghuisarts die geschoold is in de palliatieve zorg rond het levenseinde.

Nadat iemand bewust is gestopt met eten en drinken, treedt na verloop van tijd een algehele verzwakking op. Deze verzwakking doet denken aan de laatste fase van een dodelijke ziekte maar zónder klachten van pijn of benauwdheid. Het bewustzijn blijft aanvankelijk helder. Er is dan nog een gesprek mogelijk met de naasten of de wens te sterven definitief is of niet. Het stoppen met drinken kan iemand bij nader inzien te zwaar vallen of de naasten kunnen hun dierbare overreden om nu nog niet dood te gaan, zodat z/hij weer gaat eten en drinken.

Op elk moment kan iemand terugkomen op het besluit om het levenseinde te bespoedigen en dat gebeurt tijdens de eerste dagen niet zelden. De verantwoordelijkheid om door te gaan met vasten en dorsten ligt bij de persoon zelf. Deze bevestigt de keus om ermee door te gaan door het glas water dat wordt aangeboden, niet leeg te drinken. Ongeveer 1 op de 6 personen die bewust waren gestopt met drinken om eerder te overlijden en die uitstekende palliatieve zorg ontvingen, kwamen op dat besluit terug. Vaak gebeurde dat op aandrang van de familie die het met dit besluit niet eens was.<sup>1</sup>

De dood wordt veroorzaakt door stoppen met drinken, niet door stoppen met eten. Zonder vochttoevoer kunnen de nieren na ongeveer een week geen urine meer maken en dus de afvalproducten van de stofwisseling niet meer uit het bloed verwijderen. Sommige patiënten worden na een week niet drinken suf doordat hun nieren de stof ureum niet meer kunnen uitscheiden. Deze sufheid wordt niet als onprettig ervaren. Tot een dag voor het overlijden blijven er niet zelden heldere momenten waarin men dierbaren herkent en contact heeft, hoe verzwakt men ook is. Tenslotte kan het hart niet regelmatig meer kloppen en overlijdt iemand in de slaap aan een hartstilstand.

## 2.2 Variaties in het verloop bij verschillende personen

Stoppen met eten drinken om eerder dood te gaan heet in Oregon (USA) 'voluntary refusal of food and fluid', een vrijwillige weigering van voedsel en vocht. In Nederland noemt men dit soms 'versterven'. Deze term wordt echter vaak gebruikt voor demente bejaarden die niet meer wilsbekwaam zijn en die *spontaan* stoppen met eten en drinken. Bij hen kan dit proces maanden duren. Het gebruik van 'versterven' voor zowel wilsbekwame patiënten die stoppen met drinken als voor wilsonbekwame (demente) patiënten, kan verwarrend zijn. In dit boek spreken wij over bewust stoppen met eten en drinken of over bewust versterven om de eigen keuze tot uitdrukking te brengen.<sup>2</sup>

Bij patiënten met uitgezaaide kanker of dementie komt het regelmatig voor dat honger- en dorstgevoelens *spontaan* afnemen zodat iemand op den duur bijna niets meer eet en drinkt. Deze patiënten hebben niet de wens om eerder te sterven door niet meer te drinken. Patiënten met kanker of dementie die *spontaan* niet meer drinken, sterven ook door uitdroging maar bij hen is de uitdroging het gevolg van de ziekte en niet van het besluit om eerder te overlijden.

Sommigen denken bij ten dode vasten aan mensen in de kracht van hun leven, zoals hongerstakers of patiënten met anorexia nervosa. Deze hebben nog een heel leven vóór zich, maar vasten vanuit politieke motieven of onder invloed van een psychiatrische ziekte. Bij hen komt het overlijden meestal na een lange lijdensweg, die ook met goede mondverzorging nauwelijks te verzachten valt.

Bij sommige mensen die kanker hebben en die gestopt zijn met eten en drinken om eerder te overlijden, schrijft een arts direct medicijnen voor die de patiënt continu in slaap brengen. In dat geval lijkt de gang van zaken op ‘palliatieve sedatie’, maar dat is iets anders. Bij palliatieve sedatie is er onbehandelbaar lijden, bijvoorbeeld braken, verwardheid of pijn. In sommige situaties kan dat lijden slechts worden opgeheven door een patiënt in een diepe slaap te brengen tot de dood volgt. Meestal wordt dan ook geen vocht toegediend.<sup>3</sup> Bewust stoppen met drinken om eerder dood te gaan, hoeft echter niet met lijden gepaard te gaan wanneer de verzorging optimaal is. Daarom is er bij iemand die niet meer drinkt om de dood te bespoedigen géén goede reden om de patiënt continu in slaap te brengen. Als er geen onbehandelbaar lichamelijk lijden is, is er geen indicatie voor palliatieve sedatie.

Het kan zijn dat de patiënt **verwacht** te zullen lijden door het stoppen met drinken en daar angstig voor is. Een angstige verwachting is reden voor goede informatie over het draaglijke verloop bij een goede (mond)verzorging. Het kan ook reden zijn voor enige pijnstilling als de patiënt daarom vraagt of voor een kalmerend middel als iemand erg gespannen is. Als iemand desondanks te angstig blijft om het overlijden in regie te nemen, is h/zij er nog niet aan toe om zelf de verantwoordelijkheid daarvoor te nemen. Wanneer iemand die helder van geest is, angst heeft om te sterven, kan dat soms een reden zijn om iemand tijdelijk te laten slapen maar het is geen reden om iemand **continu** te laten slapen tot de dood volgt.

In sommige religies is ‘afscheid van spijs en drank’ voorafgaand aan het sterven, niet onbekend. Bij het Jäinisme in India heeft ten dode vasten en dorsten de betekenis van een overwinning van het spirituele zelf

op het lichaam en dat staat in hoog aanzien. Er zijn sterfhuizen in Benares (India) beschreven waar oude mensen die kort tevoren waren gestopt met eten omdat zij menen dat hun tijd gekomen is, met hun familie toegang krijgen voor een gezamenlijk afscheid.<sup>4</sup> Voor hen is niet meer eten een daad van controle over het afscheid van het leven.

In Engeland heeft de 'Natural Death Movement' gesteld dat ten dode vasten euthanasie overbodig zou maken. Hetzelfde betoog is in de Verenigde Staten gehouden.<sup>5</sup> Echter, stoppen met eten en drinken kan niet altijd de plaats innemen van euthanasie. De hulp van een arts bij een waardige levensbeëindiging is immers onmisbaar wanneer patiënten die fysiek niet meer in staat zijn hun leven te beëindigen, besluiten dat zij de resterende dagen of weken liever niet willen meemaken. In Zwitserland, Oregon (USA), Nederland en België is doktershulp bij zelfdoding of euthanasie in dat geval soms mogelijk binnen de wet. In de landen waar dat wettelijk is verboden, passen artsen in plaats daarvan soms terminale sedatie toe of zij beëindigen het leven in stilte.<sup>6</sup>

Er zijn aanwijzingen dat in Nederland patiënten soms kiezen voor bewust stoppen met eten en drinken nadat een arts hun verzoek om euthanasie heeft afgewezen. Na deze weigering gaan zij op zoek naar een methode waarbij zij de regie over hun levenseinde in eigen hand kunnen nemen. Stoppen met eten en drinken kan soms zo'n weg zijn, ook al is deze misschien tweede keus. De arts kan daarbij niet gemist worden omdat goede palliatieve zorg van belang blijft. Toch is er een belangrijk verschil tussen een verzoek om levensbeëindiging en bewust ten dode dorsten. Een arts kan nooit verplicht worden tot levensbeëindiging. Maar bij bewust ten dode stoppen met eten en drinken door een wilsbekwame patiënt, rust op een arts wél de plicht om al het mogelijke te doen om het lijden dat ontstaat door het dorsten te verzachten. Die plicht blijft ook bestaan als de arts het niet eens is met het besluit van de patiënt (zie paragraaf 2.6).

Als iemand overlijdt *na zeven of meer* dagen vrijwel niets drinken, is het aannemelijk dat uitdroging van het lichaam de dood heeft veroorzaakt of bespoedigd. Een dergelijk bewust veroorzaakt overlijden lijkt volgens sommigen op een 'zelfdoding'. Toch wordt deze manier om het levenseinde te bespoedigen door de persoon zelf én door de naasten vaak als een natuurlijk stervensproces ervaren. Uit de overlijdensverklaring blijkt dat ook artsen dit als een 'natuurlijke dood' beoordelen, zelfs als de overledene geen dodelijke ziekte had.

In de rest van dit hoofdstuk worden uitsluitend personen besproken die willens en wetens, in overleg met naasten, besluiten om de dood te veroorzaken door te stoppen met eten en drinken. Zij kiezen een moeilijke maar niet onbegaanbare weg. Daarbij maakt het groot verschil of de patiënt en diens verzorgers weten hoe zij deze weg draaglijk kunnen maken. Uit onderzoek is gebleken dat dit mogelijk is. Aan het slot van dit hoofdstuk wordt het verloop beschreven bij twee hoogbejaarde vrouwen die geen dodelijke ziekte hadden: bij de een verliep het waardig en bij ander ellendig.

Voor de lezer die zelf geen ervaring heeft met ten dode stoppen met drinken, is het aan te raden eerst deze voorbeelden te lezen als illustratie van de nu volgende paragrafen. Zonder deze voorbeelden blijft het een theoretisch verhaal.

### 2.3 Inzichten uit onderzoek

Elk jaar kiezen in Nederland ongeveer 2.800 personen er voor om het overlijden te veroorzaken of te bespoedigen door te stoppen met eten en drinken.<sup>7</sup> Deze manier om het leven te beëindigen in regie van de patiënt zelf komt even vaak voor als euthanasie en doktershulp bij zelfdoding tezamen.<sup>8</sup> In andere landen is niet onderzocht hoeveel patiënten hun overlijden bespoedigen door bewust te stoppen met eten en drinken.

De grote meerderheid van degenen die overleden door stoppen met eten en drinken, was ouder dan 60 jaar. Omdat bij ouderen het hongeren dorstgevoel vaak is verminderd, kan deze route naar de dood hen minder zwaar vallen. Bij driekwart van hen was het overlijden door een naaste beoordeeld als een waardig sterfbed.

Men kan de 2.800 overledenen indelen in drie groepen op basis van de aanwezigheid van een (dodelijke) ziekte.

- Bij 40% was de diagnose kanker gesteld; sommigen bevonden zich nog in een vroege fase van deze ziekte maar wensten geen (verdere) behandeling.
- Ongeveer 30% had een ernstige psychiatrische en/of een ernstige somatische (vaak neurologische) ziekte.
- Bij de overige 30%, ongeveer 800 personen, bestond geen ernstige ziekte. Deze personen hadden ouderdomsgebreken, zoals niet meer kunnen zien of horen, niet meer kunnen lopen of onbehandelbare pijnklachten.

Over oudere personen die niet ziek zijn maar wel een uitdrukkelijke doodswens hebben, wordt in Nederland soms gezegd dat zij 'lijden aan het leven' of dat zij hun leven als 'voltooid' beschouwen. Sommigen pleiten ervoor dat aan ouderen die hun leven als voltooid beschouwen – op hun uitdrukkelijk en herhaald verzoek – een dodelijk middel wordt verstrekt. 'Lijden aan het leven' blijkt geen incidenteel probleem te zijn: jaarlijks nemen ongeveer 800 personen zonder ernstige of dodelijke ziekte, hun dood in regie door te stoppen met eten en drinken. Na een goede mentale en praktische voorbereiding, verloopt dit vaak waardig.

#### 2.4 Welof niet een verzoek om levensbeëindiging aan de arts

In Nederland is doktershulp bij zelfdoding (met tabletten of een drank) en euthanasie (met een injectie) mogelijk geworden door een nieuwe wet in 2002. In de meeste andere landen is doktershulp bij zelfdoding strafbaar en zullen patiënten er daarom ook zelden om vragen. Voor Nederland is nagegaan of mensen die door stoppen met eten en drinken waren overleden, tevoren aan de arts om levensbeëindiging hadden gevraagd. De helft van de ± 2800 overledenen had dit gedaan maar hun verzoek was afgewezen. De ander helft had er niet om gevraagd.

De redenen dat patiënten met een uitdrukkelijke doodswens hun arts niet om levensbeëindiging vragen, terwijl de wet hiervoor wel ruimte geeft, zijn divers. Eén nabestaande noemde als reden om geen hulp bij levensbeëindiging te vragen aan een arts: 'Moeder wilde haar arts daar niet mee belasten.' Een ander noemde een gebrekkige communicatie met de arts: 'Zij had geen kanker en daarom was haar wens te mogen sterven voor de arts onbespreekbaar.' Weer een ander schreef: 'Mijn broer wilde niet om hulp bij levensbeëindiging vragen want als de arts zou weten wat hij van plan was, dan zou z/hij het proberen te verhinderen.'

Mensen die met een naaste de wens tot levensbeëindiging bespreken, volgen de berichten op t.v. en in de pers over euthanasie en krijgen daaruit een indruk wat er nodig is om voor het 'euthanasie-examen' te slagen. Zij kunnen redelijk inschatten dat zij geen kans maken als er geen ernstige ziekte is. In hun ogen heeft het dan ook geen zin daar moeite voor te doen. Voor een arts is het een last minder als er niet om een dodelijke handeling wordt gevraagd en de patiënt de regie over het bespoedigen van het levenseinde in eigen hand neemt. Dat hoeft niet tot

een breuk in het contact te leiden wanneer de arts kan accepteren dat de patiënt de regie heeft. Het kan zelfs tot een verdieping van de gesprekken leiden, zoals blijkt uit de beschrijving van het proces van besluitvorming door mevrouw B. om haar dood te veroorzaken door te stoppen met eten en – geleidelijk – ook met drinken (paragraaf 2.9.1). Mensen kunnen het tijdstip van hun dood ook in eigen hand nemen wanneer zij tijdig dodelijke middelen verzamelen. De mogelijkheden hiervoor worden beschreven in hoofdstuk 3 en 4 van dit boek. Maar voor de ernstig zieke mevrouw G. (zie 2.9.2), die dit niet had voorbereid, bleef ten dode vasten als enige mogelijkheid over nadat de arts haar euthanasieverzoek had afgewezen.

De overledenen die wel een verzoek om euthanasie hadden gedaan, kregen te horen dat hun arts hiertoe niet bereid was. Als redenen voor de afwijzing van het euthanasieverzoek worden genoemd: U bent ‘niet ziek’, ‘u bent niet dodelijk ziek’ en ‘u bent niet terminaal’. Een terminale fase van een ziekte wordt echter niet in de Nederlandse euthanasiewet als voorwaarde gesteld. Toch blijken artsen dit niet zelden als voorwaarde te noemen wanneer een patiënt om hulp bij levensbeëindiging vraagt.

De voorwaarden die in de wet worden gesteld aan een dodelijke handeling door een arts hebben betrekking op:

1. het verzoek om levensbeëindiging, dat vrijwillig en weloverwogen moet zijn;
2. het lijden van de patiënt, dat ondraaglijk en uitzichtloos moet zijn;
3. goede voorlichting aan de patiënt over diens vooruitzichten;
4. de overtuiging van de arts, in samenspraak met de patiënt, dat er geen redelijke andere oplossing is dan inwilliging van het verzoek;
5. een onafhankelijke arts, die is geraadpleegd en die de patiënt heeft onderzocht;
6. de uitvoering van de levensbeëindiging, die zorgvuldig moet zijn.<sup>9</sup>

## 2.5 De mondverzorging

Bijna de helft van de overledenen had tevoren geen informatie gezocht hoe zij het overlijden draaglijk konden doen verlopen. Eén op de vijf kreeg informatie van de huisarts en één op de tien van een medewerker van een vereniging voor waardig sterven. In Nederland geven de Stich-

ting De Einder of de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig LevensEinde (NVVE) deze informatie mondeling of als brochure. Nabestaanden hebben het overlijden achteraf in driekwart van de gevallen als waardig beoordeeld. Dat staat in contrast met het negatieve oordeel ('mensonwaardig') dat men soms leest over iemand die was overleden door 'verhonger en verdrinken', zoals sommigen dat afkeurend aanduiden. Uit onderzoek komt naar voren dat de negatieve beeldvorming rondom stoppen met eten en drinken eenzijdig is. Vaak is de mondverzorging niet of nauwelijks voorbereid. Het onwaardige verloop bij mevrouw G. werd veroorzaakt doordat zijzelf en haar familie geen idee hadden hoe zij het verloop draaglijk konden maken terwijl haar huisarts tekort schoot in het geven van palliatieve zorg.

Zoals velen uit eigen ervaring weten, verdwijnt bij strikt vasten het hongergevoel al na een dag of twee en ontstaat er vervolgens een gevoel van welbehagen. Dat komt doordat het lichaam als men geen suiker of andere koolhydraten meer tot zich neemt, een op morfine gelijkende stof maakt die een positief effect heeft op de stemming. Ook ontstaan er bij strikt vasten uit de verbranding van vetten bepaalde stoffen (ketonlichamen) die een pijnstillende werking hebben.<sup>10</sup>

Voor de persoon zelf en voor de naasten is het essentieel te beseffen dat het gevoel van dorst wordt veroorzaakt door uitdroging van het mondslimvlies. Als men kan voorkomen dat de mond uitdroogt, blijkt het dorstgevoel draaglijk te zijn. Dat is de ervaring in de palliatieve terminale zorg.

Er bestaan drie soorten hulpmiddelen om het gevoel van dorst te verminderen: middelen die de mond verfrissen, middelen ter stimulatie van de speekselafscheiding en speekselvervangende middelen. Van elke soort zijn meerdere merken in de handel gebracht. Aan het eind van deze paragraaf worden de namen van deze middelen gegeven waaronder zij in de handel verkrijgbaar zijn. Een vierde middel dient om de mond te reinigen ter voorkoming van schimmelinfecties. Deze infecties kunnen optreden wanneer de natuurlijke mondreiniging is verstoord doordat iemand niet meer eet en drinkt.

Het geeft vaak zelfvertrouwen als iemand die overweegt om de dood in regie te nemen door te stoppen met eten en drinken, vóór het begin daarmee uitprobeert welke mondverzorging de dorst wegneemt. De arts Stanley Terman heeft dat bij zichzelf getest door gedurende vier etmalen niets te eten en te drinken terwijl hij in goede gezondheid verkeerde. Hij deed zo leerzame ervaringen op over welke middelen voor de mondverzorging hem persoonlijk het beste bevielen en welke hij



niet nodig bleek te hebben. Terman beoordeelde elke paar uur zijn dorst op een schaal van 0 (geen dorst) tot 10 (extreme dorst). Bij goede mondverzorging kwam zijn score nooit boven de 5. Zijn hongergevoel op dezelfde 0-10 schaal kwam nooit boven de 2. Een wat langer citaat maakt duidelijk wat men kan leren van een grondige voorbereiding.

40

Het gangbare advies tegen dorst om te zuigen op ijssplinters in een gaasje, heb ik niet toegepast omdat ik bang was dat ik dit te vaak zou doen en dan te veel water binnen zou krijgen. Ook gebruikte ik geen citroendruppels met suiker en geen frisdrank omdat de suiker die daarin zit de insuline-productie stimuleert en dus het hongergevoel opwekt. Elke paar uur gebruikte ik een mondspray met een speekselvervangend middel dat mijn gehele 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 uitdroging van de mond tijdens het slapen voorkomt. Tandenspoetsen 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 vochtig. Ik had deze eerste dagen geen neusspray en geen gel voor de ogen nodig, maar ik had dat wel achter de hand.<sup>11</sup>

De voorzorgen die in dit citaat worden genoemd, maken duidelijk dat een gezonde persoon die gedurende vier dagen niets drinkt, wel last heeft van dorst maar dat dit draaglijk kan blijven. Er zijn aanwijzingen dat het dorstgevoel afneemt met het ouder worden.

Bij onderzoek in hospices beoordeelden ervaren verpleegkundigen de kwaliteit van sterven van patiënten die hun dood hadden bespoe-digd door bewust te stoppen met eten en drinken, gemiddeld met een 8: 'goed'.<sup>12</sup> In Nederland is aan familieleden en verpleegkundigen gevraagd het overlijden in de thuissituatie na bewust stoppen met eten en drinken te beoordelen. De meeste overledenen waren ouder dan 60 jaar, zodat bij hen de leeftijd een verzachtende rol kan hebben gespeeld. De meerderheid van de overledenen had geen dodelijke ziekte. Desondanks werd het verloop bij driekwart van de overledenen als waardig beoordeeld. Omdat de helft van hen tevoren geen informatie had gezocht over deze stervensweg, zou bij goede voorbereiding het verloop draaglijk kunnen worden voor nog meer patiënten.

Het bewustzijn wordt door vasten niet aangetast, zolang er geen ziekte is met koorts en mits er geen medicatie wordt gegeven die slapelig of suf maakt. Door niet meer te drinken kunnen de nieren na één tot twee weken de stof ureum niet meer verwijderen uit het bloed, zoals reeds eerder (in 2.1) is opgemerkt. Daardoor stijgt de concentratie van ureum in het bloed en dat veroorzaakt een geleidelijk toenemende sufheid. Het is belangrijk te weten dat men kan proberen deze sufheid te verminderen door wat water te drinken, waardoor de nieren een deel van het ureum kunnen uitscheiden. Het stervensproces duurt dan wel wat langer maar sommigen geven er de voorkeur aan tot kort voor het overlijden heldere momenten te hebben. Anderen vinden deze sufheid door de hoge ureumspiegel in het bloed niet onprettig.

### **Samenvatting van de belangrijkste middelen die bij de mondverzorging worden gebruikt:**

Er zijn vier soorten middelen die alle even belangrijk zijn. De verzorgers kunnen deze zonder recept kopen bij een apotheek:

1. Men kan de mond verfrissen met:
  - een stukje ijs in splinters geslagen en in een gaasje gebonden, waarop gezogen wordt;
  - een suikervrije ijslolly;
  - een kleine watervernevelaar of plantenspuit
  - lemon-swab wattenstaafjes, leverancier Huart & Watson in België (info@h-w.be), zonder recept verkrijgbaar (pas op: citroen kan pijnlijk zijn bij kleine wondjes en deze verergeren.)
- 1b. Om een slechte mondgeur te verdoezelen zijn er mondsprays met een mintsmaak zoals Halitha mondspray (2 à 3 keer per dag sprayen op tong met 3 à 4 pufjes)
2. Middelen om de speekselafscheiding te stimuleren:
  - suikervrije kauwgom, bijvoorbeeld Bioten kauwgom (www.bioten.nl), V6 kauwgom, of Freedent kauwgom.
3. Middelen die het speeksel vervangen. Deze voorkomen gedurende meerdere uren uitdroging van het mondslijmvlies. Tijdens de slaap is dit van groot belang. Zij worden geleverd als spray of als gel:
  - in spray: Salivart (drugs.pharmaceutical.com)
  - als spray of als gel: Oral Balance (www.drugs.pharmaceutical.com), Saliva Orthana, of Xialine. Deze middelen zijn zonder recept verkrijgbaar; de waardering ervan verschilt per persoon.

4. Reinigen van de mond ter voorkoming van een (schimmel)infectie, 2-3 keer per dag:
- denta-swab watenstaafje (niet geïmpregneerd) of een gaasje dat gedoopt wordt in een alcoholvrije chloorhexidine oplossing (bijvoorbeeld Perioaid 0.12) of in fysiologisch zout. Men strijkt hiermee twee tot drie keer per dag over de tong en langs binnen- en buitenkant van het tandvlees om het te reinigen van aanslag. In plaats van fysiologisch zout is het ook mogelijk gebruik te maken van een mengsel van een glas lauw gekookt water met een halftheelepeltje keukenzout of met kamille thee. Dat is prettig bij het gevoel van een plakkerige mond.
- Ook het gebruik van extra zachte (kinder-)tandenborstels wordt aanbevolen.
- Na de mondreiniging kan men de lippen vet houden door ze in te smeren met vaseline om ze zo tegen uitdroging te beschermen.

Als er weinig of geen speeksel meer is, zal een kunstgebit irritatie kunnen geven. Daarom is het beter geen gebitsprothese te dragen, tenzij de patiënt daar prijs op stelt. Bijvoorbeeld, wanneer er bezoek komt kan het gebit met een speekselvervangend middel worden ingebracht terwille van het uiterlijk en de verstaanbaarheid bij het spreken.

Bij personen die door de mond ademen, droogt de mond snel uit. Men kan dan een luchtbevochtiger (stoomapparaatje) boven het bed hangen in de nabijheid van de mond.

## 2.6 De verzorging en de palliatieve begeleiding

Als iemand begint met stoppen met eten en drinken zonder dat de arts hiermee instemt, moet men een gevolmachtigde benoemen die er op toe ziet dat de weigering van kunstmatige voeding en/of van een ziekenhuisopname wordt gerespecteerd.<sup>13</sup> Daarom is stoppen met eten en drinken tot de dood er op volgt moeilijk uitvoerbaar voor een oudere die geen kinderen of andere vertrouwenspersoon heeft die als gevolmachtigde kan optreden. Het komt soms voor dat een arts of psychiater dreigt om een oudere die ten dode stopt met drinken, wilsonbekwaam te zullen verklaren en kunstmatige voeding toe te dienen.<sup>14</sup>

Palliatieve begeleiding door een arts is wenselijk maar kan desnoods gemist worden als een arts weigert medewerking te geven. Het is wel van belang om een arts die palliatieve zorg weigert, te wijzen wordt op

zijn zorgplicht die volgens de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Wgbo) bestaat. Die zorgplicht blijft bestaan, óók als een arts persoonlijk deze stervenswens verkeerd vindt. Er wordt wel eens gezegd dat, als een arts alle medewerking weigert, men kan proberen een andere arts te zoeken. Dat blijkt echter vaak niet uitvoerbaar omdat een groep artsen in een regio vaak één afwijzende lijn trekken en weigeren de patiënt over te nemen. Zonder begeleiding door een arts is de methode nog wel uitvoerbaar, maar adviezen van en ondersteuning door een ervaren palliatief verpleegkundige zijn dan wel onmisbaar.

Een voorbeeld van een belangrijke voorbereidende maatregel is om ervoor te zorgen dat de darmen leeg zijn wanneer er wordt begonnen met vasten. Als dit wordt vergeten, ontstaat soms na een week vasten onrust door een dikke darm die gevuld is met voedselresten uit de periode dat er nog wel werd gegeten. Het is bekend dat een geobstipeerde endeldarm verwardheid kan veroorzaken. Na een week vasten is men te zwak om nog goed te kunnen persen.

Uit onderzoek weten we dat bij de meerderheid van de personen die overleden na stoppen met eten en drinken, er door een arts middelen ter verzachting zijn voorgeschreven in de vorm van een pijnstillert of een angstdempend benzodiazepine. Morfine werd aan ongeveer 40% van de overledenen gegeven, met name als er een dodelijke ziekte aanwezig was.

Een wilsbekwame patiënt heeft recht op informatie over de vraag of het levenseinde kan worden bespoedigd door te stoppen met een bepaald medicijn. Ouderen en zieken gebruiken meestal meerdere medicijnen. Slechts een enkele keer blijkt een patiënt met een weloverwogen doodswens ook het initiatief te nemen om alle medicijnen te weigeren in de hoop dat het overlijden sneller komt. Dit kan bij bepaalde medicijnen, zoals insuline, plastabletten en andere, onnodig problemen geven. Daarom kan stoppen met een medicijn beter in overleg met de arts gebeuren.

In de palliatieve zorg worden naast kalmerende medicijnen ook diverse pijnstillers gebruikt, zoals paracetamol. De reeds genoemde arts Terman voelde zich redelijk dankzij een sterkere pijnstillert (Diclofenac: 3 keer daags 50 mg als zetspil). Veel patiënten krijgen morfine. Morfine heeft echter soms een belangrijk nadeel. Wanneer iemand al een aantal dagen vrijwel niets heeft gedronken, wordt morfine gauw te hoog gedoseerd omdat de uitscheiding via de nieren is verminderd. Morfine geeft op zichzelf al risico op verwardheid met hallucinaties en dat risico is groter als een patiënt reeds is gestopt met drinken. Dat maakt het con-

tact met de naasten onmogelijk zodat een waardig en bewust afscheid wordt bedorven. Artsen denken soms bij verwardheid dat de uitdroging de oorzaak is van de verwardheid. In plaats van de morfinedosis te verlagen of te stoppen, voegen zij daar soms een medicijn aan toe dat slaperig maakt, zoals Dormicum of Valium. Volgens deskundigen in de palliatieve zorg is dat een ernstige fout.<sup>15</sup> Want door Dormicum toe te voegen bij de morfine, zal het bewustzijn eerder niet dan wel opklaren. Het zijn de verzorgende familieleden of verpleegkundigen die een arts hierop moeten wijzen omdat de patiënt zelf dat niet meer kan door de verwardheid. Een consult van een palliatief specialist is soms gewenst en de familie kan hierop aandringen. Een consulent zal als regel adviseren de morfine te stoppen of de dosering te verlagen en tevens een lage dosering het medicijn haldol voorstellen tegen de verwardheid.

Het is vaak lastig te voorspellen of iemand zal reageren met verwardheid wanneer er wordt begonnen met een bepaalde (lage) dosis van morfine. Men kan voorafgaand aan het stoppen met eten en drinken uittesten hoe iemand op een lage dosis morfine reageert. De dochter van een arts die ten dode had gevast en gedorst, rapporteerde dat haar vader een week vóórdat hij met dorsten was begonnen zichzelf had ingesteld op een lage dosering morfine (2 keer daags één tablet van 10 mg). Bij deze dosering bleef zijn bewustzijn helder en had de morfine een positief effect op de stemming. Die dosering hoefde niet te worden verhoogd gedurende de 15 dagen dat het overlijdensproces onder invloed van vasten en dorsten heeft geduurd. Toen de laatste dagen het inslikken van de tabletten onmogelijk werd, kreeg hij een vergelijkbare dosis morfine onder de huid toegediend. Een hoogbejaarde chirurg, die leed aan het leven en die dit wenste te beëindigen, kondigde zijn kinderen aan dat hij ten dode zou vasten en dorsten. Eerst probeerde hij uit hoe hij reageerde op een lage dosis morfine. Vervolgens nam hij dezelfde dosis in gedurende de twee weken dat zijn sterfbed duurde. Voor patiënten die geen arts zijn en die ten dode willen stoppen met drinken, is het moeilijk te begrijpen waarom zij niet dezelfde verzachtende behandeling zouden mogen krijgen of uittesten vóórdat zij het drinken stoppen.

De bedoeling van het voorafgaande is niet om op deze plaats uitgebreider op verschillende palliatieve medicijnen in te gaan maar om duidelijk te maken dat een optimaal verloop voorbereiding vraagt van de patiënt en deskundigheid van de arts. De kennis over levensbeëindiging door bewust ten dode dorsten onder regie van de patiënt zelf, is onder artsen nog onvoldoende bekend doordat in opleiding en bijscholing

van huisartsen en verpleeghuisartsen hieraan weinig aandacht wordt besteed. In een recent standaardwerk over palliatieve zorg wordt er in het geheel geen aandacht aan besteed.<sup>16</sup> Dat is merkwaardig, omdat we nu weten dat een zelfstandige levensbeëindiging door bewust te stoppen met eten en drinken in Nederland even vaak voorkomt als levensbeëindiging door een arts. Artsen worden wel geschoold in levensbeëindiging onder hun regie, maar niet in hun rol bij een waardige levensbeëindiging onder regie van de patiënt.

## 2.7 Hoe lang duurt het?

Wanneer iemand binnen 7 dagen na het stoppen met drinken overlijdt, is het aannemelijk dat een ziekte in belangrijke mate tot de dood heeft bijgedragen. Deze gevallen zijn niet in de tabel hieronder opgenomen.

*Tabel. Tijdsduur van vasten en dorsten tot overlijden, uitgesplitst naar ernst van de ziekte, bij in totaal 97 personen.<sup>17</sup>*

	dodelijke ziekte	ernstige ziekte	geen dodelijke en geen ernstige ziekte
7-9 dagen	10	9	5
10-12 dagen	10	7	4
13-15 dagen	8	4	10
16-18 dagen	3	0	1
19-30 dagen	8	4	3
31-60 dagen	0	6	2
> 60 dagen	0	1	2
<b>Totaal</b>	<b>39</b>	<b>31</b>	<b>27</b>

Sommige personen die volledig zijn gestopt met drinken bleken reeds na 7-9 dagen te zijn overleden. Een aanwezige ziekte of een hoge leeftijd hebben dit in vergelijking met anderen snelle overlijden bevorderd. De meerderheid (circa 70%) overleed binnen 16 dagen doordat zij strikt hadden gedorst. Nog eens 20% overleed na 16-30 dagen: zij stopten van de ene dag op de andere met al het eten, maar verminderden het drinken geleidelijk en dronken tenslotte vrijwel niets meer. Enkele patiënten (circa 10%) begonnen met vasten en bleven nog lange tijd onbepert drinken. Pas na 1 tot 2 maanden verminderden zij ook het drinken.

Wie ervoor kiest om te overlijden door ten dode te vasten en dorsten blijkt zelf invloed te hebben op de tijdsduur van het gehele proces: men kan het afscheid rekken door af en toe wat te drinken. Men kan het versnellen door niets te drinken maar dat maakt het mogelijk ook extra zwaar.

46 Bij sommige dodelijke ziekten, zoals kanker, dementie of AIDS, is het een bekend symptoom dat de behoefte aan eten en drinken spontaan vermindert. Iemand die het levenseinde wil bespoedigen, zal in dat geval minder last hebben van honger en dorst na het besluit om te stoppen met eten en drinken. Veel patiënten met kanker weten niet dat zij, dankzij de verminderde eetlust, hun overlijden geruime tijd kunnen bespoedigen. Veel artsen zijn onzeker of zij deze informatie zullen geven aan een patiënt met kanker die nog maanden zou kunnen leven, maar die uitdrukkelijk verlangt naar het einde. Dat verlangen hoeft niet te zijn veroorzaakt door belastende somatische symptomen maar kan ook worden ingegeven door de wens van de patiënt om het onvermijdelijke einde niet te rekken. Dat verlangen om eerder dood te gaan is op zichzelf geen reden voor een arts om euthanasie te verlenen, want er hoeft geen sprake te zijn van ondraaglijk lijden door pijn of door andere belastende symptomen. Het is onduidelijk waarom veel artsen zo terughoudend zijn om hun patiënten met een dodelijke ziekte er op te wijzen hoe zij het einde zouden kunnen bespoedigen als zij dat wensen.

## 2.8 Samenvatting van maatregelen om stoppen met eten en drinken draaglijk te laten verlopen

In Nederland is rondom doodgaan veel openheid gekomen tussen artsen en patiënten. Het is merkwaardig dat er in Nederland tussen artsen en patiënten met een dodelijke ziekte vaak wel over euthanasie wordt gesproken, maar niet over andere manieren waarop iemand de regie over het levenseinde zelf in handen kan nemen en het overlijden kan bespoedigen. Daarom is dit hoofdstuk geschreven voor zowel artsen als patiënten in de hoop dat zij helder met elkaar praten over *bewust* 'versterven'.

Het is duidelijk dat het verloop van ophouden met eten en drinken gunstig kan worden beïnvloed. Uit de twee voorbeelden in de slotparagraaf (2.9) blijkt dat er een verschil bestaat van dag en nacht tussen de laatste levensdagen van mevrouw B. (waardig sterfbed) en van mevrouw

G. (onwaardig sterfbed). Toch waren beiden omringd door familieleden en verpleging, maar de arts speelde in deze gevallen een geheel andere rol en de communicatie tussen arts en patiënt verliep in onderlinge strijd. In deze slotparagraaf zetten we op een rij welke maatregelen een draaglijk verloop kunnen bevorderen. Voorwaarde daarbij is dat er geen strijd ontstaat.

47

*De mentale voorbereiding op een onherroepelijk afscheid van het leven.*

Voor een goed verloop van bewust versterven is de innerlijke acceptatie van het levenseinde het belangrijkste. In het eerste hoofdstuk (paragraaf 1.3) hebben we enkele belangrijke punten van deze voorbereiding aangestipt die raken aan de zingeving van het leven dat iemand heeft geleefd. De levensbeschouwing van de persoon die gaat sterven bepaalt hoe de mentale voorbereiding op het sterven inhoud krijgen. Dit boek concentreert zich op de uitvoering van methoden voor een zelfstandige en waardige levensbeëindiging en gaat daarom niet dieper op de mentale voorbereiding in. Deze is wel essentieel voor een goed verloop van bewust versterven of van een waardige zelfdoding met medicijnen.

*Acceptatie van het besluit om ten dode te vasten en dorsten door de naasten en de arts.*

Regelmatig komt het voor dat iemand onder de gegeven omstandigheden de eigen dood als onvermijdelijk accepteert, maar dat een kind of een arts dit nog niet kan. Dat kan leiden tot strijd over het besluit om tot uitvoering van de doodswens over te gaan. Het voorbeeld van mevrouw G. illustreert hoe strijd met de arts over haar verzoek om hulp bij levensbeëindiging, het sterfbed zwaar kan belasten. Zij dacht haar huisarts tot deze hulp te kunnen bewegen door te laten zien dat zij nu echt wenste te sterven, maar hij voelde zich door haar gechanteerd en zette de hakken in het zand. Als er nog een vertrouwensbasis was geweest, had de huisarts haar kunnen uitleggen dat hulp bij levensbeëindiging over zijn morele grenzen heen ging. Hij vreesde dat andere bewoners hem ook om hulp bij levensbeëindiging zouden gaan vragen en dat hij geen argumenten meer zou hebben om hen die hulp te weigeren. Indien hij dit bespreekbaar had gemaakt, dan had hij haar kunnen geruststellen dat hij haar wel goed zou begeleiden als zij het leven zou willen beëindigen door te stoppen met eten en drinken. Bij dit soort conflicten is het van groot belang dat een huisarts een familiegesprek belegt om gezamenlijk te zoeken naar een uitweg uit de strijd. Als de huisarts onderdeel is van de strijd, is een externe begeleider hierbij nodig.



*Een verschil tussen stoppen met eten en stoppen met drinken.*

Er bestaat ruime ervaring dat bij stoppen met eten het hongergevoel vaak al na 1 of 2 dagen verdwijnt mits iemand uitsluitend nog water drinkt. Echter, zodra men een kleine hoeveelheid koolhydraten binnen krijgt, bijvoorbeeld de suiker die in frisdranken of kauwgom zit, reageert het lichaam met de afscheiding van insuline en kan er weer honger ontstaan.

Bij stoppen met drinken is het minder duidelijk dan bij stoppen met eten wat de beste strategie is. Volledig stoppen met drinken is een erg zware opgave. Artsen rapporteren dat geleidelijk afbouwen van het drinken soms beter wordt verdragen. Bijvoorbeeld, de normale 2 liter vocht per dag kan men telkens met de helft verminderen: Op de eerste dag naar 1 liter, vervolgens naar een halve liter (dag 2), naar een kwart liter (dag 3), enzovoort. Op de 6<sup>e</sup> dag zit men dan al onder de 50 cc wateropname, dat is de inhoud van een half waterglas. Daarna kan men op dat niveau blijven of men kan geheel stoppen. Men kan het afbouwen van het drinken ook 'op het gevoel' doen, zoals mevrouw B. het deed, bij wie het overlijden na drie weken kwam.

*De mondverzorging.*

Van alle praktische maatregelen om stoppen met eten en drinken draaglijk te laten verlopen is de mondverzorging het belangrijkste. In het slot van paragraaf 2.5 staan de belangrijkste mogelijkheden vermeld om de uitdroging van het mondslijmvlies te voorkomen. Men bedenke daarbij dat wat bij de een goed werkt, een ander onprettig vindt. Bijvoorbeeld, ijssplinters in een doekje waarop men kan zuigen, worden vaak als een verlichting ervaren maar anderen gunnen dat zichzelf niet. Een handspuit-vernevelaar gevuld met water geeft verlichting. De hoeveelheid water die iemand per dag binnen krijgt bij gebruik van een watervernevelaar of door af en toe te zuigen op ijssplinters, is te verwaarlozen. Soms kan men een vernevelaar boven het gezicht hangen om de lucht vochtig te houden. Een ervaren palliatief verpleegkundige kan adviseren over de verschillende mogelijkheden. Als die ervaring niet beschikbaar is, zal iemand met hulp van anderen *tevoren* moeten uitproberen wat bevalt en wat niet. Want als er door uitdroging van het slijmvlies eenmaal zweren en korstjes in de mond zijn ontstaan, dan is het moeilijk om die in het verdere beloop weer te doen verdwijnen.

### *Darmreiniging*

Kort voor het beginnen met vasten doet men er goed aan te zorgen dat de darmen leeg zijn door gebruik van een laxerend middel. Hiermee voorkomt men problemen tegen de tijd dat men te zwak is om nog te kunnen persen.

49

### *Medicijnen ter verzachting van het beloop*

Morfine kan het comfort bevorderen maar als er verwardheid optreedt moet het altijd gestaakt worden. Als dat niet kan vanwege pijn, dan is het streven om de dosering te verminderen. In de palliatieve zorg is bekend dat een patiënt minder pijn aangeeft wanneer z/hij de pijn kan voorkómen door zelf de dosering van een medicijn en het tijdstip van inname aan te passen. De huisarts van mevrouw B. paste dit inzicht toe door bij de start van het vasten en dorsten enkele slaaptabletten en wat pillen tegen angstige spanning achter te laten, waarvan zij slechts spaarzaam gebruik heeft gemaakt.

Niet alle artsen zijn hiertoe bereid, zeker niet wanneer zij nog niet overtuigd zijn dat de persoon werkelijk wil sterven. Sommige artsen geven in het begin geen verzachtende medicijnen omdat zij van mening zijn dat iemand tijdens de eerste fase van vasten en dorsten moet tonen dat het menens is door de zware beginfase zonder verzachtende medicijnen te doorstaan. Het lijkt soms alsof iemand eerst moet laten zien dat het menens is, voordat er verzachtende hulp wordt gegeven. Deze opstelling van artsen kan strijd bevorderen met de patiënt. Sommige overleden personen hadden voorafgaand aan het vasten en dorsten een hoeveelheid slaap- of andere verzachtende medicijnen gespaard voor het geval de huisarts niets zou willen voorschrijven. Zo kon wel de strijd met de arts worden vermeden maar de vertrouwensbasis werd er niet beter op.

### *Aanvullende praktische maatregelen*

Een speciale matras ter voorkoming van doorliggen is van groot belang en geeft veel comfort tijdens de vele uren in bed als iemand te verzwakt is om nog uit bed te komen. In de thuissituatie kan een dergelijke matras via een kruisvereniging worden gehuurd.

Een katheter is niet nodig zolang iemand nog met hulp uit bed kan komen om te plassen. Wanneer iemand daarvoor te zwak geworden is, wordt een blaaskatheter aanbevolen om de belasting door het verschoenen tot een minimum te beperken. Anderen menen dat een goed absorberende luier minder ongemak geeft dan een katheter, zeker omdat na verloop van tijd de hoeveelheid urine gering wordt.

Deze opsomming kan vanzelfsprekend niet volledig zijn. Dagelijks bezoek van een huisarts en adviezen van een ervaren palliatief verpleegkundige kunnen de patiënt en de familie veel rust geven. Die adviezen kunnen er toe bijdragen dat het gevoel van dorst draaglijk blijft en dat de stervende zo lang mogelijk af en toe bij kennis is.

## 2.9 Twee voorbeelden uit de praktijk

### 2.9.1 Mevrouw B.

Door de dochter en de huisarts is verslag uitgebracht hoe mevrouw B. door te stoppen met eten en drinken is overleden in goede harmonie met haar omgeving en zonder grote problemen.

*Sociale situatie en persoonlijkheid:* Mevrouw B. is altijd huisvrouw geweest en was sinds twaalf jaar weduwe. Zij had goed contact met haar twee betrokken kinderen. Zij woonde zelfstandig, had veel sociale contacten en leidde voor haar leeftijd van 86 jaar een afwisselend leven. Haar dochter beschrijft haar als een sterke vrouw, zorgzaam met belangstelling voor anderen en stabiel in haar gevoelsleven.

*Medische situatie en besluitvorming:* Mevrouw had een matige hypertensie. In de maanden voorafgaand aan haar besluit tot levensbeëindiging kreeg zij enkele keren een voorbijgaande doorbloedingsstoornis (afkorting TIA) van de hersenen met kortdurende uitvalsverschijnselen. Zij had van haar huisarts begrepen dat een dergelijke TIA bij hypertensie de voorbode kan zijn van een hersenbloeding met een blijvende verlamming en/of een taalstoornis (afasie), die ook dodelijk kan verlopen. Daarnaast had zij ouderdomsdiabetes, die met tabletten goed onder controle was. Er waren dus drie diagnoses gesteld (hypertensie, TIA en diabetes type II). Enkele weken voor haar overlijden gingen haar ogen plotseling sterk achteruit, zodat zij de onderschriften op de televisie niet meer kon lezen.

Mevrouw B. vreesde niet voor een dodelijke afloop van een volgende doorbloedingsstoornis in de hersenen, maar wel dat haar TIA een voorbode kon zijn van een gedeeltelijke verlamming of taalstoornis (afasie), waardoor zij afhankelijk zou worden van verzorging. Zij beseftte dat zij dan invalide opgenomen zou moeten worden in een verzorgings- of verpleeghuis. Dat zou het verlies betekenen van haar zelfstandige levenswijze, die voor haar de kern uitmaakte van de persoon die zij was

geworden en wilde zijn. Daarbij had zij de overtuiging dat zij het leven ten volle had geleefd en dat het voor haar nu genoeg was geweest.

Over een periode van maanden besprak mevrouw B. met haar huisarts haar wens het leven af te ronden nu het nog goed was en hoe zij dit, zonder hem te belasten, in eigen hand zou kunnen nemen. Er was volgens mevrouw zelf geen sprake van ondraaglijk lijden. Daarom wilde zij hem niet om euthanasie vragen. Zij was geen voorstander van actieve levensbeëindiging en wilde zelf de verantwoordelijkheid nemen voor haar einde nu zij dat nog kon. Zij sprak met hem uitvoerig over de mogelijkheid om te overlijden door te stoppen met eten en drinken. De huisarts oordeelde mevrouw in staat om deze belangrijke beslissing te nemen ('wilsbekwaam'). Met haar kinderen heeft zij het voornemen om haar leven op deze wijze te beëindigen niet besproken in de besluitvormingsfase.

Drie weken voor haar overlijden verzocht de dochter de huisarts om langs te komen omdat moeder zich niet lekker voelde: 'Ze zegt dat ze misselijk is en blijft in bed liggen.' Na de voorafgaande gesprekken over haar doodswens, was er die dag iets in de houding van mevrouw wat de huisarts, in aanwezigheid van de dochter, de vraag deed stellen 'Wil je dood?' Het antwoord 'ja' kwam voor de dochter onverwacht. Mevrouw maakte er een grapje over: 'Papa heeft gezegd: je hoeft niet meer te eten, je krijgt boven wel wat.' Zij liet geen discussie toe over haar besluit dat nu het moment was gekomen om ten dode te vasten en dorsten. De dochter vroeg aan de huisarts: 'Hoe weet ik nu dat ze echt niet meer wil eten?' De huisarts pakte een bordje eten dat naast het bed stond en bood het mevrouw aan. Ze schudde haar hoofd: 'Ik wil het niet'. De huisarts zei tegen dochter: 'Je kunt het aanbieden, dan zie je wel wat er gebeurt.' Dit stelde de dochter enigszins gerust. 'Als moeder echt dood wil, dan merk ik het op die manier wel.' De huisarts liet enkele slaap- en kalmeringstabletten bij mevrouw achter voor het geval zij die nodig zou hebben om slapeloosheid of ander onverwacht ongemak te kunnen bestrijden.

De dag voordat zij haar besluit om daadwerkelijk te beginnen met vasten tegen de huisarts en haar dochter uitsprak, ging zij nog met vriendinnen naar volksdansen voor ouderen en kookte zij een maaltijd voor haar dochter.

*Het verloop:* Haast onmerkbaar voor haar omgeving minderde mevrouw B. in de eerste week het eten en drinken. Ook na de eerste week bleef zij af en toe kleine beetjes drinken, maar bracht dit al spoedig verder terug tot

uitsluitend af en toe een ijslolly of een klein slokje koffie. Als er een kleinkind op bezoek kwam, at zij ‘voor de gezelligheid’ een minuscuul hapje mee. De kinderen waren om beurten steeds aanwezig en vertoelden haar. Na twee weken werd zij duidelijk zwakker, maar ze bleef helder van geest tot op de dag van het overlijden. In de laatste week nam zij twee keer een halve slaaptablet om de nacht beter door te komen. Enkele dagen voor het overlijden was zij benauwd en daardoor angstig, maar dit werd zij met een kalmeringstablet de baas. De mondverzorging hield zij met hulp van de kinderen goed bij en zij klaagde niet over dorst. Wel zei ze tegen het eind: ‘Sterven blijft moeilijk hoor. Je moet het helemaal zelf doen, papa helpt niet, aan je vader en moeder heb je ook niets.’ Ze overleed ’s nachts terwijl haar zoon, die bij haar waakte, even een kop koffie maakte. Hij hoorde een zucht en toen hij bij haar kwam was het voorbij. De totale duur vanaf het minderen met eten en drinken bedroeg drie weken; gedurende de laatste tien dagen heeft zij niet meer gedronken.

De dochter merkte op: ‘Dit is een waardevolle periode in ons leven geweest doordat wij met zijn allen nog voor haar konden zorgen om het vasten en dorsten voor haar draaglijk te maken. We zorgden ervoor dat het gezellig was en dat zij afleiding had als ze wakker was. Belangrijk voor haar en onze gemoedsrust was dat de huisarts elke dag langs kwam en dan veel tijd voor ons nam.’

*Kanttekeningen achteraf:* In vergelijking met het voorbeeld dat hierna besproken zal worden, is dit stervensproces opmerkelijk rustig verlopen. De factoren die hiertoe hebben bijgedragen zijn:

- Zowel de dochter als de huisarts karakteriseren mevrouw B. als een uitgebalanceerde, sterke persoon. Zij wilde zelf de verantwoordelijkheid voor haar levenseinde nemen.
- Zij was goed voorbereid op wat haar te wachten stond.
- De huisarts kwam dagelijks langs en stelde preventief slaap- en kalmeringsmedicijnen ter beschikking. Pijnstillers bleken niet nodig; een enkel slaaptablet en een angstdempend middel bleken voldoende. Het is een bekende ervaring in de palliatieve zorg voor mensen met een dodelijke ziekte dat de bestrijding van pijn of andere symptomen vaak beter verloopt wanneer iemand de dosering van pijnstillers of andere verzachtende medicijnen in eigen hand heeft. Dat vermindert de angst dat men op enig moment uitgeleverd zal zijn aan onbeheersbare narigheid.

- Mevrouw stopte in haar eigen tempo met eten en daarna met drinken. Bij vasten is bekend dat na volledig stoppen met alle koolhydraten het hongergevoel al snel verdwijnt. Het is niet duidelijk of het dorstgevoel beter te verdragen valt bij geleidelijk stoppen van het drinken dan wel wanneer dit abrupt en volledig gebeurt. Mogelijk wisselt dit per persoon.
- De zorgzame kinderen en kleinkinderen hebben het proces minder zwaar gemaakt door tijdens de wakende uren haar geest bezig te houden en haar met hun attenties te omringen. Toch benadrukte mevrouw op het eind dat je ‘het’ zélf moet doen en dat het moeilijk blijft.

### 2.9.2 Mevrouw G.

De zoon, de schoondochter en de huisarts hebben verslag uitgebracht over het overlijden van mevrouw G.

*Sociale situatie en persoonlijkheid:* Mevrouw G. (83 jaar) was sinds twintig jaar weduwe. Met haar enige zoon en schoondochter, die haar in het verzorgingshuis meermalen per week opzochten, bestond goed contact. Zij was uitzonderlijk vitaal en stond tot haar eenentachtigste nog wekelijks op de tennisbaan, maakte lange wandelingen met een vriendin, en had een vaste kring met wie zij bridgede. Haar leven lang hechtte mevrouw het grootste belang aan een tot in de puntjes verzorgd uiterlijk en aan het ophouden van decorum. Zij ging haar eigen weg. Haar zoon beschreef haar als wilskrachtig maar ook wel dwingend.

*Medische situatie en besluitvorming:* Twee jaar voor haar dood stelde de neuroloog vast dat er in de witte hersenstof bloedinkjes waren opgetreden met symptomen van parkinsonisme als gevolg: toenemende problemen met slikken en spreken, een heftige tremor en een spastische linker arm. Behandeling met het medicijn Madopar gaf slechts tijdelijk enige verbetering.

Met de grootst mogelijke tegenzin verhuisde mevrouw G. een jaar voor haar dood van haar zelfstandige woning naar een verzorgingshuis, omdat zij door het parkinsonisme niet meer kon traplopen. Daar maakte zij aanvankelijk nieuwe sociale contacten. Maar naarmate de slikstoornis toenam, begon zij te kwijlen en wilde om die reden ten slotte niet meer aan de maaltijd of aan de bridgetafel verschijnen, want ‘dat is geen gezicht!’ Ook werd zij steeds moeilijker verstaanbaar en in gezelschap lukte dit helemaal niet meer. Zij raakte sociaal geïsoleerd.

Ten tijde van het euthanasieverzoek kon zij niet meer uit bed komen en werd met een tillift uit bed geholpen. Haar eten werd gepureerd, maar ook dan was het doorslikken ervan erg moeilijk. Zij hoestte veel en kon het slijm uit de luchtwegen steeds moeilijker ophoesten. Medicijnen om het slijm vloeibaarder te maken, hielpen weinig. Doordat zij het slijm niet kon inslikken, werd zij af en toe tot stikkens toe benauwd. Zij beseftte dat deze afhankelijkheid alleen maar kon toenemen. Het sociale isolement door het onduidelijke spreken in gezelschap gaf voor haar de doorslag om niet meer te willen leven.

Achteraf menen haar zoon en schoondochter dat deze handicaps en wat die voor haar betekenden, bij de huisarts onvoldoende ter sprake zijn gekomen. De schoondochter vertelde dat mevrouw G. de papieren van de NVVE al vanaf het moment dat zij in het verzorgingshuis werd opgenomen in huis had. Zij had het invullen en ondertekenen ervan steeds uitgesteld totdat voor haar het moment gekomen zou zijn om ook echt afscheid van het leven te nemen. Nadat zij opnieuw bijna in het slijm was gestikt en daardoor angstig was geworden, vroeg zij haar schoondochter om langs te komen om de NVVE-papieren in orde te maken.

Zowel de huisarts als de beide familieleden beoordeelden haar achteraf als wilsbekwaam, in staat om deze beslissing te nemen, na afweziging van voor en tegen. De huisarts vond haar niet depressief. Zij ondertekende de euthanasiepapieren op het moment dat zij vanwege de problemen met het spreken, slikken en kwijlen de grens had overschreden van wat voor haar een zinvol sociaal leven betekende. Bij het gesprek met de huisarts waarin zij verzocht om euthanasie, was haar schoondochter aanwezig. Nu mevrouw er na een jaar toe was overgegaan om het schriftelijke verzoek om euthanasie te ondertekenen, sprak het voor haar vanzelf dat de huisarts wel op korte termijn tot euthanasie zou overgaan.

De huisarts weigerde dit niet om principiële redenen maar omdat hij zich door mevrouw G. onder druk gezet voelde. Hij was onder de indruk van het feit dat mevrouw op haar tachtigste nog regelmatig op de tennisbaan had gestaan. Hij meende dat zij moeite had om de handicaps te accepteren doordat zij fysiek altijd in uitzonderlijk goede conditie was geweest. In vergelijking met andere bewoners van het verzorgingshuis, vond hij het moeilijk verstaanbaar spreken en het kwijlen niet uitzonderlijk. Andere oude mensen die hun speeksel niet kunnen doorslikken en dit in een zakdoekje opvangen, komen wel aan tafel en doen mee met bridgen. Als hij met haar alleen sprak, kon hij haar wel verstaan. De

huisarts zag dan ook niet in waarom de handicaps voor mevrouw onaanvaardbaar waren. Ten slotte speelde bij zijn afwijzing van haar euthanasieverzoek ook een rol dat er geen dodelijke ziekte was: ‘Als ik in haar situatie tot euthanasie overga, waar moet ik dan bij andere bewoners in het verzorgingshuis die mij daar ook om vragen, de grens trekken?’

Mevrouw was door deze afwijzing woedend. Het weekend erna besloot zij om te stoppen met eten en drinken, een methode die zij mensonwaardig noemde. Zij was door haar zoon en schoondochter niet meer te bewegen tot enig uitstel en zei: ‘Ik stop, want de arts wil me niet helpen. Ik heb wilskracht genoeg om het vol te houden.’

*Het verloop op basis van aantekeningen van de verpleging in het logboek:*

De verpleging noteerde over de problemen van mevrouw G. met slikken en het ophoesten van slijm: ‘Zij eet en drinkt zeer slecht doordat zij zich vaak verslikt; één keer liep zij blauw aan.’

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, zij 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 getild worden.’

dag 3: ‘Weigert nog steeds eten en drinken. Zij 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 zes dagen komen.

dag 6: ‘mevrouw gaf pijn aan. Bij wakker worden zei ze: “Ben ik nou nog niet dood?”’

dag 7: ‘Ze gaat minder reageren en krijgt blaren in de mond.’

dag 8 en 9: geen rapportage.

dag 10: ‘Bij het bezoek van de SCEN-arts<sup>18</sup> is mevrouw niet meer verstaanbaar. De huisarts gaf Durogesic 25’, dat is morfine via een pleister. Dat een zeer hoge dosering die gelijk staat aan 60 mg morfine in tabletvorm en risico geeft op bijwerkingen. Beter zou zijn te beginnen met Durogesic 12 of met 5 mg morfine onder de huid.

dag 11: ‘Zij is comateus. In aanwezigheid van de familie is zij ’s middags overleden.’



Haar schoondochter zei over de dagen dat er geen rapportage is: '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 blaren en korsten was niet om aan te zien.'

56

De huisarts heeft telefonisch met een collega op dag 5 overlegd. Daarin werd besproken dat mevrouw niet slechts de huisarts maar ook zichzelf klem zette door een prestigestrijd te maken van het vasten en dorsten. Tijdens het overleg kwam aan de orde dat mevrouw wilsbekwaam leek en haar verzoek vrijwillig en weloverwogen. Haar invaliditeit ten gevolge van het parkinsonisme, dat door de neuroloog zo goed mogelijk maar vergeefs was behandeld, zou slechts kunnen toenemen. Daardoor was er geen zicht op verbetering van de invaliditeit als gevolg van haar ziekte. Gelet op haar onafhankelijke persoonlijkheid en sportieve levenswijze zou men kunnen stellen dat er in haar geval sprake was van 'een toenemende ontluistering', die niet te keren viel. Dit is door de Hoge Raad gelijkgesteld met ondraaglijk lijden.<sup>19</sup> Tijdens het debat in de Tweede Kamer over de Euthanasiewet, was deze gelijkstelling van 'ondraaglijk lijden' met 'toenemende ontluistering' door de verantwoordelijke ministers bevestigd. Een niet te keren ontluistering kan dus een rechtvaardiging zijn voor een arts die ingaat op een euthanasieverzoek. Ook in het licht van het arrest-Brongersma van de Hoge Raad zou euthanasie bij deze vrouw met een ernstige neurologische ziekte juridisch te rechtvaardigen zijn, mits aan de overige zorgvuldigheidseisen zou zijn voldaan. Het oordeel van een onafhankelijke consulent was daarom zeker nodig, maar dit kwam te laat.

Volgens de huisarts was er op dag 5 geen sprake van ondraaglijk lijden. 'Als dit ondraaglijk lijden is, dan is in het verzorgingshuis het hek van de dam want hoe kan ik de euthanasieverzoeken van andere invalide bewoners dan nog weigeren?' Hij voelde zich door mevrouw gechanteerd ('als u me niet helpt, honger ik me wel dood') en kon niet meer in vrijheid tot een besluit komen.

### *Kanttekeningen achteraf:*

- Arts en patiënt hebben beiden kansen gemist om tot een gesprek te komen over euthanasie op afzienbare termijn. Mevrouw G. was in haar zelfstandige leven gewend de daad bij het woord te voegen en had zich niet gerealiseerd wat het dood maken van een patiënt voor haar arts betekende. Nadat zij haar besluit had genomen, was een open gesprek over alternatieven of over enig uitstel niet meer mogelijk. Haar zoon kon haar idee dat het nu genoeg was goed begrijpen en bovendien kende hij haar als ‘dwingend’, zodat hij afzag van bemiddeling.
- Het komt vaker voor dat de standpunten van arts en patiënt tegenover elkaar staan. In dit geval ging het parkinsonisme gepaard met handicaps die voor veel andere ouderen draaglijk zijn; dat was de ervaring van de huisarts. Maar mevrouw en haar dierbaren beoordeelden haar handicaps in relatie tot haar persoonlijke levensstijl. Er was sprake van een niet te keren invaliditeit in lopen en naar het toilet gaan, maar vooral ook in spreken en slikken, met als gevolg dat zij in gezelschap onverstaaenbaar zat te kwijlen, wat voor haar de reden was om zich uit sociale contacten terug te trekken. Voor een zo sportief en sociaal iemand als zij betekende een onomkeerbare invaliditeit in lopen, spreken en slikken een toenemende ontluistering. Hierover is niet gesproken in een fase dat mevrouw haar arts had kunnen overtuigen hoe zwaar dit voor haar woog, of toen, omgekeerd, de arts van zijn kant nog alternatieven had kunnen voorstellen. Wanneer het gesprek van mevrouw met de huisarts niet zo was geëscaleerd, zou een spoedconsult van een SCEN-arts mogelijk een brug hebben kunnen slaan.
- Zes dagen wachten op een SCEN-arts is ongebruikelijk lang. Vermoedelijk heeft de huisarts geen moeite heeft gedaan om een andere consulent te vragen met spoed langs te komen. Zoals te verwachten viel, was op dag 11 het bezoek van de SCEN arts zinloos, omdat mevrouw niet meer tot een gesprek in staat was. De huisarts kwam niet dagelijks langs bij een emotioneel en fysiek pijnlijk sterfbed. De familie en de verzorgenden van het tehuis hebben zich niet gesteund gevoeld.
- Mondverzorging: vanaf dag 7 waren er blaren in de mond die pijnlijk zijn. Dat wijst erop dat de mondverzorging tekort is geschoten. Voor verzorgenden blijkt het ingewikkeld om voor iemand te zorgen die geen dodelijke ziekte heeft maar wel een doodswens.

- Palliatieve medicatie: er is paracetamol voorgeschreven, de eerste ‘trede’ van de ‘pijnstillingstrap’. Dat kan soms genoeg zijn. Er zijn geen slaapmiddelen aangeboden om de wakende uren voor mevrouw minder lang te maken. Waarom dat niet is gebeurd, wordt niet duidelijk uit de aantekeningen van de verpleging. De arts zei achteraf dat mevrouw niet had geklaagd over slecht slapen maar haar zoon meende dat mevrouw te trots was om haar arts nog iets te willen vragen. Uit de ontbrekende rapportages op dag 8 en 9 kan men misschien opmaken dat de situatie in de ogen van de verzorgenden te erg was voor woorden. De observatie van de schoondochter dat sommige verpleegsters met tranen in de ogen uit de kamer van mevrouw kwamen, wijst in deze richting.
- In het handboek *Palliatieve Zorg: Richtlijnen voor de praktijk* wordt helaas geen aandacht besteed aan bewust ten dode vasten, terwijl andere mogelijke oorzaken van dehydratie (uitdroging) wel worden besproken.<sup>20</sup> Sommige artsen associëren opzettelijk stoppen met eten en drinken met zelfdoding. Dat kan een morele veroordeling oproepen en een ‘regiem van het zwijgen.’
- Wanneer een arts het persoonlijk een verkeerde keus vindt als een wilsbekwaam persoon het leven wenst te beëindigen door te stoppen met eten en drinken, moet z/hij volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst wel ‘de zorg van een goed hulpverlener’ in acht blijven nemen.<sup>21</sup> De weigering van sommige artsen om enige verzachtende (slaap)medicatie te geven omdat zij niet willen meewerken aan ‘zelfmoord’, staat op gespannen voet met de wettelijke verplichting tot ‘de zorg van een goed hulpverlener.’ Het is bekend dat na het overlijden de familie meestal niet meer de energie heeft om hierover een klacht in te dienen.

## 2.10 Geheugensteun voor ten dode vasten en dorsten in de thuissituatie

### Noodzakelijke voorbereidingen:

1. De wens tot levensbeëindiging is schriftelijk vastgelegd in een brief aan de arts. Daarin worden met name levensverlengende behandeling, vochttoediening en een ziekenhuisopname verboden.
2. Er is een gevolmachtigde benoemd, die een kopie heeft van de brief aan de arts.
3. Er zijn afspraken gemaakt met de arts over diens huisbezoek en bereikbaarheid.
4. Er is contact gelegd met een wijkverpleegkundige, die door de arts is ingelicht.
5. De thuiszorg is op de hoogte van de levensbeëindiging en brengt de verzorgenden die aan huis komen hiervan op de hoogte.
6. Er is een anti-decubitus matras voor het ligcomfort en ter voorkoming van doorliggen (decubitus). Deze kan men huren via de kruisvereniging, evenals andere zaken (een urinaal e.d.) die bij de verzorging nodig kunnen zijn.
7. Er is een logboek waarin alle afspraken en bijzonderheden dagelijks worden opgeschreven.
8. De middelen voor de mondverzorging zijn in huis aanwezig (zie hiervoor paragraaf 2.5).
9. Darmreiniging met een laxerend middel kort voordat men begint met vasten.

### Na het stoppen met drinken:

1. De mantelzorgers (familie of andere vertrouwenspersonen die een deel van de verzorging op zich hebben genomen) leren van de wijkverpleegkundige om de mondverzorging uit te voeren.
2. De arts adviseert dagelijks over verzachtende medicatie bij belastende symptomen (angst, onrust, benauwdheid en dergelijke).
3. De mantelzorgers weten wie zij kunnen bellen bij onverwachte symptomen.
4. De wensen van de persoon worden zoveel mogelijk ingewilligd en alle aandacht is gericht op het comfort.

## HOOFDSTUK 3

# Humane zelfdoding met een combinatie van medicijnen

60

Zelfeuthanasie met de medicijnen die in hoofdstuk 4 zullen worden besproken, verloopt volgens hetzelfde principe als euthanasie door een arts. Bij euthanasie brengt een arts de patiënt door een injectie eerst in slaap en geeft daarna een tweede injectie met een middel dat de dood veroorzaakt. Bij zelfeuthanasie neemt iemand zelfstandig de verzamelde medicijnen in, die eerst een diepe slaap en daarna de dood veroorzaken. Als men niet eerst in slaap zou vallen, zou men pijn of benauwdheid ervaren door het middel dat de dood veroorzaakt.

Er zijn een aantal zaken die voor alle dodelijke combinaties van medicijnen hetzelfde zijn. Deze zullen in dit hoofdstuk stap voor stap worden besproken. Een goed begrip van deze basisinformatie is van belang om de uitvoering van de zelfdoding doeltreffend en waardig te laten verlopen. De informatie is niet moeilijk maar omvat veel punten. Daarom volgt hier een inhoudsopgave om onderwerpen makkelijk terug te kunnen vinden. Ook zijn er samenvattingen toegevoegd van de voorbereidingsfase (3.2.10) en van de uitvoeringsfase (3.3.3).

- 3.1 Inleiding 61
- 3.2 Wat men tijdens de voorbereiding moet weten en doen 63
  - 3.2.1 Elk geneesmiddel heeft één stofnaam en daarnaast meerdere merknamen 63
  - 3.2.2 Houdbaarheid 64
  - 3.2.3 Lichaamsgewicht en dosering 64
  - 3.2.4 Gesprekken over het voornemen van zelfdoding 64
  - 3.2.5 Behandelverbod en gevolmachtigde 65
  - 3.2.6 Gewenning aan medicijnen en de noodzaak van ontwenning 66
  - 3.2.7 Combinatie met benzodiazepinen als slaapmiddel is noodzakelijk 68
  - 3.2.8 Antibraakmiddelen 70
  - 3.2.9 Alcohol 72
  - 3.2.10 Samenvatting van de voorbereiding 73
- 3.3 Wat men tijdens de uitvoering moet weten en doen 74
  - 3.3.1 De uitvoering: wijze van innemen 74
  - 3.3.2 De uitvoering: houding tijdens het innemen 75
  - 3.3.3 De uitvoeringsfase: een samenvatting 76
- 3.4 Kopen of verzamelen van medicijnen 78
- 3.5 Anonieme melding na het overlijden 83

### 3.1 Inleiding

De voorbereiding en uitvoering van een humane zelfdoding omvat een reeks stappen die stuk voor stuk grote zorgvuldigheid vereisen. Deze zorgvuldigheid betreft niet slechts het verzamelen van de juiste combinatie van middelen. Ook het innemen van de middelen, de voorbereiding met antibraakmiddelen, en het voorkómen dat levensreddende behandeling wordt ingesteld, zijn van groot belang.

Een keten is zo sterk als de zwakste schakel. Daarom zal een zorgvuldige zelfdoding pas een grote kans van slagen hebben, wanneer iedere stap met zorg is voorbereid. Impulsiviteit zal een humane zelfdoding vaak doen mislukken of niet humaan verlopen.

De informatie die in de volgende hoofdstukken wordt gegeven, luistert bijzonder nauw. Afwijkingen hiervan worden ontraden. Soms adviseert een arts om de hier aangegeven combinatie van middelen te veranderen. Het resultaat van de wijziging is niet zelden dat de zelfdoding mislukt of met nare symptomen gepaard gaat. Hier volgt één voorbeeld.

#### *Een voorbeeld uit de praktijk hoe het niet moet*

Een vrouw van 75 leed aan een invaliderende, niet dodelijke ziekte. Zij verzocht haar behandelend arts uitdrukkelijk en bij herhaling om hulp bij zelfdoding. Deze wilde hieraan niet meewerken. De vrouw besloot in overleg met haar dochter zelf de dodelijke middelen te verzamelen die in deze handleiding in hoofdstuk 5 beschreven worden: dextropropoxyfeen (Depronal) in combinatie met de slaapmiddelen flurazepam en oxazepam. De dochter besprak deze combinatie met een bevriende internist. Deze waarschuwde met nadruk tegen het gebruik van Depronal omdat dit in overdosis epileptische toevallen kan geven. Hij adviseerde in plaats van Depronal een zogenaamde calciumantagonist te gebruiken; dat is een medicijn dat de prikkelgeleiding in de hartspier vertraagt. Volgens de internist zou dit middel in overdosering leiden tot de dood door hartstilstand. De dochter en de vrouw zelf waren onder de indruk van dit stellige advies door een medisch specialist. Zij besloten uitsluitend de calciumantagonist te gebruiken. De vrouw raakte niet in slaap en overleed niet.

Commentaar van de auteurs: dit voorbeeld illustreert twee misvattingen bij artsen die wij vaker tegenkomen.

1. Het is juist dat Depronal in hoge dosering wel eens een epileptisch toeval kan geven. Maar dit wordt onderdrukt door de combinatie met een hoge dosis benzodiazepinen, die in deze handleiding

wordt geadviseerd. Zelfs als een toeval toch zou optreden, dan is de zelfdoder zo diep in coma dat hij of zij hiervan niets bemerkt. Wel kan een epileptisch insult voor de aanwezigen beangstigend zijn om te zien, maar de kans hierop is erg klein bij het gebruik van benzodiazepinen.

- 62 2. Een calciumantagonist in hoge dosering kan soms dood door hartstilstand geven. Maar ook een zeer hoge dosis van deze medicijnen die giftig voor het hart kunnen zijn, leidt lang niet altijd tot de dood. Gebruik van een dergelijk middel heeft een reële kans op mislukking van de zelfdoding. Het stellige advies van de internist was gebaseerd op een incidentele ervaring en toxicologisch niet onderbouwd voor mensen zonder hartafwijking die zich met een dergelijk middel proberen te doden.

Vaak wordt gedacht dat in de natuur voorkomende middelen, zoals giftige planten of paddestoelen, voor zelfdoding gebruikt kunnen worden. Men verwijst daarvoor naar de dood van Socrates door het innemen van een extract van dolle kervel (Latijn: *Conium maculatum*), die door Plato is geromantiseerd als een milde dood. In feite veroorzaakt dit gif bij helder bewustzijn toenemende verlammingen, met daarbij diarree en stuipen. Wanneer de verlamming ook de ademhalingsspieren bereikt, stikt men langzaam.

Uit de toxicologische literatuur blijkt dat pogingen tot zelfdoding met in de natuur voorkomende vergiften soms slagen, maar altijd met (zeer) onaangename symptomen. Vaker zijn zij niet doeltreffend en zeker niet pijnloos. Onderzoek naar in de natuur voorkomende gifstoffen voor het zenuwstelsel (neurotoxines) wordt voortgezet,<sup>1</sup> maar heeft nog niet geleid tot een gif dat bruikbaar is voor een humane levensbeëindiging.<sup>2</sup>

Soms leest men in de media over medicijnen die in overdosis dodelijk zouden zijn, bijvoorbeeld insuline of aspirine. Het kan misschien voor hoge doses insuline bij ernstig verzwakte personen soms zo zijn dat dit dodelijk is, maar het dodelijke effect van insuline bij gezonde personen is volgens de werkgroep onzeker, zelfs bij gebruik van extreem hoge doseringen. Aspirine leidt in hoge doses tot een pijnlijke dood. Paracetamol geeft een langzame dood door afsterven van de lever.

De werkgroep heeft besloten onzekere middelen niet in deze handleiding op te nemen. In hoofdstuk 4 worden slechts die middelen besproken, die met grote waarschijnlijkheid en zonder pijn of ernstig ongemak tot de dood leiden, mits alle besproken voorzorgen in acht geno-

men worden. De soms lange duur tot het overlijden kan overigens voor de aanwezige dierbaren wel belastend zijn. De auteurs vinden het essentieel dat degene die de zelfdoding uitvoert, geen ernstig ongemak ervaart doordat een zeer diepe slaap of coma intreedt, die overgaat in de dood. Begeleiding van de aanwezigen door iemand met ervaring, die uitleg kan geven over het beloop, is aan te bevelen.

De auteurs van dit boek hebben alle middelen onder de loep genomen die artsen soms aanbevelen voor zelfdoding. Wanneer het resultaat volgens de werkgroep onzeker of niet humaan was, is besloten ze hier niet te bespreken.

Om dezelfde reden worden in dit boek geen suïcide-websites genoemd omdat deze onvolledige of onnauwkeurige informatie bevatten. De auteurs vinden het niet zinvol om mensen met een serieuze doodswens te verwijzen naar informatiebronnen, waarbij de lezer een handleiding nodig heeft om het kaf van het koren te scheiden.

## 3.2 wat men tijdens de voorbereiding moet weten en doen

### 3.2.1 Elk geneesmiddel heeft één stofnaam en daarnaast meerdere merknamen

Ieder geneesmiddel heeft één naam die in alle landen dezelfde is en die ontleend is aan de chemische stof. Daarnaast heeft elk medicijn meerdere merknamen waaronder het wordt verkocht in een apotheek of drogist. De merknamen kunnen verschillen per land.

In dit boek wordt voor elk medicijn de naam van de chemische stof gebruikt: de stofnaam. Voor het gemak van de lezer wordt tussen haakjes soms ook de merknaam gegeven waaronder de chemische stof in Nederland wordt verkocht. De merknamen van de besproken medicijnen staan vermeld in een uitvouwbare tabel, die zich bevindt in de achterkast van dit boek. Links in de kantlijn vindt men de stofnamen van de medicijnen. Onder elke stofnaam staan de merknamen waaronder dat medicijn bekend is (in alfabetische volgorde). Boven in de tabel staan tien Europese landen met afkortingen genoemd. Dankzij deze tabel kan men snel opzoeken onder welke merknamen elk medicijn wordt verkocht in de plaatselijke apotheek van het land waar men zich bevindt.

In elk land gelden andere regels voor de verkoop van medicijnen. In Nederland zijn de besproken medicijnen slechts verkrijgbaar op recept, tenzij in dit boek anders wordt vermeld. In andere landen binnen Euro-



pa zijn dezelfde medicijnen meermalen zonder recept te koop. Aan toeristen wordt vaak niet om een recept gevraagd. De consequenties hiervan voor de aanschaf van medicijnen worden in hoofdstuk 3.4 besproken.

## 64 3.2.2 Houdbaarheid

Bij geneesmiddelen wordt op de verpakking altijd vermeld tot welke datum de inhoud kan worden gebruikt. De fabrikant garandeert dat tot die ‘vervaldatum’ de werkzaamheid aanwezig is.

Vroeger varieerde de door de apotheek opgegeven houdbaarheid van 1 tot 10 jaar. Tegenwoordig is de maximale houdbaarheid vastgesteld op 4 tot 5 jaar. Bij die termijn gaat men uit van ongunstige omstandigheden waaronder medicijnen bewaard worden.

De werkgroep beveelt aan om de middelen in luchtdicht afgesloten flesjes of potten droog te bewaren. Onder deze omstandigheden zijn de hier besproken dodelijke middelen zeker 10 jaar houdbaar. Toevoeging van vochtwerende korrels is niet nodig. Bewaren in de koelkast verlengt de houdbaarheid van de dodelijke middelen niet. Bovendien heeft deze bewaarplaats het grote nadeel dat andere personen de middelen kunnen wegnemen voor een impulsieve suïcide.

De werkgroep beveelt aan de middelen op een veilige plaats te bewaren, bij voorkeur in een bankkluis of op een goed verborgen plaats, waar anderen niet bij kunnen.

Bij twijfel of een bepaald middel nog werkzaam is kan men een deskundige raadplegen via één van de verenigingen voor waardig sterven in Nederland (adressen zie appendix 1). Het is kostbaar om de sterkte van tabletten in een laboratorium te laten onderzoeken (zie 3.4).

## 3.2.3 Lichaamsgewicht en dosering

De dodelijke dosis die in deze handleiding bij ieder middel wordt aangegeven, geldt voor personen met een gewicht tussen de 60 en de 100 kg. Wie meer dan 100 kg weegt, dient voor iedere 10 kilo erbij de dodelijke dosis te verhogen met 10%. Wie minder dan 60 kilo weegt kan voor iedere 10 kilo minder de dodelijke dosis met 10% verlagen.

## 3.2.4 Gesprekken over het voornemen van zelfdoding

Wanneer er naasten zijn met wie een goede verstandhouding bestaat, is het van groot belang dat er met hen over het voornemen van zelfdoding wordt gesproken. Allereerst is dit van belang om in samenspraak uit te zoeken of de keuze voor de dood geen vergissing is en of er geen andere mogelijkheden over het hoofd gezien worden. Op de tweede plaats is

bijstand door tenminste één naaste van belang om ongewenste pogingen tot levensreddende behandeling te verhinderen (zie 3.2.5). En ten derde kan de samenspraak met naasten van waarde zijn voor henzelf, voor de verwerking van hun verlies.

Behalve met iemand in de naaste omgeving, is het van belang met een hulpverlener te spreken die ervaring heeft in het begeleiden van mensen met een doodswens. Dat kan de huisarts zijn, een psychiater, een geestelijk raadsman of een psychotherapeut. Soms is de vertrouwensrelatie met de arts beschadigd omdat deze niet in staat is zonder morele veroordeling over dit onderwerp te praten en de gewenste informatie te geven. In die situatie zoeken mensen niet zelden informatie bij medewerkers van een recht-op-waardig-sterven vereniging, die ervaring hebben in het voeren van gesprekken over methoden voor een waardige levensbeëindiging.<sup>3</sup>

Indien na gesprekken het besluit tot humane zelfdoding vast staat, zal men tot een keuze komen welk van de in deze handleiding besproken middelen men wil gebruiken. Praktische overwegingen van verkrijgbaarheid spelen daarbij vaak een belangrijke rol. Het verkrijgen van de medicamenten wordt besproken in hoofdstuk 3.4 en bij elk van de genoemde middelen in hoofdstuk 4.

### 3.2.5 Behandelverbod en gevolmachtigde

Een belangrijke reden voor mislukking van een humane zelfdoding bestaat uit ontdekking vóór het overlijden, waarna levensreddende behandeling wordt ingesteld. Levensreddende maatregelen zijn: maagspoeling, het inbrengen van een infuus, sondevoeding en beademing. Een met de hand geschreven of getypt verbod, waarin deze handelingen expliciet genoemd en verboden worden, is rechtsgeldig indien duidelijk de naam erop staat, de datum en de handtekening.<sup>4</sup>

De praktijk leert echter dat een weigering van levensreddende behandeling die goed zichtbaar is neergelegd, wordt genegeerd door ambulancepersoneel en door artsen wanneer iemand gevonden wordt vóór het overlijden. Behandelaars negeren de verklaring omdat het redden van levens hun dagelijks streven is en zij er bijvoorbeeld aan twijfelen of de verklaring is opgesteld door iemand die wilsbekwaam was.

Men kan het instellen van levensreddende behandeling voorkomen door een gevolmachtigde te benoemen, die ter plaatse kan toezien op naleving van het schriftelijk vastgelegde behandelverbod. Deze gevolmachtigde dient dan wel op de hoogte te zijn van tijd en plaats van inname van de dodelijke middelen en op of nabij dat adres de wacht te houden.

### 3.2.6 Gewenning aan medicijnen en de noodzaak van ontwenning

Onder gewenning verstaat men het feit dat het lichaam na herhaalde toediening van een bepaalde stof, leert om deze stof sneller af te breken. Iedereen kent dit van alcohol: een beginnend gebruiker is sneller dronken dan degene die al langer drinkt. Het lichaam leert als het ware de stof, bijvoorbeeld alcohol, te herkennen en onschadelijk maken. Om hetzelfde effect (een roes) te bereiken, moet de regelmatig drinker de hoeveelheid drank verhogen.

Daarnaast vermindert bij regelmatig gebruik van sommige middelen de gevoeligheid van de hersenen daarvoor. Hierdoor wordt het effect van het betreffende middel (ook dat van alcohol) afgezwakt.

Vanwege deze twee redenen – versnelde verwijdering uit het lichaam en verminderde gevoeligheid – heeft men bij gewenning aan opiaten, barbituraten en benzodiazepinen steeds meer ervan nodig om hetzelfde effect te bereiken. Bij regelmatig gebruik kan het lichaam deze middelen soms zo snel onschadelijk maken dat de dood niet intreedt, zelfs niet wanneer men een dubbele dosis of meer inneemt.

Sommige groepen geneesmiddelen die voor zelfdoding worden gebruikt, geven gewenning bij regelmatig gebruik. In zeer sterke mate geldt dit voor opiaten (vaak in gebruik als pijnstillers). In iets minder extreme mate treedt gewenning op bij barbituraten (-in gebruik als slaapmiddel) en bij benzodiazepinen (-in gebruik als slaapmiddel of tegen spanning).

Andere geneesmiddelen die voor zelfdoding gebruikt worden, met name chloroquine en antidepressiva geven geen gewenning, zodat er ook geen ontwenningperiode nodig is.

Wie benzodiazepinen, opiaten en/of barbituraten als geneesmiddel gebruikt en zich daarmee wil doden, dient enige tijd vóór de zelfdoding ermee te stoppen vanwege deze gewenning. Plotseling staken van het gebruik wordt afgeraden vanwege onaangename verschijnselen, zoals angst en onrust, die dan kunnen optreden. Het plotseling staken van het gebruik van een benzodiazepine kan een enkele keer een epileptische aanval uitlokken.

Ontwenning van de genoemde geneesmiddelen duurt meerdere weken, die zijn onderverdeeld in een fase van geleidelijk afbouwen, gevolgd door een fase dat men 'clean' is, dat wil zeggen het middel niet meer gebruikt. Voor de fase van geleidelijke afbouw wordt als regel een periode van 2-4 weken aanbevolen. Voor de 'cleane' fase zijn tenminste 3, en voor een enkel middel 4 weken noodzakelijk. Pas daarna kan doeltreffend tot uitvoering van de zelfdoding worden overgegaan.

Nu volgt een standaardadvies over de minimale periode voor afbouw en 'clean' blijven bij gebruik van opiaten, barbituraten en benzodiazepinen. Als men langer de tijd wil nemen voor de afbouw, is dat geen bezwaar.

Het standaardadvies luidt:

- afbouwfase: over een periode van minimaal 2 weken geleidelijk het gebruik van het middel verminderen naar nul;
- 'clean'-periode: gedurende minimaal 3 weken voor de zelfdoding moet het gebruik van het middel geheel gestaakt zijn.
- totale ontwenningperiode: minimaal 2 weken afbouw plus 3 weken 'clean', dus tenminste 5 weken ontwenning.

67

Voor wie gewend is aan het gebruik van opiaten, barbituraten of benzodiazepinen, is het stoppen daarmee vaak een groot probleem. Met name bij gebruik van pijnstillers uit de groep der opiaten zal het soms een (te) moeilijke opgave blijken om gedurende tenminste 3 weken voor de zelfdoding deze niet te gebruiken. Wij adviseren om in dat geval de pijnstillers te blijven gebruiken en voor de zelfeuthanasie een van de middelen in hoofdstuk 4.2 of 4.3 te gebruiken.

Artsen schrijven bij pijn meerdere pijnstillers voor die tot de groep van de opiaten kunnen behoren. Deze opiaat-pijnstillers geven allemaal gewenning voor de vier opiaten (zie 4.1) die geschikt zijn voor humane zelfdoding. Het is dus van belang uit te zoeken of de pijnstiller die men krijgt tot de groep opiaten behoort omdat men er dan mee moet stoppen vanwege de gewenning. Men kan dit vragen aan een medewerker van de nvve of De Einder. Als men met de huisarts open kan spreken over het voornemen zelfstandig over te gaan tot een humane zelfdoding, kan men deze vraag aan hem voorleggen. En tenslotte kan men dit ook opzoeken in het Farmacotherapeutisch Kompas (in iedere medische bibliotheek). Dit Kompas is sinds kort op internet te raadplegen: [www.fk.cvz.nl](http://www.fk.cvz.nl).

Samenvattend: als men reeds bestaand gebruik van opiaten, barbituraten of benzodiazepinen niet tenminste 3 weken heeft kunnen stoppen, bestaat er een reële kans op mislukking van een zelfdoding met deze middelen. Wanneer het stoppen met deze middelen mislukt, dan kan men op zoek gaan naar een van de andere dodelijke middelen.

Opiaten en barbituraten kan men vervangen door een van de middelen die geen gewenning geven (hoofdstuk 4.2 en 4.3). Maar zo dadelijk wordt besproken dat benzodiazepinen onmisbaar zijn bij alle dodelijke

middelen (uitgezonderd barbituraten). Daarom is aan de ontwenning van benzodiazepinen niet te ontkomen, als men een grote mate van zekerheid wenst dat een humane zelfdoding zal slagen.

### 3.2.7 De noodzaak van combinatie met benzodiazepinen

68 De groep benzodiazepinen omvat in Nederland ruim twintig verschillende medicijnen. Sommige daarvan worden vooral voorgeschreven tegen slapeloosheid, andere vooral tegen angstige spanning, weer andere tegen beide. Benzodiazepinen gelden als relatief veilig omdat zij zelfs in hoge dosering niet dodelijk zijn. Hieronder wordt toegelicht dat gebruik van benzodiazepinen essentieel is in combinatie met de meeste dodelijke middelen. De enige dodelijke middelen die men niet hoeft te combineren met benzodiazepinen zijn de barbituraten (hoofdstuk 4.4). Barbituraten geven zélf reeds een diepe en langdurige slaap.

Alle andere dodelijke middelen, die in hoofdstuk 4 ter sprake komen, geven op zichzelf geen langdurige diepe slaap. Deze dodelijke middelen moeten altijd samen met benzodiazepinen worden ingenomen. Daarvoor zijn drie redenen. Ten eerste veroorzaken dodelijke middelen voorafgaand aan het overlijden vaak onaangename bijwerkingen, zoals pijnlijke spiertrekkingen. Benzodiazepinen onderdrukken sommige bijwerkingen, met name spiertrekkingen en epileptische insulten. De tweede reden is dat een hoge dosis benzodiazepinen een zó diepe slaap geeft, dat welke onaangename bijwerkingen er ook optreden, deze niet bewust ervaren worden. En ten derde versterkt een hoge dosis van een benzodiazepine vaak de dodelijke werking van het middel dat men voor zelfdoding heeft verzameld.

Zoals gezegd zijn er in Nederland ongeveer twintig benzodiazepinen in de handel, maar slechts enkele daarvan geven voldoende langdurig een diepe slaap. De werkgroep beveelt als eerste keus één van onderstaande lang werkende benzodiazepinen aan. In de aanbevolen dosering geven zij tenminste 48 uur een diepe slaap. Na inname valt men als regel na 30-60 minuten in slaap. Afwijkingen hiervan zijn mogelijk: wat sneller bij flunitrazepam, wat langzamer bij flurazepam.

#### *Aanbevolen lang werkende benzodiazepinen:*

**flurazepam** (Dalmadorm<sup>5</sup>), aanbevolen 500 mg; dat wil zeggen 34 tabletten van 15 mg of 17 tabletten van 30 mg.

**diazepam** (Valium), aanbevolen 500 mg; 250 tabletten van 2 mg, 100 tabletten van 5 mg, of 50 tabletten van 10 mg.

**flunitrazepam** (Rohypnol), aanbevolen 20 mg; 20 tabletten van 1 mg of 10 tabletten van 2 mg.

Toelichting bij flunitrazepam: Rohypnol is het meest giftige benzodiazepine dat in combinatie met alcohol op zichzelf reeds dodelijk zou kunnen zijn.<sup>6</sup> De werkgroep vindt dit dodelijke effect echter te onzeker om Rohypnol te kunnen adviseren als middel dat zelfstandig de dood veroorzaakt. Rohypnol is moeilijk te verkrijgen omdat dit het enige benzodiazepine is dat onder de Opiumwet valt.

Als tweede keus beveelt de werkgroep aan:

**oxazepam** (Seresta), aanbevolen 500 mg; dat wil zeggen 50 tabletten van 10 mg of 10 tabletten van 50 mg.

Toelichting bij oxazepam: De werkgroep heeft reserves ten aanzien van oxazepam omdat dit een minder lange werkingsduur heeft dan de drie bovengenoemde benzodiazepinen. Uit de praktijk zijn echter ervaringen gemeld dat een hoge dosis (minstens 500 mg) oxazepam voldoende langdurig een diepe slaap gaf. In hoofdstuk 4.1-4.4 komen enkele dodelijke middelen ter sprake die soms pas na 24 uur tot de dood leiden. Als de dood langer dan 24 uur op zich kan laten wachten, ontraadt de werkgroep het gebruik van oxazepam.

Alle benzodiazepinen mogen tegelijk met het dodelijke middel worden ingenomen. Fijnmalen ervan, zodat vermenging optreedt met het dodelijke middel, is geen bezwaar.

Het is vaak niet zo moeilijk om meer dan één benzodiazepine te verzamelen omdat deze veel worden voorgeschreven tegen slaapstoornissen en bij spanning of angst. Bij gebruik van twee benzodiazepinen, beide in hoge dosis, treedt de dood in het algemeen sneller in. Daarom verdient het de voorkeur als men er twee kan verzamelen, maar dit is niet noodzakelijk. Wel is essentieel dat één van de verzamelde benzodiazepinen een lange werkingsduur heeft.

Indien men als dodelijk middel chloroquine gebruikt (hoofdstuk 4.2), is er naast het lang werkende benzodiazepine ook een benzodiazepine noodzakelijk dat snel (binnen 30 minuten) in slaap brengt. De reden is dat een overdosis chloroquine reeds vrij snel, na ongeveer een uur, pijnlijke spiertrekkingen of een epileptisch insult kan geven. De bloedspiegel van de lang werkende benzodiazepinen is dan soms nog onvoldoende om deze bijwerkingen te onderdrukken. Vandaar dat de werkgroep in geval van chloroquine aanbeveelt om één van onderstaande

vier snel werkende benzodiazepinen te gebruiken. Deze zijn echter ook weer snel uitgewerkt. Daarom moeten zij altijd gecombineerd worden met een lang werkend benzodiazepine.

Na inname van een snel werkend benzodiazepine valt men als regel na 10-30 minuten in slaap; na gebruik van midazolam kan dit reeds na 5 minuten gebeuren.

*Aanbevolen snel werkende benzodiazepinen:*

**midazolam** (Dormicum), aanbevolen 150 mg; 20 tabletten van 7,5 mg of 10 tabletten van 15 mg.

**lorazepam** (Temesta), aanbevolen 25 mg; 25 tabletten van 1 mg of 10 tabletten van 2,5 mg.

**temazepam** in opgeloste vorm (Normison), aanbevolen 400 mg; 40 capsules van 10 mg of 20 capsules 20 mg;

**flunitrazepam** (Rohypnol), aanbevolen 20 mg; 20 tabletten van 1 mg of 10 tabletten van 2 mg.

Toelichting bij Rohypnol: Rohypnol is het enige benzodiazepine dat in overdosering zowel snel in slaap brengt als een zeer langdurige slaap geeft. Doordat het onder de opiumwet valt, is het moeilijk te verzamelen.

Om te voorkomen dat men tijdens het innemen van de dodelijke middelen in slaap valt, kan men de snelwerkende benzodiazepinen beter pas gebruiken nadat alle dodelijke middelen zijn ingenomen. Met name bij het zeer snel werkende midazolam (Dormicum), vallen sommigen al na 5 minuten in slaap. Bij gelijktijdige inname loopt men het risico dat men in slaap valt voordat het innemen van de dodelijke middelen is voltooid.

### 3.2.8 Antibraakmiddelen

De werkgroep beveelt twee antibraakmiddelen aan. Deze middelen maken de maag sneller leeg, waardoor het volle gevoel en de misselijkheid verminderen.

Eerste keus is metoclopramide (Primperan). Dit middel is in Nederland slechts op recept te krijgen. Dosering: gedurende 24 uur voorafgaande aan de zelfdoding om de 6 tot 8 uur een tablet van 10 mg of een zetpil van 20 mg. Dit middel heeft de voorkeur omdat het effectiever is dan de tweede keus.

Tweede keus is domperidon (Motilium). In tabletvorm is dit middel zonder recept verkrijgbaar bij apotheek of drogist. Dosering: gedurende 24 uur om de 6 tot 8 uur een tablet van 10 mg of een zetpil (op recept) van 60 mg.

Men moet er op bedacht zijn dat metoclopramide bij ongeveer 10% van de mensen sufheid of slaperigheid als bijwerking heeft. Indien sufheid na gebruik van het antibraakmiddel optreedt, loopt men het risico dat de juiste uitvoering van de zelfdoding in gevaar komt. Daarom is het nuttig tijdens de voorbereiding uit te testen hoe men op metoclopramide reageert. Indien sufheid optreedt, is het beter over te gaan op domperidon.

Sommigen adviseren het gebruik van medicijnen tegen reis- en wagenziekte, zoals cinnarizine (Primatour). Deze zijn bij de drogist te koop. Zij werken tegen misselijkheid door demping van het evenwichtsorgaan. Maar zij werken **niet** tegen misselijkheid die veroorzaakt wordt door belasting van het maag-darmkanaal met een grote hoeveelheid pillen. De werkgroep ontraadt daarom het gebruik van Primatour en van andere medicijnen tegen reisziekte. Zij bieden onvoldoende bescherming tegen braken in geval van zelfdoding met vele tabletten. Bovendien is een ernstig nadeel van middelen tegen reis- en wagenziekte dat zij als bijwerking vaak slaperigheid geven, waardoor de juiste uitvoering van de zelfdoding in gevaar komt.

Het is van belang tenminste 24 uur te voren te beginnen met het gebruik van metoclopramide of domperidon. Om de 6 tot 8 uur dient men een tablet of zetpil te nemen. De laatste tablet of zetpil wordt ongeveer een uur voorafgaande aan de zelfdoding genomen.

Men kan tot 8 uur voor de geplande inname van de middelen gewoon blijven eten. Daarna is ons advies om weinig te eten en zo te bevorderen dat de maag leeg is als de dodelijke middelen worden ingenomen. Men kan wel normaal blijven drinken, ook fruitsap. Als men gedurende 8 uur niets eet, weet men zeker dat de maag leeg is. Na inname op een (vrijwel) lege maag, komen de dodelijke middelen sneller in de darm en worden sneller opgenomen in het bloed dan als men normaal zou blijven eten. De snelle passage door de maag is behulpzaam om de bloedspiegel in korte tijd snel te doen stijgen.

Wie dat prettig vindt kan ongeveer een half uur voor de inname van de dodelijke middelen iets lekkers eten en zo de maag activeren. Maar een complete maaltijd zou het nut van het vasten weer teniet doen.



### 3.2.9 Alcohol

72 In het Schotse boekje wordt het gebruik van alcohol bij zelfdoding sterk aanbevolen. De werkgroep betwijfelt of de nadruk hierop verstandig is. Het is waar dat alcohol het effect van dodelijke middelen en van benzodiazepinen versterkt. Echter, de hoeveelheid die nodig is voor een effectieve bijdrage aan zelfdoding, is niet bekend. Naar verwachting treedt deze effectiviteit pas op bij een forse dosering (5 borrelglazen sterke drank). Dit is een dosering waarvan de meeste mensen behoorlijk dronken worden. Dat kan de nauwkeurige uitvoering van de zelfdoding verstoren. Bovendien kan alcohol braken veroorzaken bij wie daar niet aan gewend is, óók nog na gebruik van antibraakmiddelen.

Het advies van de werkgroep is: gebruik slechts die hoeveelheid alcohol, waarvan men uit ervaring weet dat die goed wordt verdragen. Gebruik als regel de alcohol pas nadat alle middelen zijn ingenomen, tenzij men precies weet hoe men op een bepaalde hoeveelheid reageert.

### 3.2.10 Samenvatting van de voorbereiding

Voor alle duidelijkheid worden de stappen in de voorbereidingsfase hier op een rij gezet. De cijfers tussen haakjes verwijzen naar het fragment waar elk punt is besproken.

1. Besluitvorming in samenspraak: de persoon met een weloverwogen doodswens komt tot een zorgvuldig afgewogen besluit na samenspraak met intimi (indien aanwezig) en bij voorkeur ook na samenspraak met een arts of met een hulpverlener met ervaring op dit terrein (3.2.4). Deze samenspraak zal vaak doorgaan gedurende de hierna volgende stappen. In de loop van deze gesprekken kan duidelijk worden wie men bij de uitvoering wil vragen om aanwezig te zijn. Maar ook: of de genodigde dat zelf wel wil en denkt dat emotioneel aan te kunnen.
2. Keuze voor bepaalde middelen: Er wordt een keuze gemaakt voor een bepaald dodelijke middel (hoofdstuk 4), voor de daarbij noodzakelijke slaapmiddelen (3.2.7) en het antibraakmiddel (3.2.8).
3. Verzamelen van middelen: het dodelijke middel, tenminste één lang werkende benzodiazepine en het antibraakmiddel worden verzameld (3.4). Als het niet lukt om het middel te verzamelen dat men wenst, kan men een ander middel kiezen dat mogelijk wel verkrijgbaar is.
4. Bewaren van middelen: de middelen worden bewaard op een veilige plek die voor anderen niet toegankelijk is (3.2.2).
5. Een behandelverbod wordt geschreven (3.2.5).
6. Een gevolmachtigde wordt benoemd. Zodra de datum van de zelfdoding is vastgesteld, wordt de gevolmachtigde hierover geïnformeerd (3.2.5).
7. Ontwenningperiode: Men kiest een datum voor de zelfdoding, rekening houdend met de duur van de ontwenningperiode. Ontwenning is noodzakelijk bij barbituraten, opiaten en benzodiazepinen. Voor de duur hiervan, zie hoofdstuk 3.2.6 en de aanwijzingen bij het dodelijke middel. Ontwenning is niet nodig bij chloroquine of antidepressiva
8. Alcohol: wie alcohol wenst te gebruiken bij het innemen van de middelen, test zijn reactie uit op alcohol als deze niet bekend is (3.2.9).

### 3.3 wat men bij de uitvoering moet weten of doen

74

Nadat alle stappen in de voorbereidingsfase zijn gezet, komt het regelmatig voor dat de uitvoering wordt uitgesteld, soms voor onbepaalde tijd. De zekerheid dat men nu zelf de dood kan oproepen, maakt veel zaken beter te dragen. De verzamelde middelen blijven tenminste 10 jaar bruikbaar (3.2.2).

Wanneer men vervolgens later besluit tot de uitvoering over te gaan, dient men de stappen van de voorbereiding weer te controleren. Met name ontwenning kan opnieuw noodzakelijk zijn vanwege pijnstillers of benzodiazepinen die inmiddels (weer) gebruikt worden.

#### 3.3.1 De uitvoering: wijze van innemen

Het basisadvies luidt als volgt:

- Het is van belang tenminste 24 uur tevoren met het anti-brakmiddel te beginnen, om de 6 uur 1 tablet.
- Probeer om weinig te eten gedurende de laatste 8 uur voor de inname van de middelen, zodat de maag leeg is.
- Strooi de **dodelijke middelen** en de **langwerkende slaapmiddelen** tezamen in één (of hooguit twee) kommetje(s) vla of yoghurt.<sup>7</sup>
- Roer dit mengsel goed door elkaar en lepel het achter elkaar op zonder te spreken (vanwege het risico op verslikken).
- De bittere smaak is onaangenaam. Men kan deze smaak wegspoelen met één of twee glazen water of melk. Meer glazen kan braken opwekken.
- Pas daarna neemt men het **snelwerkende slaapmiddel** in. Deze snelwerkende benzodiazepinen zijn van belang bij gebruik van chloroquine. Als men ze tegelijk met de andere middelen inneemt, kan men tijdens het innemen in slaap vallen.
- Aansluitend kan men alcohol gebruiken, indien men ervaren heeft dat men dit goed verdraagt.

Variaties op dit basisadvies zijn mogelijk al naar gelang omstandigheden en de individuele voorkeur. Bijvoorbeeld, als men zeer veel tabletten heeft om in te nemen, kan men ze fijn maken in een vijzel en het poeder uitstrooien in de vla of yoghurt. Voor sommigen zijn de vele tabletten immers makkelijker door te slikken na fijnmaken.

Chloroquine (zie 4.2) kan men beter niet fijnmaken, omdat dit middel in poedervorm extreem bitter is en aanleiding kan zijn tot kokhal-

zen. Sommigen proberen de smaak minder bitter te maken door toevoeging van geconcentreerde sinaasappel-essence, of door zoetstof. anderen vinden dit geen verbetering. Over smaak valt niet te twisten, ieder kan hierin de eigen voorkeur volgen.

Het middel dextropropoxyfeen (Depronal, zie 4.1) zit in capsules. Om sneller effect te verkrijgen, wordt sterk aanbevolen om de capsules open te draaien en de korrels die erin zitten uit te strooien in de vla of yoghurt tezamen met de lang werkende benzodiazepinen.

Het oplossen van de middelen in alcohol, zoals door sommigen is aanbevolen, is niet nodig. Bovendien lossen niet alle middelen in alcohol op. Het voordeel van oplossen in alcohol is dat de werking sneller intreedt. Het nadeel is dat het niet makkelijk is (soms onmogelijk) om de middelen goed op te lossen, dat de smaak van de oplossing erg vies zal zijn en dat sommige mensen de alcohol niet goed verdragen.

Anderen adviseren de middelen in water op te lossen. Hiervoor geldt eveneens dat, als het lukt, de werking eerder zal intreden maar dat de smaak erg vies zal zijn. Wie het oplossen en de smaak wenst uit te proberen, kan een enkele tablet in water of in alcohol oplossen en innemen, maar dit geeft geen inzicht hoe het met een grote hoeveelheid zal gaan.

Middelen die in de handel zijn als harde dragee, kan men niet fijn maken. Het doorslikken van een grote hoeveelheid gaat veel mensen makkelijker af als men ze uitstrooit in vla of yoghurt dan wanneer men ze stuk voor stuk inneemt.

Soms wordt aanbevolen een proefdosis te nemen om te zien hoe men reageert op het middel dat men voor zelfdoding gaat gebruiken. De waarde hiervan is echter zeer beperkt, omdat dit geen enkel inzicht geeft hoe het innemen van een dodelijke hoeveelheid zal verlopen.

### 3.3.2 De uitvoering: houding tijdens het innemen

De werkgroep adviseert de middelen in te nemen in de houding die men het prettigst vindt. Sommigen kiezen voor een half liggende of half zittende positie: in een bed met kussens in de rug of zittend in een iets achterover gekantelde stoel met arMLEUNINGEN. Het is wel van belang dat men niet uit de stoel kan vallen wanneer men 'als een blok' voorover in slaap valt.

Wie liever ligt, kan dit rustig doen. De aangegeven dosering van de diverse middelen is zodanig dat het overlijden volgt, mits ze niet uitgebraakt worden en er geen levensreddende behandeling wordt gestart.

### Nota Bene:

De auteurs van dit boek beseffen dat de besproken voorzorgen voor een doeltreffende levensbeëindiging sommigen misschien zwaar kunnen vallen of overdreven kunnen lijken. Daarom hebben wij bij elke stap geprobeerd uit te leggen waarom deze belangrijk is. Wij menen dat de door ons aanbevolen praktische zaken voldoende ruimte laten om de levensbeëindiging vorm te geven op een persoonlijke wijze die past bij ieder's eigen sfeer en levensbeschouwing.

76

#### 3.3.3 De uitvoeringsfase: een samenvatting

Hier worden de stappen samengevat via welke de uitvoering van een humane zelfdoding verloopt, in chronologische volgorde. Deze samenvatting gaat er van uit dat alle stappen van de voorbereidingsfase goed zijn doorlopen (zie 3.2.10).

Deze samenvatting kan niet op zichzelf staan. Voor een goed begrip is het van belang het voorafgaande te lezen en ook de informatie bij het dodelijke middel dat men gebruikt. Afwijkingen van onderstaande kunnen bij een bepaald middel voorkomen (voorbeeld: chloroquine niet fijnmalen). Deze afwijkingen worden bij dat middel vermeld.

1. De uitvoering kan pas beginnen nadat de ontwenningperiode is afgerond (3.2.6).
  2. Antibraakmiddel (3.2.8): nodig zijn 4 tabletten of zepillen.  
Start 25 uur tevoren: 1 tablet of zepil; om de zes uur een volgende. De laatste wordt ingenomen een uur voorafgaand aan het innemen van de dodelijke middelen.
  3. Indien men de middelen fijn gemaakt wil innemen, doet men er goed aan het fijn maken niet uit te stellen tot de laatste dag.
  4. Op de dag van de zelfdoding gereed zetten voor gebruik op een later tijdstip:
    - de dodelijke pillen en de slaappillen;
    - een kommetje vla of yoghurt (houd wat extra vla of yoghurt achter de hand); met vla of yoghurt neemt men een grote hoeveelheid makkelijker in dan pil voor pil;
    - iets dat men kort tevoren nog wenst te eten;
    - water of melk om de smaak weg te spoelen.
- Opmerking: soms leest men dat een koolzuurhoudende drank de darmassage en de opname in het lichaam versnelt. Dit is onjuist. Wie dit graag drinkt, kan het gebruiken, maar de werkgroep beveelt het niet aan.
- alcohol naar keuze, indien het goed wordt verdragen.

5. Vasten vanaf 8 uur tevoren; drinken van water, fruitsap of thee is geen bezwaar.
  - 1 uur voor de zelfdoding het laatste antibraakmiddel.
  - Indien gewenst een half uur tevoren een beschuit of cracker met beleg iets dat men lekker vindt.
6. De gevolmachtigde is aanwezig op of nabij de plaats van de zelfdoding (3.2.5).
7. Dodelijke middelen en lang werkende slaapmiddelen uitstrooien in het kommetje vla of yoghurt, desgewenst tevoren fijn gemaakt. Omroeren. Oplepelen bij voorkeur zonder te spreken om verslikken te voorkomen. Als er nog pillen in het kommetje achter blijven, kan men dit restant opeten met wat extra vla of yoghurt. De vieze smaak wegspoelen met een of hooguit twee glazen water of melk.
8. Indien men tevens een snel werkend benzodiazepine gebruikt (3.2.7), dan deze pas innemen met yoghurt of vla nadat alle andere middelen zijn ingenomen.
9. Alcohol voor zover dit goed verdragen wordt (3.2.9). Sommigen geven er de voorkeur aan reeds voor of tijdens het innemen van de dodelijke middelen met alcohol te beginnen. Dit is geen probleem mits men uit ervaring weet niet beschonken te raken, waardoor men een vergissing zou kunnen maken.

### 3.4 Kopen of verzamelen van medicijnen

78

Het is algemeen bekend dat patiënten met medicijnen anders omgaan dan hun arts weet. Mensen gebruiken niet zelden minder dan er is voorgeschreven of andere medicijnen, naast degene die zijn voorgeschreven. Het zelf kopen van medicijnen heeft een grote vlucht genomen doordat toeristen hebben gemerkt dat zij in andere landen bepaalde medicijnen zonder recept bij een apotheek kunnen aanschaffen. Daarnaast is de rechtstreekse verkoop van medicijnen aan particulieren via het internet, een bron van zelfmedicatie geworden. Mensen die bijvoorbeeld een bepaald slaapmiddel niet van hun arts voorgeschreven krijgen, kopen dit zonder recept op reis bij apotheken in zuid- of oosteuropese landen of in een derde wereld land. Sommigen vragen aan vrienden die op reis zijn om dit voor hen te doen en de strips te verzenden of mee naar huis te nemen. Onder psychiatrische patiënten die niet kunnen reizen is het niet ongebruikelijk om onderling medicijnen te ruilen en zo aan een gewenst middel te komen.

De Nederlandse overheid is van dit alles op de hoogte maar kan niet veel meer doen dan proberen het te ontmoedigen. Sinds 1 juli 2007 staat de Geneesmiddelenwet het aan artsen niet meer toe om online medicatie voor te schrijven aan personen die de voorschrijver nooit heeft ontmoet. De KNMG heeft de richtlijn over online contact tussen arts en patiënt in deze zin aangepast.<sup>8</sup> Deze beperking die in Nederland geldt, kan niet verhelen dat de mogelijkheden om zonder recept in het buitenland aan medicijnen te komen, alleen maar toenemen. Dit boek bevat de neerslag van onderzoek binnen diverse disciplines, waaronder de medische sociologie. Vanuit deze sociologische invalshoek worden in dit hoofdstuk verschillende wegen beschreven die mensen in feite blijken te bewandelen om aan medicijnen te komen die bij zelfeuthanasie worden gebruikt. De auteurs van dit boek en de Stichting wozz bevelen die wegen niet aan. Zelfmedicatie is altijd riskant door de vele interacties tussen geneesmiddelen.

Er zijn berichten dat medicijnen die men in een derde wereld land of via internet koopt, niet altijd de chemische stof bevatten die op de strip staat vermeld. Wij hebben hierover informatie ingewonnen en er is inderdaad reden voor twijfel bij *lifestyle*-middelen zoals Prozac. Overal ter wereld is op de zwarte markt, maar ook via internet, een levendige handel in chemische stoffen die meer passen bij een bepaalde manier van leven (een *lifestyle*) dan bij het behandelen van ziekten. Deze middelen zitten soms in verpakkingen die lijken op het echte middel maar dat **niet**

zijn. Wanneer men echter in een derde wereld land in een officiële apotheek de medicijnen koopt die in dit boek worden besproken, is er weinig of geen reden om te twijfelen aan de inhoud van de strips. In westerse landen hoeft daarover geen twijfel te bestaan.

Indien iemand reden heeft te twijfelen aan de inhoud van een medicijnstrip, kan men aan een apotheker in Nederland vragen om deze in een laboratorium te laten onderzoeken: stemt de inhoud van enkele tabletten in de medicijnstrip overeen met de naam die er op staat? Dit onderzoek vereist tijd (tenminste 2 weken) en geld (100 euro of meer, afhankelijk van de chemische stof). Het chemisch onderzoek naar de dosis werkzame stof per tablet is veel lastiger en dus veel duurder en soms onmogelijk.

Op moreel beladen terreinen als de voortplanting of het sterven, hebben mensen ervaren hoe afhankelijk iemand kan zijn van de bereidheid van de behandelend arts om bepaalde medicijnen voor te schrijven. Bij sommige groepen in de samenleving ontwikkelt zich gewoonlijk eerst een interesse in bepaalde medicamenten en vervolgens gaat men op zoek naar de wijze waarop men het gewenste middel kan verkrijgen. Meestal hoort men van anderen waar en hoe een en ander kan worden gekocht.

In Nederland is over de jaren 1999-2003 onderzoek gedaan naar de wijze waarop mensen de middelen hadden verzameld voor een humane zelfdoding die ook was uitgevoerd.<sup>9</sup>

*Hoe had de overledene het dodelijke middel verkregen*

*78 gevallen in 1999-2003*

Van arts/apotheek in het buitenland	35%
Van arts die wist over plan tot levensbeëindiging	22%
Van vriend of familie gekregen	16%
Zwarte markt, internet of vervalst recept	11%
Onbekend	16%
Totaal	100%

Het blijkt dat in de onderzochte periode de middelen vaker bij een arts of apotheek in het buitenland werden aangeschaft dan via internet. Dat valt te begrijpen uit het feit dat vooral oudere personen in de aanschaf van deze middelen zijn geïnteresseerd. Zij zijn reislustig maar minder vaak online en gebruiken nog weinig het internet.



Ook blijkt dat in één op de vijf gevallen een behandelend arts in Nederland bereid is geweest om de dodelijke middelen in kleine porties voor te schrijven. Uit interviews komt naar voren dat artsen dit doen in schrijnende gevallen, waarin de patiënt onmogelijk zelf de medicatie kan verzamelen. Bijvoorbeeld, een arts die verschilde van mening met een SCEN arts over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, bleek bereid deze sluikroute te volgen.<sup>10</sup> Artsen geven in dergelijke gevallen geen openlijke hulp en nemen niet de verantwoordelijkheid voor het slagen van de zelfdoding. Zij zijn meestal niet op de hoogte van het tijdstip ervan en niet aanwezig tijdens de uitvoering. Het overlijden werd door hen soms gemeld als een natuurlijke dood, soms als een zelfdoding. Weinig artsen durven over hun handelen in deze moeilijke situaties opening van zaken te geven, met als gevolg dat deze praktijk onzichtbaar blijft. Een uitzondering hierop zijn de huisartsen Nico van Duijn en Pieter Wibaut die hebben gepubliceerd over hun hulp als arts in het grijze gebied tussen medische hulp bij zelfdoding en zelfstandige zelfdoding zonder doktershulp.<sup>11</sup>

De auteurs van dit boek vinden het opmerkelijk dat bij het onderzoek naar euthanasie in Nederland nooit aan artsen is gevraagd of zij soms medicijnen voorschrijven waarvan zij weten, of kunnen vermoeden, dat die mogelijk voor een zelfeuthanasie zullen worden gebruikt. Daardoor is onbekend hoe vaak deze verborgen praktijk van doktershulp bij zelfdoding in Nederland wordt toegepast.

Zolang iemand in staat is binnen Europa te reizen, is het niet nodig om smoesjes te verzinnen om een dodelijke combinatie van medicijnen te verzamelen. Dat heeft te maken met de wet op de verstrekking van geneesmiddelen die binnen de Europese Unie per land kan verschillen. In Nederland, Duitsland en Zwitserland is er wetgeving die apotheken verplicht om veel van de in dit boek besproken medicijnen uitsluitend op recept af te geven. De wettelijke eisen voor de verstrekking van geneesmiddelen worden in sommige landen van de EU minder nauwgezet in acht genomen dan in Nederland. In veel derde wereld landen is er nauwelijks wetgeving die de vrije verkoop van medicijnen beperkt.

In verschillende Europese landen blijken sommige apotheken aan toeristen medicijnen te verkopen, wanneer de toerist de juiste naam kan noemen waaronder het medicijn in dat land bekend is. Over de medicijnen die in hoofdstuk 4 worden besproken, is ons gerapporteerd dat de volgende medicijnen niet zelden zonder recept in landen in zuid en oost-Europa worden verkocht: chloroquine, antidepressiva en diaze-

pam of flurazepam (de beide laatstgenoemde medicijnen zijn langwerkende benzodiazepinen). Er wordt zelden een toelichting gevraagd waarvoor iemand het medicijn wil gebruiken. Soms wordt ook dextropropoxyfeen (zie hfst 4.1) zonder recept aan een toerist verkocht. Toeristen blijken te 'shoppen' van de ene apotheek naar de andere tot zij voorzien zijn.

Dit is op zichzelf niets nieuws op die levensterreinen die behoren tot de persoonlijke levenssfeer. Daarentegen wordt er bij een zorgvuldig voorbereide levensbeëindiging, anders dan bij voortplanting en erotiek, zelden openlijk besproken hoe men de benodigde middelen heeft verkregen.

Wij geven nu enkele voorbeelden. Er is ons gerapporteerd dat men als toerist de gewenste medicijnen had verkregen door op papier de naam te schrijven waaronder het middel bekend staat in het land waar men verblijft (zie de tabel achterin dit boek). Daarbij had men het aantal milligrammen per tablet genoteerd en een klein aantal van de tabletten die men wilde kopen. Men had dit papier aan een apotheker getoond die vaak het medicijn niet in voorraad bleek te hebben en het moest bestellen bij de groothandel. Een dag later kon men het komen ophalen. Deze personen deelden ons mee dat zij hadden gecontroleerd of het medicijn in een plastic strip was verpakt waarop de naam en dosering van het middel stonden vermeld.

Anderen hadden benzodiazepinen, chloroquine of één van de besproken antidepressiva bij een apotheek op internet besteld. Het bedrijf achter het internetadres bevindt zich vaak buiten de EU. Het blijkt dat de genoemde middelen niet zelden worden toegezonden via de post. Dat ligt anders bij dextropropoxyfeen (zie hoofdstuk 4.1). Er is beschreven hoe veel moeite het kost om dit middel via het internet geleverd te krijgen.<sup>12</sup> Dat komt doordat dextropropoxyfeen internationaal onder de opiumwet valt, waardoor de verkoop zonder recept in landen van de EU strafbaar is. De middelen in hoofdstuk 4.2 en 4.3 vallen echter niet onder de opiumwet, waardoor de verkoop minder riskant is voor (internet)apotheken. Ook benzodiazepinen vallen niet onder de opiumwet, met uitzondering van flunitrazepam (zie 3.2.7).

In het geval van mensen te ziek of te invalide waren om nog zelf te kunnen reizen, bleken familieleden of vrienden met wie de doodswens grondig was besproken, soms bereid te zijn het gewenste medicijn in het buitenland te kopen. Zij hadden het middel bijvoorbeeld via de post verzonden en geen afzender vermeld.

Wanneer een apotheker in het buitenland het middel niet verkocht

zonder recept, waren sommige toeristen naar het spreekuur van een plaatselijke arts gegaan en hadden gezegd dat ze vergeten waren om voldoende van een bepaald medicijn op reis mee te nemen. Met het verkregen recept gingen men naar een apotheek.

82 Na deze voorbeelden herhaalt de wozz dat zij deze en andere sluikroutes niet aanbeveelt. Anderzijds hoeft over het bestaan van deze wegen om medicijnen te kopen ook niet geheimzinnig te worden gedaan. Informatie geven op zichzelf, is geen strafbaar feit. Bovendien leidt de beschikbaarheid van een dodelijk middel lang niet altijd tot zelfdoding, zoals ook de aanwezigheid van een stuk touw in huis nog niet tot de dood door ophanging leidt.

Personen die samenwerken met recht-op-waardig sterven verenigingen zijn soms op de hoogte van de adressen op Internet waar men het gewenste middel kan kopen. Deze adressen veranderen regelmatig zodat het geen zin heeft ze in een boek te vermelden. Ook andere informatie over dodelijke middelen kan men soms verkrijgen van medewerkers van verenigingen die het bevorderen van een humane dood als doelstelling hebben. In Nederland is in de vakliteratuur gepubliceerd dat psychologen – niet in een therapeutische context – gedurende vele jaren informatie over dodelijke medicijncombinaties hadden gegeven aan personen met een uitdrukkelijke doodswens.<sup>13</sup>

In hoofdstuk 6 zal blijken dat informatie verschaffen over dodelijke middelen door een hulpverlener (geen arts), in verschillende Nederlandse rechtzaken niet als strafbare hulp bij zelfdoding is beschouwd. Bij de afweging door rechters of de hulpverlener wel of niet veroordeeld moest worden, bleek het wel zeer belangrijk te zijn of de hulpverlener 'de regie' had overgenomen en 'sturend' was opgetreden bij de uitvoering van de zelfdoding. In hoofdstuk 6 komen de juridische aspecten ter sprake die van belang zijn om te weten voor familieleden, vrienden en andere vertrouwenspersonen van de overledene.

### 3.5 Anonieme melding na het overlijden

Voor personen die in de toekomst een humane zelfdoding met medicijnen willen uitvoeren, is het van groot belang in dit boek informatie te lezen over de middelen die voor de zelfdoding zijn gebruikt, de dosering ervan en de tijdsduur tot het overlijden. Daarom hebben de auteurs achterin dit boek een meldingsformulier opgenomen (zie bijlage 4) dat men kan kopiëren en verzenden aan een van de auteurs van dit boek die onderzoek doet naar de beschreven methoden (Russel Ogden in Canada, zie adres op het formulier). Inzending kan geheel anoniem gebeuren, zodat noch de overledene noch de inzender te identificeren valt. Men mag Nederlands schrijven omdat er een vertaler naar het Engels beschikbaar is.

Bij elk van de besproken medicijnen vindt men onder het kopje ‘praktijk’ de meldingen die tot nu toe zijn ontvangen. Daaruit zal duidelijk zijn dat de anonimiteit volstrekt is gewaarborgd. In elke nieuwe editie van het wozz boek zullen de later bijgekomen meldingen worden verwerkt op dezelfde wijze als in hoofdstuk 4 gebeurt (zie onder ‘de praktijk’).

Wanneer een met zorg voorbereide zelfdoding is mislukt, is melding van alle omstandigheden van het grootste belang voor anderen. Dege-  
nen die er bij zijn geweest, kunnen weten waarop zij moeten letten als zij het formulier tevoren doorlezen.

## HOOFDSTUK 4

# Medicijnen die dodelijk kunnen zijn in combinatie met slaapmiddelen

84

In dit hoofdstuk worden combinaties van medicijnen besproken die dodelijk zijn. De auteur van dit boek zijn van mening dat iemand met een doodswens, zelf de verantwoordelijkheid dient te nemen voor het overlijden en daarom deze medicijnen zelfstandig behoort in te nemen. Tijdens de voorbereidende fase kan enige hulp van anderen bij het verzamelen van medicijnen soms wel nodig zijn vanwege een dodelijke aanpak van of vanwege algehele zwakte of invaliditeit zoals blindheid (zie hoofdstuk 3.4).

De indeling van de paragrafen 4.1– 4.4 heeft dezelfde opbouw.

Bij ieder dodelijk middel komen aan de orde:

- doodsoorzaak
- verkrijgbaarheid van het middel
- dodelijke dosis
- gewenning en ontwenning
- benodigde slaapmiddelen
- wijze van innemen
- de praktijk
- samenvatting

### 4.1 Opiaten

In dit hoofdstuk worden vier pijnstillers besproken, uit de groep van de opiaten.<sup>1</sup> Zij vallen alle onder de Opiumwet. Dat betekent dat er strenge eisen aan het recept worden gesteld en dat de aflevering ervan door de apotheek aan extra controle is onderworpen. Dat is de reden dat deze middelen via apotheken op Internet moeilijk of geheel niet te krijgen zijn.

Vier middelen worden in dit hoofdstuk besproken in onderstaande volgorde:

- dextropropoxyfeen (Depronal) zit in capsules
- morfine (MS contin) als tablet of als ampul voor injectie;
- methadon (Symoron) als tablet
- fentanyl (Durogesic) als pleister

85

Er zijn meer opiaten maar om verschillende redenen worden die hier niet behandeld. Heroïne wordt niet besproken omdat het na inslikken slecht wordt opgenomen uit de darm in het bloed. In vloeibare vorm voor injectie is heroïne slechts op de zwarte markt verkrijgbaar. Heroïne op de zwarte markt is uiterst onbetrouwbaar voor levensbeëindiging omdat het sterk verdund wordt ('versneden') zodat men nooit weet hoeveel men moet nemen. Het snuiven van heroïnepoeder kan niet dodelijk zijn omdat men buiten bewustzijn raakt voordat men voldoende in het bloed heeft om een ademstilstand te krijgen.

Een ander opiaat, Sufentanyl, wordt niet besproken omdat het ook voor artsen zelden te verkrijgen is.

### **Doodsoorzaak**

Bij de vier besproken middelen treedt de dood in door ademstilstand.

### **Verkrijgbaarheid**

Dextropropoxyfeen (Depronal, capsules van 150 mg) wordt voorgeschreven bij ernstige chronische pijnen zoals reuma, osteoporose of bij kanker met uitzaaiingen. Het is moeilijk om door een arts voorgeschreven te krijgen. Dextropropoxyfeen wordt vermoedelijk over enige tijd uit de handel genomen omdat er meer doeltreffende en minder giftige pijnstillers beschikbaar zijn.

Morfine: Slechts 20-40% van de ingeslikte morfine tabletten komt uiteindelijk in het bloed terecht. Het is dus niet zeker bij welke orale (ingeslonden) dosis de bloedspiegel voldoende hoog zal worden om een ademstilstand te geven. In de vorige wozz-editie werd morfine daarom niet besproken. Uit het buitenland komen echter betrouwbare meldingen dat mensen overlijden na het innemen van tenminste 1 gram morfine. Als morfine in een spier of onder de huid per injectie wordt toegediend, kan met een lagere dosis morfine worden volstaan (zie onder dosering). Het vergt enige oefening om zichzelf een injectie te geven. Morfine ampullen zijn zeer moeilijk te verkrijgen.

Methadon (Symoron), is in de handel in een tablet van 5 mg en in een drank die 2 mg per ml bevat. Deze drank is niet geschikt voor zelfdoeding. Methadon wordt voorgeschreven bij de behandeling van hevige pijn en in Nederland ook als vervangmiddel bij de behandeling van heroïneverslaving. Daardoor is er handel in methadon op de zwarte markt. Gebruikers van heroïne die methadon ter vervanging van heroïne voorgeschreven krijgen, proberen een deel ervan op te sparen om door verkoop ervan weer andere middelen te kunnen kopen. Toch is methadon niet makkelijk verkrijgbaar omdat er rond de methadonverstrekking strenge controles zijn en vooral omdat onervaren kopers gemakkelijk worden misleid. Men koopt dan voor veel geld een surrogaat dat uiterlijk op methadon lijkt.

Als men toch wil proberen methadon te kopen, is het aan te raden een betrouwbare tussenpersoon in te schakelen, die de weg kent op de zwarte markt van de grote steden. Deze tussenpersoon verkoopt niet zelf methadon maar kan de koper in contact brengen met een bonafide verkoper.

Gelet op de benodigde hoeveelheid methadon (200 tabletten van 5 mg), zal het tijd kosten om de tabletten beetje bij beetje verzamelen.

Fentanyl is uitsluitend verkrijgbaar als pleister onder de naam Durogesic. De pleisters variëren in sterkte van 12, 25, 50, 75 tot 100; deze pleisters geven respectievelijk 12, 25, 50, 75 of 100 microgram fentanyl per uur door de huid aan het bloed af. De werkingsduur van een pleister is 2 tot 3 dagen.

Fentanyl wordt gebruikt tegen chronische pijn en als palliatieve behandeling van uitbehandelde kankerpatiënten. Het is moeilijk om het voorgeschreven te krijgen.

### Dodelijke dosis

Voor alle opiaten geldt dat de genoemde doseringen (waarschijnlijk) dodelijk zijn mits de persoon 'clean' is (zie 3.2.6). In wat nu volgt wordt dit niet telkens opnieuw er bij gezegd.

Dextropropoxyfeen: De praktijk heeft uitgewezen dat 4,5 gram dextropropoxyfeen (30 capsules van 150 mg) bijna altijd dodelijk is, mits ingenomen in combinatie met tenminste één lang werkend benzodiazepine (3.2.7). Wij achten het niet noodzakelijk nog een tweede benzodiazepine in te nemen. Uit de meldingen (zie onder 'de praktijk') blijkt dat het tegelijkertijd innemen van 500 mg oxazepam als tweede slaapmiddel, in de praktijk doeltreffend is gebleken.

Morfine in tabletvorm: 1,2 gram is waarschijnlijk dodelijk. Als hiervan 20% in het bloed komt, krijgt iemand een hoeveelheid binnen die vergelijkbaar is met een morfine injectie van 240 mg. Combinatie met tenminste één lang werkend benzodiazepine is noodzakelijk.

Bij injectie van morfine in een spier of onder de huid is 240 mg waarschijnlijk dodelijk.

Methodon: Op grond van toxicologische literatuur beveelt de Werkgroep aan als dodelijke dosis: 1 gram (200 tabletten van 5 mg).<sup>2</sup> Combinatie met tenminste één lang werkend benzodiazepine is noodzakelijk.

Fentanyl: De Werkgroep beveelt als dodelijke dosis 500 microgram per uur aan. Durogesic-pleisters met een gezamenlijke dosis van 500 microgram moet men tegelijkertijd op een stuk huid plakken die goed wordt doorbloed en vrij is van haren (bijvoorbeeld op de buik). De pleister mag niet worden geknipt of anderszins beschadigd.

Na op de huid plakken van 500 microgram fentanyl zal men pas na een aantal uren inslapen. Gebruik van tenminste één lang werkend benzodiazepine is noodzakelijk en zal een diepe slaap geven 30-60 minuten na inname. Het kan vervolgens nog ongeveer 24 tot 48 uur duren voordat een ademstilstand intreedt. Dit is langer dan bij de andere drie middelen. Essentieel is dat de eerste 48 uur geen levensreddende behandeling wordt ingesteld.

Uit de jaarlijkse verslagen van de Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA) komt naar voren dat warmte rondom de pleister de opname in het bloed zozeer versnelt, dat men kan overlijden met een lage dosering van fentanyl. Er zijn gevallen beschreven waarbij 100 microgram Fentanyl dodelijk was wanneer de huid waarop de pleister zit wordt verwarmd.<sup>3</sup> Wij waarschuwen dat de gegevens hierover onnauwkeurig zijn, zodat een lagere dan de aanbevolen dosering niet tot de dood hoeft te leiden.

### Gewenning en ontwenning

Alle vier deze middelen geven sterke gewenning, waardoor zij niet dodelijk zijn wanneer men ze al regelmatig gebruikt. Elk opiaat geeft gewenning voor alle andere opiaten. Soms weten patiënten die pijnstilling krijgen niet dat zij een opiaat krijgen. Wanneer enig ander opiaat in de laatste weken voor de zelfdoding als pijnstillend is gebruikt, heeft zelfdoding met deze middelen een grote kans op mislukking. Men kan in het Farmacotherapeutisch Kompas opzoeken ([www.fk.cvz.nl](http://www.fk.cvz.nl)) of een



pijnstillers die men krijgt tot de groep van de opiaten behoort. Men kan dit ook vragen aan de huisarts, apotheker of aan een medewerker van de NVVE of De Einder.

Voor de duur van de ontwenningperiode geldt bij al deze middelen het standaardadvies: tenminste 5 weken voorafgaand aan de zelfdoding dient men te minderen naar nul over een periode van 2 weken; daarna dient men ten minste 3 weken 'clean' te zijn. De ontwenning bedraagt dus voor alle opiaten  $2 + 3 = 5$  weken.

Men bedenke daarbij dat abrupt staken zeer onaangename verschijnselen kan veroorzaken. Geleidelijke afbouw van het gebruik over een periode van meerdere weken verdient de voorkeur. Het zal vaak onmogelijk zijn om het gebruik van het opiaat geheel te staken gedurende ten minste 3 weken voorafgaand aan de levensbeëindiging. Dan zal men een ander middel moeten gebruiken. Iemand die gewend is aan een opiaat, loopt een reële kans dat door gewenning de zelfdoding mislukt, zelfs al gebruikt h/zij het dubbele van de dodelijke dosis.

### Benodigde slaapmiddelen

De genoemde vier pijnstillers hebben alle een slaapverwekkend effect maar geen van hen geeft voldoende langdurig een diepe slaap. Combinatie met tenminste één lang werkend benzodiazepine is dan ook noodzakelijk (3.2.7), om geen last te hebben van de ademstilstand waaraan men overlijdt.

Indien men gewend is een benzodiazepine te gebruiken als slaap- of kalmeringsmiddel, is ook ontwenning daarvan noodzakelijk (3.2.6). Dit wordt soms vergeten.

In geval van zelfdoding met dextropropoxyfeen is er een combinatie die in de praktijk (zie onder) zijn doeltreffendheid heeft bewezen: dextropropoxyfeen met flurazepam (Dalmadorm) 500 mg en oxazepam (Seresta) 500 mg.

### Inname

Inname van een antibraakmiddel vanaf 36 uur tevoren is noodzakelijk bij alle vier de pijnstillers. Dus óók bij gebruik van fentanylpleisters, vanwege het lang werkende benzodiazepine dat daarbij ingenomen moet worden.

In ons land is dextropropoxyfeen verkrijgbaar als capsule, waarin korrels zitten. Uit deze korrels komt het middel vertraagd vrij. Hierdoor zal het dodelijke effect ook pas na enige tijd intreden. Door de cap-

sules te openen en de korrels die erin zitten fijn te malen (in een vijzel), kan de vertraagde afgifte gedeeltelijk worden opgeheven.

Bij inname van een zeer groot aantal tabletten, zoals bij methadon (200 tabletten) is het aan te bevelen deze vooraf fijn te malen.

### De praktijk

89

Van 85 personen is gemeld dat zij dextropropoxyfeen hadden gebruikt. Daarvan zijn er 82 overleden. Wij bespreken eerst de mislukkingen.

Bij één persoon mislukte de zelfdoding met dextropropoxyfeen in combinatie met oxazepam en midazolam. Deze persoon leed aan kanker met uitzaaiingen die niet meer reageerde op chemotherapie. De werkgroep vermoedt dat de mislukking het gevolg is geweest van gewenning aan een pijnstillertje uit de groep opiaten, die aan de aandacht is ontsnapt. Door deze gewenning was de dextropropoxyfeen onvoldoende werkzaam.

Een tweede mislukking betreft iemand die in het buitenland 20 capsules had gekocht die niet in de originele strips zaten. Wij vermoeden dat dit geen dextropropoxyfeen is geweest. In de vorige WOZZ editie stond dat 20 capsules genoeg zouden zijn, maar mede op grond van deze mislukking bevelen wij nu 30 capsules aan.

Een derde mislukking vond plaats na gebruik van 28 capsules dextropropoxyfeen met 600 mg Nitrazepam. De persoon ontwaakte na 72 uur. Nitrazepam is niet een langwerkend benzodiazepine. Wij vermoeden dat de door ons aanbevolen slaapmiddelen (500 mg flurazepam of 500 mg diazepam) meer zekerheid geven.

Bij een 75-jarige man met een beginnende Alzheimer dementie was de zelfdoding bijna mislukt. Hij nam 30 capsules dextropropoxyfeen tezamen met 500 mg Oxazepam, dat een minder lange werkingsduur heeft, en met 75 mg Midazolam (een kortwerkend benzodiazepine). Na 36 uur was het duidelijk dat hij niet meer diep in slaap was. Een arts gaf hem een injectie met een kortwerkend benzodiazepine om tijd te hebben voor overleg met een SCEN-arts. De conclusie van dat overleg was om niets meer toe te dienen. Hij bleef in een lichte slaap en overleed na 65 uur. Het wachten was voor de aanwezige familie een afschuwelijke ervaring.

Wij vermoeden dat deze zelfdoding bijna was mislukt, door interactie tussen de medicijnen tegen de ziekte van Alzheimer die de patiënt gebruikte en de dextropropoxyfeen. Dit laatste medicijn kan door deze interactie sneller zijn afgebroken waardoor de bloedspiegel niet hoog genoeg werd om een ademstilstand te geven. Interacties tussen genes-

middelen zijn niet altijd bekend. Daarom zou het bij een zorgvuldige levensbeëindiging onze voorkeur hebben om een week voor de geplande datum met de medicijnen die niet strikt noodzakelijk zijn te stoppen. In de praktijk is dit bij sommige medicijnen gevaarlijk (bijvoorbeeld bij gebruik van insuline of bij medicijnen voor het hart). Soms is het mogelijk een arts te vragen met welke medicijnen men zonder bezwaar gedurende een week kan stoppen en met welke dat niet verstandig is. Als men dat niet kan vragen, is het beter om de voorgeschreven medicijnen te blijven gebruiken.

Van de overige 81 overleden personen hebben er 73 ons advies opgevolgd om tenminste 500 mg van een langwerkend benzodiazepine te gebruiken. Velen van hen (48 van de 73) hebben daarbij nog een tweede benzodiazepine gebruikt, meestal was dat oxazepam.

Slechts bij 17 van de overleden personen was de tijdsduur tussen het innemen van de middelen en het overlijden vermeld: minimaal 75 minuten en maximaal 17 uur. Een uitzondering hierop is zojuist besproken naar aanleiding van de 75-jarige man bij wie het overlijden pas na 65 uur kwam door vermoedelijke interactie met andere geneesmiddelen die hij gebruikte.

Acht personen zijn afgeweken van ons advies maar zijn wel overleden. De door hen gebruikte medicatie wordt hier vermeld.

- twee personen combineerden 20 capsules dextropropoxyfeen (aanbevolen wordt 30 capsules) met 300 mg diazepam (aanbevolen wordt 500 mg). De een stierf na 14 uur, de ander na 17 uur. In beide gevallen is een riskant lage dosering gebruikt.
- één persoon gebruikte dextropropoxyfeen zonder benzodiazepine maar met een barbituraat (600 mg cyclobarbital) als slaapmiddel; Wij beschouwen 600 mg van een barbituraat als onvoldoende voor een langdurige diepe slaap; 1200 mg zou daarvoor wel voldoende zijn.
- één persoon gebruikte dextropropoxyfeen met morfine (MS Contin) zonder enig benzodiazepine. Hij overleed pas na 7 dagen op een intensive care afdeling. Deze levensbeëindiging was bijna mislukt.
- twee personen gebruikten naast dextropropoxyfeen een antihistaminicum met kalmerende werking (Hydroxizine). Dat is als slaapmiddel volstrekt ongeschikt. Vermoedelijk was de slechte conditie van beide personen de reden dat zij toch zijn overleden.
- één persoon combineerde dextropropoxyfeen met oxazepam (Seresta) en het opiaat tramadol. Ook dit is riskant doordat er onvoldoende slaapmiddelen zijn gebruikt.
- één persoon: onbekend waarmee dextropropoxyfeen werd gecombineerd.

## **Methadon**

Er is van zelfdoding met methadon geen melding binnengekomen.

## **Fentanyl**

Fentanyl in de vorm van pleisters is pas sinds 1995 in de handel. In de toxicologische literatuur zijn twee ervaringen met zelfdoding door fentanylpleisters beschreven. 91

De ene persoon gebruikte 2 pleisters à 75 mg/uur fentanyl (totaal 150 microgram/uur), plus diazepam plus cocaïne.<sup>4</sup> De werkgroep acht de dosis van 150 microgram laag en daardoor onzeker.

De andere persoon gebruikte 3 pleisters à 100 microgram/uur fentanyl.<sup>5</sup> Het betrof een vrouw van 83 jaar, van wie de stofwisseling vertraagd kan zijn geweest, wat mogelijk tot het overlijden heeft bijgedragen.

Er zijn berichten van de Food and Drug Administratie (FDA) in de USA dat er jaarlijks ongeveer 100 mensen overlijden terwijl zij fentanyl gebruiken. Een (groot) deel hiervan zijn vermoedelijk ongelukken en geen geplande zelfdodingen. Maar deze ongevallen werpen wel licht op de dodelijke eigenschap van fentanyl in combinatie met warmte. Enkele van de overleden personen hadden koorts, sommigen overleden tijdens een bezoek aan de sauna, anderen terwijl zij een elektrisch verwarmde deken gebruikten of een kompres op de pleister hadden aangebracht. Warmte kan de opname van fentanyl versnellen wat een verhoogde bloedspiegel geeft die de ademstilstand veroorzaakt. Dit blijven echter incidentele waarnemingen waaruit geen conclusie getrokken kan worden over de dosis die dodelijk is. Het blijft riskant om de door ons genoemde dosering van 500 microgram fentanyl te verlagen als men dit middel wil gebruiken om te overlijden.

## **Samenvatting**

Dextropropoxyfeen, morfine, methadon en fentanyl zijn in de praktijk dodelijk gebleken, mits:

- tenminste drie weken géén opiaten en geen benzodiazepinen zijn gebruikt;
- zij gebruikt worden in combinatie met tenminste 500 mg van één benzodiazepine dat een lange werkingsduur heeft.

## 4.2 Chloroquine

Chloroquine wordt gebruikt als geneesmiddel tegen malaria en bij gewrichtsreuma. Het is in twee vormen in de handel:

- als zoutverbinding met sulfaat of fosfaat, en
- als hydroxychloroquine.

### Doodsoorzaak

De dood treedt in door hartstilstand.

### Verkrijgbaarheid

Chloroquine is niet moeilijk verkrijgbaar voor wie nog kan reizen of via het Internet. In verschillende landen van de Europese Unie is chloroquine zonder recept bij veel apotheken te koop, bijvoorbeeld in België, Frankrijk, Spanje en Portugal. Buiten Europa is het in landen met een tropisch klimaat zonder recept te koop.

- Per week dat men in een gebied verblijft waar malaria voorkomt, heeft men 300 mg nodig. Omdat men van chloroquine base minstens 80 tabletten van 100 mg nodig heeft (zie onder), kan men als reisduur 6 maanden opgeven (of 3 maanden voor 2 personen).

Wanneer de Internet leverancier buiten Europa is gevestigd, kan soms enig wantrouwen op zijn plaats zijn of de geleverde strips inderdaad chloroquine bevatten (zie hoofdstuk 3.4).

In Nederland is chloroquine alleen op recept verkrijgbaar bij de GGD of een huisarts. Het wordt echter meestal geweigerd aan personen die zeggen naar de tropen te gaan, omdat de malariaparasiet in veel gebieden resistent is tegen chloroquine. Andere middelen tegen malaria komen dan eerder in aanmerking maar deze zijn geen van alle doeltreffend voor levensbeëindiging.

### Dodelijke dosis

- van chloroquine-sulfaat (Nivaquine) heeft men 11 gram nodig (110 tabletten van 100 mg). Dit geldt ook voor chloroquine-fosfaat dat in het buitenland in de handel is.
- van hydroxy-chloroquine (Plaquenil) heeft men 12 gram nodig (60 tabletten van 200 mg).

### Gewenning en ontwenning

Bij gebruik van chloroquine treedt geen gewenning op. Wie ergens woont waar malaria voorkomt en hiertegen regelmatig chloroquine gebruikt, hoeft met dit gebruik dus niet te stoppen voorafgaande aan de zelfdoding.

Bij levensbeëindiging met chloroquine is het gebruik van slaapmiddelen noodzakelijk (zie onder). Voor deze slaapmiddelen geldt het standaardadvies voor ontwenning zoals dat in hoofdstuk 3.2.6 is gegeven.

93

### Benodigde slaapmiddelen

Chloroquine laat het bewustzijn helder. Daarom is in geval van zelfdoding de combinatie met een benzodiazepine noodzakelijk, zodat men geen last heeft van de giftige werking op het hart. Benzodiazepinen onderdrukken ook de spiertrekkingen of epileptische insulten die door chloroquine kunnen optreden voorafgaand aan het overlijden.

Volgens het in Schotland gepubliceerde boek *Departing Drugs* mag men samen 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” (Docker 1993, p 22)

De achtergrond van de geciteerde uitspraak is dat artsen op een intensive care patiënten met een chloroquine vergiftiging behandelen met diazepam. De schrijvers van *Departing Drugs* hebben hieruit geconcludeerd dat de benzodiazepinen en met name diazepam, niet geschikt zouden zijn voor gebruik bij zelfdoding met chloroquine.

Diazepam wordt volgens de auteurs van dit boek toegepast bij een vergiftiging met chloroquine om de spiertrekkingen en epileptische insulten te onderdrukken die ten gevolge van chloroquine optreden. Diazepam en de andere benzodiazepinen zijn hiervoor geschikt. Zij onderdrukken niet de dodelijke werking van chloroquine op het hart.<sup>6</sup>

Vijfentwintig praktijkervaringen die ons door een ooggetuige (een arts) zijn gemeld, bevestigen onze opvatting. Bij deze gemelde gevallen werd 6-8 gram chloroquine base in combinatie met een hoge dosering (1000 mg) diazepam ingenomen. In alle gevallen leidde dit binnen vier uur tot de dood. Diazepam had de dodelijke werking van chloroquin op het hart niet tegengegaan. Er traden geen epileptische insulten op doordat diazepam deze kon onderdrukken.

Soms wordt het advies gegeven om een ander slaapmiddel te gebruiken, met name :zopiclon 300 mg (Imovane); dit heeft een andere chemische

structuur dan de benzodiazepinen. Het is van zopiclon bekend dat het soms lang (meer dan een uur) kan duren voordat men na inname ervan in slaap valt. Twee keer is dit ook vanuit de praktijk aan de werkgroep gemeld. In dat geval bestaat het risico dat men nog bij bewustzijn is als er pijnlijke spiertrekkingen optreden. De werkgroep ontraadt daarom het gebruik van zopiclon (Imovane).

Wij bevelen aan om naast chloroquine een combinatie te gebruiken van benzodiazepinen die snel én langdurig een diepe slaap geven. Om snel en diep in slaap te raken wordt aanbevolen om naast de chloroquine en het lang werkende benzodiazepine, ook nog een snel werkend benzodiazepine in te nemen (3.2.7).

### Wijze van innemen

Antibraakmiddelen zijn onmisbaar. De eerste keus is metoclopramide (Primperan). (zie 3.2.8). Chloroquine is zo bitter dat het kan doen kokhalzen of braken; daarom kan men de tabletten beter niet fijnmalen. Men kan de bittere smaak maskeren door de tabletten in te nemen met wat vla of yoghurt waaraan een zoetstof is toegevoegd. Vervolgens kan men de bittere smaak wegspoelen met water of melk. Het is af te raden erg veel te drinken omdat dit braken kan opwekken.

De lang werkende benzodiazepinen mogen gelijktijdig met chloroquine in de vla worden gestrooid en ingenomen.

De snel werkende benzodiazepinen kan men beter pas daarna innemen om te voorkomen dat men tijdens het innemen van de chloroquine in slaap valt. Bij een zeer snel werkend benzodiazepine als midazolam (Dormicum), bestaat bij gelijktijdig innemen van alle tabletten het risico dat men reeds na vijf minuten in slaap valt, nog vóórdat alle dodelijke middelen zijn ingenomen.

### De praktijk

Er werden 37 zelfdodingen met chloroquine gemeld, waarvan 25 gevallen vanuit het buitenland door een ooggetuige die ook arts is.

- Deze 25 personen namen 6-8 gram chloroquine base en 1000 mg diazepam. Zij overleden na 2-4 uur. Een deel van hen had ook het medicijn metoprolol ingenomen. Dat is een beta-blocker die in hoge dosering giftig kan zijn voor het hart. De auteurs van dit boek kunnen de toevoeging van metoprolol niet aanbevelen omdat dit middel ook de giftige werking van chloroquine op het hart zou kunnen verminderen.<sup>7</sup>

De gebruikte dosering bij de 12 overige gevallen verschilde:

- 1 persoon gebruikte 14 gram chloroquine-sulfaat, 5 personen elk 10 gram en 1 persoon gebruikte 8 gram. In 5 andere gevallen is de gebruikte dosering onbekend.

Het overlijden kwam bij 4 van de 12 personen na twee tot drie uur. In de andere gevallen is dat niet bekend.

95

Wat betreft het gebruikte slaapmiddel bij deze 12 gevallen:

- 5 personen gebruikten zopiclon (Imovane) als slaapmiddel; twee van hen namen 300 mg zopiclon; bij de overigen is de dosering onbekend. Bij 2 personen die zopiclon innamen, duurde het meer dan een uur voordat men in slaap viel. Bij één persoon veroorzaakte chloroquine pijnlijke spiertrekkingen voorafgaand aan het in slaap vallen. Voor de aanwezige familieleden was dit een beangstigende ervaring omdat hun dierbare zichtbaar pijn leed. Dit was geen humane dood. De auteurs van dit boek raden het gebruik van zopiclon af. Het is essentieel om een kortwerkend benzodiazepine toe te voegen om snel in een diepe slaap te vallen.
- 3 personen gebruikten 3 tabletten Vesparax als slaapmiddel bij de chloroquine. Het overlijden trad in zonder onaangename bijwerkingen. Toch acht de werkgroep dit riskant omdat 3 tabletten Vesparax (zij bevatten  $3 \times 200 = 600$  mg barbituraat) te weinig kan zijn om langdurig een diepe slaap te geven. Het gebruik van 6 tabletten Vesparax (= 1.200 mg barbituraat) is veiliger om een langdurige diepe slaap te garanderen.
- 2 personen gebruikten een onbekend hoeveelheid temazepam als slaapmiddel. Er waren geen ooggetuigen bij aanwezig zodat onduidelijk is hoe dit is verlopen. Temazepam is geen langwerkend slaapmiddel. Het gebruik ervan als vervangmiddel voor de door ons genoemde middelen, is riskant.
- 1 persoon gebruikte als slaapmiddel 4 gram een antihistaminicum met sederende werking (hydroxyzine,). De werkgroep acht gebruik van dit middel zeer riskant omdat de kans klein is dat het langdurig een diepe slaap geeft.
- 1 persoon: onbekend is welk slaapmiddel werd gebruikt.

### Samenvatting

Elf gram van de chloroquine-zouten of twaalf gram hydroxychloroquine zijn relatief snel dodelijk mits ingenomen in combinatie met een slaapmiddel in voldoende dosering. Wij adviseren tenminste 500 mg van een lang werkend benzodiazepine te gebruiken en pas daarna 100 mg van een snel werkend benzodiazepine in te nemen (3.2.7).



### 4.3 Tricyclische antidepressiva

96 In dit hoofdstuk worden acht antidepressiva besproken die voor humane zelfdoding in aanmerking komen. Hoewel andere antidepressiva in hoge dosering soms ook dodelijk zijn, is de werkgroep van mening dat daarbij de kans op overlijden onzeker is.

De acht middelen in alfabetische volgorde:

- amitriptyline (Tryptizol, Sarotex), in tabletten van 10, 25, 50 en 75 mg.
- clomipramine (Anafranil), in tabletten van 10, 25 en 75 mg.
- desipramine (Pertofran), dragee van 25 mg
- dosulepine (Prothiaden), capsule van 25 mg, dragee van 75 mg.
- doxepine (Sinequan), capsule's van 10, 25, 50, 75 en 100 mg.
- imipramine (Tofranil), tabletten van 10 en 25 mg.
- nortriptyline (Nortrilen), tabletten van 10, 25 en 50 mg.
- trimipramine (Surmontil), tablet van 25 mg.

Zie Tabel 1 voor de namen waaronder deze middelen in het buitenland verkrijgbaar zijn.

#### Doodsoorzaak

De dood treedt in door hartritmestoornissen, mogelijk soms ook door ademstilstand.

#### Verkrijgbaarheid

Van bovenstaande acht medicijnen worden in Nederland vooral Amitriptyline, clomipramine en nortriptyline door huisartsen en psychiaters voorgeschreven. Dit gebeurt bij depressieve klachten zoals een sombere stemming, vermoeidheid, slapeloosheid, gebrek aan energie, niet kunnen genieten of gebrek aan eetlust. Vaak worden één of twee andere antidepressiva (zoals Prozac of Remeron) eerst voorgeschreven. Pas als deze andere middelen hardnekkige bijwerkingen blijken te geven (zie de bijsluiter) of als de klachten niet verbeteren, wordt een van bovenstaande antidepressiva geprobeerd.

Amitriptyline wordt bovendien voorgeschreven tegen chronische pijnklachten en bij hardnekkige slapeloosheid.

In Nederland zijn deze medicijnen uitsluitend verkrijgbaar op recept. In sommige Europese landen worden zij aan toeristen ook zonder recept verkocht door een apotheek.

### **Dodelijke dosis**

Bij alle tricyclische antidepressiva is een dosis van 6 gram dodelijk. Combinatie met een langwerkend benzodiazepine als slaapmiddel is noodzakelijk (zie onder).

Tricyclische antidepressiva vertragen de darmwerking en daardoor ook de opname van deze middelen uit de darm. Het overlijden zou meestal plaatsvinden 12-24 uur na inname.<sup>8</sup> Maar men dient er rekening mee te houden dat het overlijden soms pas na 24 tot 48 uur intreedt. Als er in de eerste 48 uur behandeling wordt gestart op een intensive care kan iemand in leven worden gehouden. Met een behandelverbod en een gevolmachtigde die ter plekke aanwezig is, kan dit worden verhinderd.

97

### **Gewenning en ontwenning**

Bij tricyclische antidepressiva treedt geen gewenning op. Het (eventuele) gebruik voorafgaande aan een zelfdoding, hoeft dus niet gestaakt te worden. Ontwenning van benzodiazepinen die gebruikt worden, is wel essentieel.

### **Benodigde slaapmiddelen**

Geen enkel antidepressivum geeft een diepe, langdurige slaap. Combinatie met 500 mg van een langwerkend benzodiazepine is dan ook noodzakelijk, om de giftige verschijnselen voorafgaand aan het overlijden te onderdrukken of er niets van te kunnen bemerken. De toxische verschijnselen zijn onder meer epileptische aanvallen of een hoge temperatuur.

De werkgroep adviseert bij elk van deze antidepressiva in ieder geval één lang werkend benzodiazepine te gebruiken in de aangegeven dosering (3.2.7).

### **Wijze van inname**

Het gebruik van antibraakmiddelen vanaf 36 uur voorafgaande aan de zelfdoding is essentieel omdat men soms een groot aantal tabletten moet innemen (6 gram = 240 stuks van 25 mg). Het is aan te raden de tabletten fijn te maken en uit te strooien in wat vla of yoghurt. In plaats van tabletten krijgt men soms capsules of dragees voorgeschreven. Capsules kan men openen en uitstrooien. Dragees kan men niet fijn maken of openen. Men kan ze wel in hun geheel uitstrooien in vla of yoghurt omdat het doorslikken dan veel makkelijker en sneller verloopt dan wanneer men ze stuk voor stuk doorslikt. Indien men behal-

ve het lang werkende benzodiazepine ook een snel werkend slaapmiddel gebruikt, moet men voorkomen tijdens het innemen in slaap te vallen. Daarom dient het snel werkende benzodiazepine pas gebruikt te worden nadat alle andere middelen zijn ingenomen.

## 98 De praktijk

Er is één zelfdoding bij de werkgroep gemeld met 4 gram amitriptyline en slechts 120 mg flurazepam (Dalmadorm). Het is bekend dat minder dan 6 gram soms dodelijk kan zijn maar dat is wel riskant. De lage dosis van 120 mg flurazepam is in dit geval waarschijnlijk gecompenseerd door het sederend (slaapverwekkend) effect van amitriptyline. Bij de andere genoemde antidepressiva kan een te lage dosis slaapmiddel ertoe leiden dat men zich bewust wordt van de vergiftigingsverschijnselen, zodat er geen sprake is van een humane dood.

### Samenvatting

De auteurs zijn op grond van toxicologische literatuur van mening dat 6 gram van een tricyclisch antidepressivum dodelijk is, mits het wordt ingenomen met tenminste 500 mg van een lang werkend benzodiazepine.

## 4.4 Barbituraten

Bijna alle barbituraten zijn in Nederland uit de handel genomen. Toch bespreken wij deze middelen omdat hiermee in de jaren tachtig en negentig veel ervaring is opgedaan bij een waardige levensbeëindiging. Wel worden barbituraten door artsen op een speciaal recept gebruikt voor levensbeëindiging op verzoek. Echter, de praktische betekenis van barbituraten voor niet-artsen die een humane levensbeëindiging nastreven, is vrijwel nihil omdat deze middelen ook buiten Nederland haast niet meer te verkrijgen zijn. Wanneer iemand op zorgvuldige wijze het leven wil beëindigen, kunnen de medicijncombinaties die in de drie vorige hoofdstukken zijn besproken, barbituraten vervangen.

Tot de barbituraten behoren in alfabetische volgorde:

- amobarbital
- brallobarbital
- butobarbital
- cyclobarbital
- fenobarbital
- pentobarbital
- secobarbital.

Het meest bekende middel, Vesparax, is een mengsel van twee barbituraten: secobarbital 150 mg en brallobarbital 50 mg, met daarbij het antihistaminicum hydroxyzine 50 mg. Vesparax bevat dus  $150 + 50 = 200$  mg barbituraat per tablet. Het is in Nederland uit de handel genomen. Artsen kunnen het daarom niet meer voorschrijven. In enkele andere Europese landen wordt het nog wel voorgeschreven, met name in Duitsland, België en Italië.

Uit de USA zijn gevallen gemeld met Nembutal (pentobarbital)<sup>9</sup> dat in Mexico is gekocht bij (leveranciers van) dierenartsen die dit voor euthanasie bij dieren gebruiken. Ook in Nederland worden barbituraten in de veterinaire geneeskunde gebruikt maar deze zijn niet verkrijgbaar als men geen dierenarts is. Ook hierop is toezicht door de Inspectie.

### **Doodsoorzaak**

De dood treedt in door een combinatie van ademstilstand en hartstilstand.

### **Verkrijgbaarheid**

Alle barbituraten vallen onder de Opiumwet. Uitsluitend fenobarbital kan in Nederland nog door artsen worden voorgeschreven.

Fenobarbital (Luminal) is op recept verkrijgbaar als middel tegen epilepsie in tabletten van 25, 50 of 100 mg. Fenobarbital heeft bij gebruik voor zelfdoding het nadeel, dat de werking langzamer intreedt dan na inname van de andere barbituraten. Daardoor kan het overlijden soms 3 dagen op zich laten wachten. In die periode zou levensreddende behandeling gestart kunnen worden, tenzij er een behandelverbod is en een gevolmachtigde die er op let dat dit niet gebeurt.

De overige barbituraten zijn in Nederland niet meer verkrijgbaar. In de uitvouwbare Tabel in de achterkaft van dit boek zijn de namen vermeld waaronder zij in andere landen op recept nog verkrijgbaar zijn.

### **Dodelijke dosis**

Eerst bespreken wij de dodelijke dosering die artsen gebruiken, daarna de lagere dosis die volgens de auteurs van dit boek dodelijk is.

Artsen die hulp bij zelfdoding verlenen, geven in Nederland een drank met 9 gram pentobarbital of secobarbital.<sup>10</sup> De werkgroep vindt 9 gram niet noodzakelijk. Er is nooit iemand wakker geworden die 6 gram van een barbituraat had ingenomen, mits er geen sprake is van gewenning en mits er de eerste uren geen maagspoeling volgt.

Na gebruik van 9 gram secobarbital of 9 gram pentobarbital vindt

het overlijden meestal binnen 2 uur plaats; een enkele keer komt het overlijden na 2-24 uur. Slechts bij hoge uitzondering laat het overlijden langer dan 24 uur op zich wachten (zie hoofdstuk 5.2).<sup>11</sup>

100 In de praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding blijkt dat een arts die meent dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, soms bereid is om de spanning van het wachten op het overlijden voor de aanwezige familie te beëindigen. Als de patiënt na een aantal uren nog ademt, is het in Nederland niet ongebruikelijk dat een arts een dodelijke injectie toedient om de dood te bespoedigen.

De dodelijke dosis van barbituraten die wij als doeltreffend beschouwen bij een humane zelfdoding zonder doktershulp, is 6 gram:

- Fenobarbital: 60 tabletten van 100 mg; of 120 van 50 mg; of 240 van 25 mg.
- Vesparax: 30 tabletten zijn voldoende. Deze bevatten in totaal 6 gram barbituraat.

Wanneer iemand de hier aanbevolen dosis van 6 gram heeft ingenomen en er geen levensreddende behandeling wordt gestart, zal hij of zij niet meer ontwaken maar in alle gevallen overlijden zonder nog bij bewustzijn te komen. Men hoeft zich niet ongerust te maken dat de zelfdoding zal mislukken als betrokkene na 24 uur nog ademt. Na gebruik van 6 gram fenobarbital tesamen met een langwerkend bezodiazepine kan het overlijden wel  $\pm 72$  uur op zich laten wachten.

### Gewenning en ontwenning

Alle barbituraten geven gewenning. Wie regelmatig één van deze middelen gebruikt, moet eerst zorgen dat ontwenning plaatsvindt.

Als totale ontwenningduur geldt het standaardadvies 2+3 weken: tenminste over 2 weken afbouwen naar nul en gedurende tenminste 3 weken 'clean' zijn voorafgaand aan de zelfdoding.

Van groot belang is het volgende. Als men zelfdoding met barbituraten van plan is moet óók het (eventuele) gebruik van benzodiazepinen als slaapmiddel tijdig worden gestaakt. De redenen hiervoor zijn van technisch farmacologische aard.<sup>12</sup>

Voor de ontwenning van benzodiazepinen geldt hetzelfde standaardadvies van 2+3 weken. De fase van afbouwen mag ook verlengd worden: sommige mensen vinden 4+3 weken makkelijker uitvoerbaar, omdat bij 4 weken afbouwen het centraal zenuwstelsel zich geleidelijker kan aanpassen.

De ontwenning van fenobarbital (Luminal) wijkt af van het stan-

daardadvies. Epilepsie patiënten gebruiken dit middel regelmatig, zodat ook bij hen gewenning optreedt. Wie dit middel voor zelfdoding wil gebruiken moet tenminste 4 weken 'clean' zijn. De totale ontwenningduur van fenobarbital bedraagt dus 6 weken: 2 weken afbouw en 4 weken 'clean'. Tijdens deze 6 weken zou er bij een patiënt met epilepsie, die een levensbeëindiging met fenobarbital voorbereidt, een epileptische aanval kunnen optreden. Dit is een ernstig risico dat met een arts besproken moet worden, zodat deze een middel tegen epilepsie kan voorschrijven dat geen barbituraat is en ook geen benzodiazepine.

### Benodigde slaapmiddelen

Alle barbituraten geven van zichzelf een voldoende diepe en langdurige slaap. Toch adviseren de auteurs om Fenobarbital te combineren met 500 mg van een langwerkend benzodiazepine (zie 3.2.7). De reden is dat wij vermoeden dat deze toevoeging het overlijden zal bespoedigen. Bij de andere barbituraten is dat niet nodig omdat gewoonlijk binnen 24 uur het overlijden volgt.

### De praktijk

Er zijn 42 zelfdodingen met barbituraten bij de wozz gemeld:

- 22 met vloeibaar Nembutal dat voor euthanasie door dierenartsen wordt gebruikt;
- 18 met Vesparax dat reeds lang geleden was verkregen;
- één met fenobarbital en 1 met butobarbital.

We bespreken hier aspecten van deze gevallen die voor anderen van belang kunnen zijn.

- 22 personen dronken minimaal 6 gram tot maximaal 12 gram vloeibaar Nembutal, De tijdsduur tot overlijden varieerde van 15 minuten tot 5,5 uur. In de USA wordt bij Nembutal ook vaak een beta-blocker ingenomen (160-360 mg propranolol). Men heeft het idee dat een beta-blocker de hartslag zo vertraagt dat daardoor het overlijden zou worden bespoedigd. Inderdaad kan een zeer hoge dosering van een beta-blocker de hartslag vertragen en soms kamerfibrilleren opwekken, maar kamerfibrilleren treedt lang niet bij iedereen op.<sup>13</sup> Vanwege deze onzekerheid bevelen wij de toevoeging van een beta-blocker niet aan. Het is ook niet nodig omdat 6 gram van een barbituraat op zichzelf reeds dodelijk is. Wie het overlijden aan een barbituraat wil proberen te bespoedigen kan ons inziens beter een hoge dosis (500 mg of meer) van een langwerkend benzodiazepine innemen tegelijk met tenminste 6 gram van het barbituraat.

- twaalf personen namen tenminste 30 tabletten Vesparax. De tijdsduur tot overlijden was minimaal 20 minuten tot maximaal 23 uur. Dit laatste geval betrof iemand die 13 gram inslikte die 25 jaren tevoren was verkregen. Na tien jaar neemt de sterkte van tabletten af maar onbekend is hoe snel dat precies gebeurt (zie 3.2.2). Deze persoon stierf na 23 uur.
- vier personen namen Vesparax in een lagere dosis (4 respectievelijk 5 gram) en combineerden dit met 20 capsules dextropropoxyfeen (30 capsules hiervan is dodelijk, zie 4.1).
- één persoon gebruikte nog minder: 15 tabletten ofwel 3 gram Vesparax tegelijk met 45 tabletten (225 mg) dextromoramide (Palfium); dat is een dosering van een opiaat die niet dodelijk is. Palfium is vrijwel niet meer verkrijgbaar en wordt daarom door ons niet besproken in hoofdstuk 4.1.
- één persoon (circa 85 jaar) gebruikte uitsluitend 15 tabletten Vesparax en overleed na 36 uur. Gedurende deze 36 uur werd er geen vocht toegediend, zodat uitdroging mede een rol kan hebben gespeeld als doodsoorzaak. Deze zelfdoding had heel goed kunnen mislukken doordat de hoeveelheid Vesparax wel erg laag was.
- één persoon gebruikte 4,5 gram fenobarbital. Onbekend is na hoeveel tijd het overlijden intrad. Wij denken dat minimaal 6 gram nodig is.
- één persoon: onbekend hoeveel er werd gebruikt.

### Samenvatting

Barbituraten zijn doeltreffend voor humane levensbeëindiging, maar zij zijn in Nederland vrijwel niet verkrijgbaar. In de Tabel worden de namen gegeven waaronder zij in enkele landen verkrijgbaar zijn.

Fenobarbital is als anti-epilepticum op recept verkrijgbaar, maar vereist 3 extra maatregelen: men dient van 4 weken 'clean' te zijn van fenobarbital en 3 weken van benzodiazepinen; combinatie met 500 mg van een lang werkend benzodiazepine is noodzakelijk; een behandelverbod is noodzakelijk en een gevolmachtigde die erop toeziet dat dit in acht wordt genomen.

# Ervaringen van artsen met dodelijke middelen in Zwitserland, Nederland, Oregon en België

### 5.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk zijn combinaties van medicijnen besproken die mensen zelf kunnen verzamelen en zelf innemen om hun leven te beëindigen. Soms echter is een patiënt fysiek niet in staat is om de verantwoordelijkheid voor het overlijden te nemen. Wanneer iemand verlamd is of niet meer kan slikken, is de hulp van een arts onmisbaar.

In landen waar hulp bij levensbeëindiging wettelijk is toegestaan, zijn ervaringen opgedaan met de technische aspecten van de uitvoering. Deze zijn ook gepubliceerd. Het betreft het duitstalige deel van Zwitserland, Nederland, de staat Oregon (USA) en België,

Niet alle artsen weten met welke geneesmiddelen ze doeltreffend en humaan hulp bij levensbeëindiging kunnen geven. Daarom worden in het vervolg van dit hoofdstuk speciaal voor artsen de technische details van de methoden besproken. Lezers die niet medisch zijn geschoold, zullen dit hoofdstuk op enkele punten moeilijk kunnen volgen.

Hoofdstuk 5.2. geeft een samenvatting van de gegevens met betrekking tot de orale (via de mond) inname van middelen die worden toegepast voor hulp bij zelfdoding binnen de grenzen van de wet in Zwitserland, Nederland en Oregon.

In hoofdstuk 5.3. bespreken wij de technische details van de intraveneuze methode (injectie in een bloedvat). Hierover zijn geen gegevens vanuit Oregon omdat de intraveneuze methode daar strafbaar is. Wel zijn er gegevens uit België.

Een bijzondere situatie doet zich voor in Zwitserland omdat daar, behalve artsen, ook personen die geen arts zijn, hulp bij zelfdoding verlenen binnen het kader van de wet. Een bespreking van de gang van zaken valt buiten het bestek van dit boek. Ook in Zwitserland moet het dodelijke middel in alle gevallen worden voorgeschreven door een arts, die de zelfdoding echter niet zelf hoeft te begeleiden. De arts mag het recept voor een dodelijke middel geven aan een vrijwilliger van een recht-opwaardig-sterven vereniging die de verdere begeleiding van de patiënt overneemt. Deze vrijwilliger is aanwezig bij de levensbeëindiging en meldt het overlijden bij Justitie.<sup>1,2</sup>



## 5.2. Levensbeëindiging met oraal ingenomen barbituraten in aanwezigheid van een vrijwilliger of van een arts

### Zwitserland

104

Bosshard (2003) analyseerde 748 verslagen van levensbeëindiging met hulp van de Zwitserse recht-op-waardig-stervenvereniging *Exit Deutsche Schweiz* over een periode van elf jaar. Van de 748 verslagen van *Exit* werden er 276 gecontroleerd met de officiële overlijdensverslagen van de stad Zürich. Van deze 276 personen namen 261 een dosis pentobarbital van 10-12 gram. Dit is ongeveer het dubbele van de dosis van 6 gram die de auteurs van dit boek in hoofdstuk 4.4 adviseren. Zoals gezegd, is er nooit iemand ontwaakt na inname van 6 gram barbituraat, tenzij er gewenning was opgetreden of het middel werd uitgebraakt.

In de meeste gevallen was de voorschrijvende arts niet aanwezig bij de feitelijke levensbeëindiging. Wel was meestal een vrijwilliger van *Exit Deutsche Schweiz* aanwezig die vervolgens rapporteerde aan de autoriteiten. De barbituraten werden in 31% van de gevallen voorgeschreven door de behandelende arts of de huisarts en in 52% door een arts van de recht-op-waardig-stervenvereniging. Van de overige 17% was niet bekend wie de barbituraten had voorgeschreven. In 88% van de sterfgevallen overleed de patiënt binnen een uur (zie Tabel 9-1, gegevens ontleend aan Bosshard 2003).

*Tabel 5-1: Tijdsverloop tussen orale inname van 10-12 gram pentobarbital en overlijden (261 gevallen)*

0-15 min	70	(27%)
16-30 min	115	(44%)
31-60 min	44	(17%)
1-2 uur	11	(4%)
2-12 uur	20	(8%)
>12 uur	1	(0,4%)
	<b>261</b>	<b>(100%)</b>

In plaats van pentobarbital werd bij 15 patiënten 10-15 gram secobarbital voorgeschreven. Alle 276 personen overleden ten gevolge van de overdosis barbituraten. Voorafgaand aan de inname van pentobarbital en secobarbital werd in alle gevallen een antibraakmiddel geslikt. Het is niet bekend hoe lang tevoren met een antibraakmiddel werd begonnen.

De gemiddelde tijd tot overlijden bedroeg 25 minuten (variërend van 11 minuten tot meer dan 12 uur). De grote meerderheid (88%) overleed binnen één uur.

## Nederland

Horikx en Admiraal (2000) hebben 60 gevallen besproken van orale inname van 9 gram secobarbital dan wel pentobarbital in vloeibare vorm. In een voetnoot geven wij het recept dat door apothekers wordt gebruikt om een dodelijke drank te bereiden van 100 ml (de inhoud van een klein glas), die bitter smaakt. Voor patiënten die 100 ml teveel vinden, kunnen dezelfde ingrediënten worden opgelost in een mengsel van 75 ml. Het gebruik van een rietje om het glas leeg te drinken, heeft als nadeel dat de patiënt soms in slaap valt voordat het glas leeg is.<sup>3</sup>

De auteurs hebben niet-gepubliceerde gegevens ontvangen van A. Horikx, stafmedewerker van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP) betreffende 161 gevallen (de 60 gevallen uit haar publicatie in samenwerking met Admiraal zijn hierin opgenomen).

*Tabel 5-2: Tijdsverloop tot overlijden na orale inname van 9 gram pentobarbital of secobarbital*

0-15 min	63	(40%)
16-30 min	45	(27%)
31-60 min	24	(15%)
1-2 uur	15	(9%)
Euthan. door arts		
na 2 uur*	9	(6%)
onbekend	5	(3%)
<b>Totaal</b>	<b>161</b>	<b>(100%)</b>

*Gegevens van A. Horikx, KNMP*

\* Na enige uren is het coma onomkeerbaar en staat vast dat de patiënt overlijdt. Wanneer het stervensproces langer duurt dan een paar uur, zullen Nederlandse artsen doorgaans het leven beëindigen door toediening van een injectie om de familieleden niet onnodig te belasten met het lange wachten. Er wordt dan een spierverlammend middel toegediend dat ademhalen onmogelijk maakt.

Alle 161 patiënten overleden na toediening van 9 gram pento- of secobarbital. Tabel 5-2 laat zien dat in 82% van de gemelde gevallen de patiënt overleed binnen één uur na het innemen van 9 gram vloeibare pentobarbital of secobarbital. Dat stemt overeen met de ervaring in Zwitserland waar 88% binnen één uur overleed (tabel 5-1)

Horikx en Admiraal vermelden dat ongeveer de helft van de patiënten tevoren een anti-braakmiddel hadden geslikt (metoclopramide) in de 24 uur voorafgaand aan het geplande tijdstip voor levensbeëindiging. Geen van hen braakte het mengsel uit. Overgeven werd wel gemeld bij 2 personen die geen metoclopramide namen. Desondanks overleed de patiënt, blijkbaar was er toch een dodelijke hoeveelheid in het bloed gekomen. Wanneer er geen antibraakmiddel wordt gebruikt, loopt men een risico dat braken een waardig sterven verstoort.

Horikx waarschuwt dat de opname van barbituraten, toegediend in de vorm van zetpillen, zeer onvoorspelbaar is, in het bijzonder bij terminale patiënten. In de onlangs geactualiseerde richtlijnen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van de Pharmacie (2006), wordt het gebruik van zetpillen bij levensbeëindiging sterk ont-raden.

### Oregon

De Oregon Department of Human Services publiceert gegevens over levensbeëindiging met hulp van een arts in de vorm van een jaarverslag. In de periode 1998-2005 betrof dit 246 sterfgevallen.<sup>4</sup> Bij 105 (43%) sterfgevallen werd secobarbital gebruikt en bij 137 (56%) pentobarbital. Bij de vier overige werd 3 maal een cocktail van secobarbital/amobarbital ingenomen en 1 maal secobarbital in combinatie met morfine (Tabel 5-3).

In de eerste drie jaarrapporten van Oregon staat vermeld dat 9 of meer gram barbituraten werden voorgeschreven. Latere rapporten geven geen informatie over de voorgeschreven dosering, maar uit betrouwbare bron hebben wij vernomen dat 9-10 gram barbituraat nog steeds de standaarddosering is.

*Tabel 5-3: Tijdsverloop tot overlijden na innemen van pentobarbital of secobarbital bij 246 gevallen. De website vermeldt geen aantallen in de sub-categorieën.*

Tijd tussen inname en diepe slaap	Gemiddeld 5 minuten Variërend van 1-38 minuten
Tijd tussen inname en overlijden	Gemiddeld 25 minuten Variërend van 4 minuten tot 48 uur
Onbekend	17

Voor zover ons bekend heeft de Oregon Board of Pharmacy geen richtlijnen voor levensbeëindiging met hulp van een arts gepubliceerd. Er is

ook niet altijd een arts aanwezig bij de uitvoering van de zelfdoding. Het schijnt dat patiënten in de regel pas één uur voor het innemen van de barbituraten een antibraakmiddel innemen. Wij adviseren om ten minste 24 uur tevoren daarmee te beginnen.

Een braakneiging bij de patiënt werd gerapporteerd in 12 (5%) van de 246 gevallen. Mogelijk zou dit minder vaak optreden wanneer eerder zou worden gestart met de inname van een antibraakmiddel.

In Oregon is op 247 gevallen één mislukking gemeld die bespreking verdient. De patiënt ontwaakte 65 uur nadat hij, naar men aanneemt, 9 gram pentobarbital had ingenomen. Er zijn twee verklaringen hiervoor geopperd. Ten eerste was er geen arts bij aanwezig die heeft vastgesteld dat de patiënt daadwerkelijk alle voorgeschreven 9 gram Seconal tot zich heeft genomen. Ten tweede nam de patiënt de barbituraten tegelijk met het laxemiddel Lactulose. Dat versnelt de darmpassage, waardoor vermoedelijk minder dan de helft van het barbituraat door de darmen is opgenomen. Als iemand minder dan 5 gram binnen krijgt is een mislukking niet verwonderlijk.

### 5.3 Euthanasie met een infuus of door één of twee dodelijke injecties

#### Zwitserland

Boshard et al. (2003) bespreken 22 sterfgevallen in het kanton Zürich bij wie 10-15 gram pentobarbital met behulp van een infuus intraveneus werd toegediend. De patiënt kon door een ziekte het barbituraat niet doorslikken. Een arts schreef de ampullen pentobarbital in vloeibare vorm voor. Een vrijwilliger van de recht-op-waardig-sterven vereniging spoot de inhoud van de ampullen in een infuusfles. Niet duidelijk is wie het infuus had ingebracht. De ernstig zieke patiënt die hulp had gevraagd bij de zelfstandige en waardige levensbeëindiging verrichte de dodelijke handeling door zelf de kraan van het infuus open te draaien. Door deze laatste handeling van de patiënt stellen de Zwitserse autoriteiten de gang van zaken gelijk met hulp bij zelfdoding. De autoriteiten beschouwen dit niet als 'euthanasie' omdat niet iemand anders het dodelijke middel in de bloedbaan brengt.

De intraveneuze toediening van 10-15 gram pentobarbital leidde tot de dood door hartstilstand na gemiddeld 16 minuten (variërend van 4 – 45 minuten). In nog twee andere gevallen werd dezelfde hoeveelheid pentobarbital toegediend door de patiënt zelf met behulp van een PEG-

sonde. Dat is een sonde die door de buikwand heen direct in de maag wordt aangebracht door een chirurg. In alle 22 gevallen betrof het wilsbekwame patiënten.

Bij deze 22 personen was een injectie van 10-15 gram barbituraten de doodsoorzaak en was een injectie met spierverslappers, zoals in Nederland gebruikelijk is bij euthanasie, niet nodig.<sup>5</sup>

### Nederland

Horikx en Admiraal (2000) beschreven de wijze waarop euthanasie wordt uitgevoerd door het toedienen van twee opeenvolgende injecties, volgens de aanbevelingen van de KNMP.

Eerst wordt een intraveneuze injectie (in het bloedvat) gegeven van 1.5 gram thiopentalnatrium, dat wil zeggen 3 ampullen van 0.5 gram. Deze drie ampullen kunnen worden opgelost in 10 ml fysiologisch zout. Deze oplossing dient binnen een uur te worden gebruikt want na een uur kan een neerslag ontstaan in de injectiespuit. Thiopental ampullen zijn doorgaans (op recept) verkrijgbaar via de openbare apotheek. Intramusculaire (in een spier) toediening van deze oplossing is zeer pijnlijk en wordt daarom ontraden; bovendien is de toediening in een spier niet doeltreffend voor een diepe slaap. De eerste injectie intraveneus (in een bloedvat) is bedoeld om de patiënt in een coma te brengen, zodat deze zich niet bewust is van de ademstilstand, die veroorzaakt wordt door de tweede injectie met spierrelaxantia (medicijnen die de spieren verlammen). Vaak leidt de eerste injectie al tot de dood ten gevolge van een hartstilstand. In deze gevallen is een tweede injectie niet nodig.

Pas wanneer de arts absoluut zeker weet dat het stadium van diepe slaap of coma is bereikt – dit is meestal het geval na 1-5 minuten – wordt de tweede injectie toegediend. In Nederland wordt meestal 20 mg pancuronium dibromide (Pavulon®) gegeven. Een spierverslappend middel leidt tot acute ademstilstand. Het kan vervolgens nog tot maximaal 10 minuten duren voordat de hartslag niet meer waarneembaar is.

In die gevallen (zie Tabel 5-4) waar de patiënt pas meer dan 15 minuten na de tweede injectie overleed, bestaat ernstige twijfel of er inderdaad een *intraveneuze* injectie was gegeven. Bij personen in een slechte lichamelijke conditie kan het moeilijk zijn een vat aan te prikken. Als het middel buiten het bloedvat terecht komt, duurt het langer voordat het in de bloedbaan is opgenomen en er een ademstilstand optreedt.

*Waarschuwing:* De combinatie van thiopental en de genoemde spierverslappers leidt onmiddellijk tot een neerslag. Deze middelen moeten daarom nooit met dezelfde injectiespuit of- naald worden toegediend.

Tabel 5-4: Tijdsverloop tot overlijden bij euthanasie na intraveneuze injectie in Nederland (498 sterfgevallen)

Eerste injectie met 1,5 gr thiopental i.v	126 keer vrijwel acute hartstilstand
Zelfde injectie met 1,5 gr thiopental i.v.	12 keer overlijden binnen 5 min voordat de 2 <sup>e</sup> injectie was gegeven
Tweede injectie met 20 mg van een spierverlammend middel i.v.	136 keer overlijden na 1-5 min 139 keer overlijden na 5-15 min
Tweede injectie waarschijnlijk naast het bloedvat gespoten	43 keer overlijden na 16-30 min 7 keer overlijden na 30 – 60 min 35 keer tijdsduur onbekend
<b>Totaal</b>	<b>498 gevallen gerapporteerd</b>

109

Gegevens van A. Horikx, KNMP

#### Conclusie bij tabel 5-4:

- Bijna 30% (138 gevallen) overlijdt reeds door de eerste injectie met het barbituraat
- Circa 55% (275 gevallen) overlijdt door de tweede injectie binnen 15 minuten
- Bij 10 % is het spierverlammende middel buiten het bloedvat terecht gekomen waardoor het langer duurde voor de ademhaling stopte.

Horikx en Admiraal (2000) waarschuwen dat het moeilijk is om iemand in coma te brengen door een intramusculaire injectie (injectie in de spier) met thiopental in plaats van een intraveneuze injectie. De tweede injectie met pancuronium is wel doeltreffend indien toegediend door intramusculaire injectie, maar het tijdsverloop tot overlijden zal langer zijn.

Groenewoud 2000) heeft klinische problemen gemeld bij de uitvoering van euthanasie en levensbeëindiging met hulp van een arts. Horikx en Admiraal (2000) wijzen erop dat Groenewoud et al. niet specificeren welke euthanatica in feite waren gebruikt bij de probleemgevallen, en evenmin langs welke weg (intraveneus of intramusculair) deze werden toegediend. De gegevens verstrekt door Groenewoud zijn verouderd en onvolledig. Zij verschaffen onduidelijke informatie.<sup>6</sup>

## Oregon

Vanuit Oregon zijn geen gevallen gemeld van levensbeëindiging met behulp van een injectie of van een infuus met pentobarbital omdat het artsen wettelijk is verboden middels een infuus of injectie een dodelijk middel in de bloedbaan te brengen.

110

## België<sup>7</sup>

Eerst wordt een injectie met 2 gram Pentothal gegeven, (soms 3 of 4 gram). Het inslapen vond altijd plaats binnen 5 minuten. Vaak overleed de patient reeds na deze eerste injectie.

Tweede injectie: een spierverlammend middel: Norcuron (10 mg), Nimbex (20 mg), of Tacrium (50 mg). De tijdsduur tot overlijden na de tweede injectie is moeilijk vast te stellen omdat eendeel van de patiënten reeds door de eerste injectie was overleden en toch nog de tweede injectie kreeg toegediend. Een groot deel van de artsen heeft zich beperkt tot de eerste injectie omdat dit voldoende bleek om het overlijden te veroorzaken.

# Zelfdoding is in Nederland niet strafbaar – hulp daarbij is dat soms wel

### 6.1 Inleiding

Over de afgelopen 40 jaar zijn er nieuwe opvattingen over waardig sterven en zelfbeschikking rond het levenseinde tot rijping gekomen die hun uitdrukking onder meer hebben gevonden in de euthanasiewet van 2002.<sup>1</sup> Voorheen speelde uitsluitend de beschermwaardigheid van het leven een rol bij de toetsing van levensbeëindigend handelen. In de laatste 25 jaar heeft daarnaast het begrip zelfbeschikking zijn stempel gezet op de vormgeving van vele wetten, met name in het gezondheidsrecht.<sup>2</sup>

Zelfdoding is in Nederland nooit strafbaar gesteld. Mensen mogen hun leven beëindigen, mits dat geen handelingen van anderen vereist die in strijd zijn met de wet. Hulp bij levensbeëindiging is strafbaar volgens artikel 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht uit 1886. In die tijd werd nog over ‘levensberoving’ gesproken (waar men nu over ‘euthanasie’ spreekt) en over ‘zelfmoord’ (nu ‘zelfdoding’). In 2002 is de wet veranderd. De artikelen zijn uitgebreid met een tweede lid waarin wordt vastgelegd dat artsen die de zorgvuldigheidseisen in acht nemen, niet strafbaar zijn. Zij luiden thans:

Art 293 Sr: ‘– 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 (...).

Art 294 Sr: ‘– 1. Hij die opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzet, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren (...).

– 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 drie jaren (...). Artikel 293, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing.’



Er zijn ons geen strafzaken bekend tegen familieleden die louter en alleen aanwezig waren geweest bij een zelfdoding met medicijnen. Wel zijn er in de afgelopen 100 jaar incidenteel familieleden veroordeeld voor een handeling die de dood veroorzaakte (art 293 Sr) of voor hulp bij zelfdoding (art 294 Sr),<sup>3</sup> bijvoorbeeld door wurging, met een vuurwapen of door een dodelijk medicijn. In dit boek is alleen hulp bij levensbeëindiging met medicijnen van belang.

Een arts uit Eindhoven gaf in 1952, op dringend en herhaald verzoek, een dodelijke injectie aan zijn broer die aan een ernstige vorm van tuberculose leed. De rechtbank en het hof legden een voorwaardelijke straf op van één jaar.<sup>4</sup> De arts Postma gaf in 1972 een dodelijke injectie aan haar moeder die daarom bij herhaling had gevraagd. Zij kreeg 1 week voorwaardelijk.<sup>5</sup> Mevrouw Wertheim, een voormalig predikant van 76 jaar en activiste van de NVVE, gaf in 1981 dodelijke middelen aan een vrouw die haar hulp had ingeroepen om een einde te maken aan haar leven. Mevrouw Wertheim voerde de vrouw de barbituraten. Zij kreeg een voorwaardelijke gevangenisstraf van 6 maanden met als bijzondere voorwaarde dat zij zich de eerste weken van de proeftijd niet buiten haar woning mocht begeven.<sup>6</sup> In deze rechtszaken werd niemand veroordeeld vanwege aanwezigheid bij een zelfdoding maar vanwege handelingen die de directe oorzaak waren van het overlijden dat er op volgde: door een dodelijke injectie (art. 293 Sr) of door het verstrekken én voeren van de dodelijke medicijnen (art. 294 Sr).

Naarmate een wettelijke regeling van euthanasie door artsen dichterbij kwam, is het Openbaar Ministerie rechtszaken gaan voeren tegen diverse hulpverleners (niet-artsen) die betrokken waren geweest bij een zelfdoding. Allen hadden de persoon begeleid als medewerker van een recht-op-waardig-sterven vereniging. In deze vijf zaken stond de interpretatie centraal van de woorden in art 294 Sr tweede lid: 'Hij die opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam is (...)'.<sup>7</sup>

Voor een goed begrip van de problemen rond de precieze betekenis van 'behelpzaam' zijn bij een zelfdoding, worden nu eerst vijf rechtszaken besproken (6.2). Aansluitend citeren wij uitspraken van autoriteiten over wat wel en wat niet strafbare hulp is (6.3). Paragraaf 6.4 schetst de gang van zaken na een overlijden door zelfdoding. Tot slot wordt in 6.5 een zeer voorlopig antwoord gegeven op de vraag die alle betrokkenen bezighoudt die een zorgvuldige levensbeëindiging voorbereiden. Namelijk, wanneer familieleden van zieke of hoogbejaarde personen bij het overlijden aanwezig wensen te zijn om hun dierbare moreel tot steun te zijn, hoe kunnen zij dan vermijden iets te doen wat door Justitie als de directe oorzaak van dat overlijden zal worden beschouwd? Of korter: hoe kunnen zij vermijden strafbare hulp te geven?

## 6.2 Vijf rechtszaken tegen hulpverleners die een zelfdoding met medicijnen hadden begeleid

Het arrest van de Hoge Raad in de zaak Mulder-Meiss is het ijkpunt geworden in latere zaken.

113

**De zaak Mulder-Meiss:**<sup>7</sup> Mevrouw Mulder-Meiss, een gepensioneerde arts, werkte begin jaren negentig samen met de NVVE. Zij had enkele gesprekken met een 73 jarige man die een uitdrukkelijke doodswens had en die sinds 10 jaar aan een auto-immuunziekte leed. Op zijn vraag gaf zij hem de informatie dat de door hem gespaarde middelen voldoende waren voor zelfdoding. Eveneens op zijn verzoek was zij erbij aanwezig toen hij de slaapmiddelen met wat vla opat met de bedoeling om te sterven. Hij had een plastic zak gereed gelegd om over zijn hoofd te doen. Kort na het innemen van de tabletten zei mevrouw Mulder tegen hem dat het tijd werd om de plastic zak over zijn hoofd te doen, waarna hij overleed. Zij meldde haar handelen aan de lijkschouwer. Het gerechtshof Den Haag beschouwde de informatie die zij gaf over de slaapmiddelen niet als strafbare hulp zoals bedoeld in art 294 Sr. Ook haar aanwezigheid bij de zelfdoding werd niet als strafbare hulp beschouwd. Echter, haar uitspraak over de plastic zak was volgens de raadsheren een 'instructie' en daarmee gaf zij wél strafbare hulp bij zelfdoding. Het hof veroordeelde mevrouw Mulder tot een voorwaardelijke gevangenisstraf van één maand met een proeftijd van twee jaar. De motivering van dit arrest 'gaf niet blijk van een onjuiste rechtsopvatting', aldus de Hoge Raad in 1995.

**De zaak Cornelisse:**<sup>8</sup> Mevrouw Cornelisse, een psycholoog en medewerker van de NVVE, had een aantal gesprekken met een 43-jarige vrouw met een langdurig psychiatrisch verleden, die haar leven wilde beëindigen. De vrouw kreeg van Cornelisse informatie over dodelijke medicatie. Zij verzamelde deze zelfstandig en ging tot zelfdoding over. Daarbij was niemand aanwezig. Kort voor en kort na het innemen van de pillen nam de vrouw telefonisch contact op met Cornelisse. Na haar overlijden diende de broer van de overledene een klacht in over de hulp bij zelfdoding die mevrouw Cornelisse in zijn ogen had gegeven. Behalve hulp bij zelfdoding legde de officier haar ten laste dat zij had nagelaten de zelfdoding te verhinderen toen mevrouw in levensgevaar verkeerde. De Rechtbank stelde dat de vrouw wilsbekwaam was en duidelijk had gemaakt dat zij niet wilde dat haar zelfdoding zou worden voorkomen.

Daarom had Cornelisse niet de plicht om de zelfdoding te verhinderen nadat mevrouw de pillen had ingenomen, aldus de rechtbank. Het geven van informatie over dodelijke medicatie en de geboden morele steun in de vorm van de beide telefoongesprekken, beschouwde de rechtbank niet als strafbare hulp bij zelfdoding. Er was geen aanwijzing dat mevrouw Cornelisse een ‘instructie’ had gegeven of ‘de regie had overgenomen’. Zij werd vrijgesproken.

**De zaak Muns:**<sup>9</sup> Een geestelijk raadsman en consulent van de Einder, Willem Muns gaf een 81 jarige vrouw informatie over de geneesmiddelen waarmee zij haar leven zou kunnen beëindigen. Samen met enkele andere personen, geen familieleden, was hij aanwezig toen zij tot zelfdoding overging. Na haar overlijden werd Muns gearresteerd en 40 dagen in hechtenis gehouden. Het hof Leeuwarden achtte bewezen dat hij, of anderen op zijn aanwijzing, hulp gegeven hadden bij de zelfdoding door het openen van een potje jam en een fles alcohol, het klaarzetten van de medicijnen en van een plastic zak, en het prepareren van een elastiek dat hij om haar hals deed. Het hof verwees naar de ervaring van de verdachte toen hij hulp gaf ‘... door een persoon die daarin [in een concrete handeling] meer deskundig is dan degene die haar ontvangt.’ Naar het oordeel van het hof kan ook hulp die voorafgaand aan de uitvoering van een zelfdoding gegeven wordt – in de vorm van het opstellen van een lijstje met aan te schaffen zaken – beschouwd worden als strafbare hulp. Hij kreeg een gevangenisstraf opgelegd van 12 maanden waarvan 8 voorwaardelijk. De Hoge Raad heeft in cassatie bevestigd dat het moment waarop hulp bij zelfdoding gegeven wordt (tijdens de uitvoering van de zelfdoding of tevoren), niet bepalend is voor het antwoord op de vraag of er wel of geen strafbare hulp bij zelfdoding is geboden.

**De zaak Hilarius:**<sup>10</sup> De oprichter van Stichting De Einder, Jan Hilarius, een maatschappelijk werker, gaf informatie over dodelijke medicijnen aan een 25 jarige vrouw die onder behandeling was voor een psychiatrische stoornis. Hilarius ruilde medicijnen met de vrouw, zodat zij in het bezit kwam van een dodelijke combinatie. Na haar overlijden, waarbij niemand aanwezig was, dienden de ouders een klacht in. Het hof Amsterdam stelde dat Hilarius de vrouw dodelijke medicatie had verschaft door het ruilen van de medicijnen. Hilarius kreeg 12 maanden gevangenisstraf waarvan 8 voorwaardelijk. Deze straf werd onder meer opgelegd omdat hij niet bereid was geweest om met de behandelaars van de vrouw te overleggen. De zaak ligt nog bij de Hoge Raad.

**De zaak Vink:**<sup>11</sup> De filosoof, publicist en zelfdodingsconsulent Vink had over een periode van maanden contact met een 50-jarige vrouw die niet leed aan een ernstige lichamelijke of geestelijke ziekte en die haar leven wilde beëindigen. Zij verzamelde zelf een combinatie van middelen en vroeg Vink of dit voldoende zou zijn voor het overlijden. Deze verwees hiervoor naar het wozz-boek *'Informatie over humane zelfdoding'* van 2003. Hij gaf haar een fotocopy van enkele pagina's daaruit, die betrekking hadden op de door haar verzamelde medicijnen. Twee vriendinnen waren aanwezig toen mevrouw de middelen innam en overleed. Vink was niet aanwezig. Hij beschreef zijn begeleiding van deze vrouw in een boek,<sup>12</sup> waarna het Openbaar Ministerie tot vervolging overging. De rechtbank meende dat de officier niet het bewijs had geleverd dat Vink het initiatief tot, of de regie over, de zelfdoding in handen had genomen. Hij werd vrijgesproken. Het Openbaar Ministerie is niet in beroep gegaan.

### 6.3 Uitspraken van de minister van Justitie en van rechters

Levensbeëindiging met medicijnen en in overleg met naasten komt ongeveer 1600 keer per jaar in Nederland voor. Bij ongeveer de helft daarvan is een familielid, vriend(in) of andere vertrouwenspersoon die geen arts is, aanwezig.<sup>13</sup> Het is dus niet bepaald zeldzaam.

De zojuist besproken rechtszaken hadden geen van alle betrekking op de naaste kring van de overledene maar op personen die *als hulpverlener ervaring hadden opgedaan met de begeleiding van mensen met een duurzame doodswens*. De maatstaven die rechters aanleggen bij hulpverleners zullen in de regel verschillen van de criteria bij personen die leken zijn inzake de zelfgekozen dood en die bovendien een emotionele band hebben met de persoon met een doodswens. Daarom vallen uit de besproken zaken ons inziens geen conclusies te trekken over hoe het oordeel van rechters zou uitvallen met betrekking tot familieleden die vergelijkbare handelingen zouden verrichten of die vergelijkbare uitspraken zouden doen. Er is ons één geval bekend waarin het Openbaar Ministerie aanleiding zag om een familielid voor de rechter te brengen vanwege overtreding van art 294 Sr:

In 1982 verscheen voor de rechtbank Utrecht een man die voor zijn vrouw, die aan aangezichtspijnen leed waarvoor medicijnen en operaties geen verlichting gaven, in Zwitserland Vesparax had gekocht. De officier zei te geloven in de goede bedoelingen van de

man maar stelde dat hij onzorgvuldig had gehandeld door geen arts te raadplegen. De rechtbank legde een symbolische straf op: zes maanden voorwaardelijk met een proeftijd van één dag.<sup>14</sup>

116 Uitspraken van de Hoge Raad in twee van de vijf besproken zaken (de zaken Mulder-Meiss en Muns), en het commentaar van de minister van Justitie daarbij, geven naar onze mening enige indicatie aan intimi die aanwezig zijn bij een zelfdoding met medicijnen, waar enkele grenzen liggen die men beter niet kan overschrijden.

De nu volgende teksten zijn voor lezers die geen juridische scholing hebben, lastig leesbaar. Daarom vatten wij ze eerst samen om ze vervolgens te citeren.

Door twee ministers van Justitie (Korthals en Donner) is de uitspraak van de Hoge Raad over hulp bij zelfdoding in de zaak Mulder-Meiss als uitgangspunt genomen bij de beantwoording van vragen in de Tweede Kamer.

Beide ministers hebben, in navolging van de Hoge Raad, gesteld dat **niet** als strafbare hulp bij zelfdoding kan worden beschouwd:

- informatie geven,
- gesprekken voeren over zelfdoding en
- het bieden van morele steun bij zelfdoding

Vormen van hulp die ‘in beginsel’ wel strafbaar zijn:

- het verschaffen van de middelen voor zelfdoding (dit wordt ook expliciet in art 294 Sr. genoemd);
- het geven van duidelijke, op naleving gerichte instructies tijdens de uitvoering van de zelfdoding.<sup>15</sup>

Deze vormen van strafbare en niet-strafbare hulp bij een zelfgekozen levenseinde, worden alle benoemd in een brief van minister Donner aan de Tweede Kamer. De minister antwoordde op vragen van kamerlid Sterk (CDA) over het boek van de Stichting wozz met de titel ‘Informatie over Humane zelfdoding’. De derde vraag luidde ‘... of en in hoeverre het strafbaar is een dergelijk boek te verstrekken aan andere personen dan artsen.’ De minister antwoordde:

‘Uit Jurisprudentie van de Hoge Raad (NJ 1996, nr 322) valt op te maken dat onder het begrip behulpzaamheid bij zelfdoding in de zin van artikel 294 Sr. 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.’ (Handelingen Tweede Kamer 2002-2003 nr 1067)

Over de omschrijving van het begrip ‘instructie’ in de context van de uitvoering van een zelfdoding, is onduidelijkheid ontstaan. In 1998-1999 had minister Korthals in antwoord op kamervragen een andere omschrijving van dit begrip gegeven dan het Hof Leeuwarden in 2003 in de zaak Muns gaf:

‘Indien sprake is van instructies, is (...) wél sprake van strafbare behulpzaamheid. In het geven van een instructie ligt besloten dat het initiatief komt te liggen bij degene die de instructie geeft, die dus als het ware de regie in handen neemt.’ (25 februari 1999 in antwoord op vragen van kamerlid Buijs, CDA)

Het hof Leeuwarden heeft in de zaak Muns een omschrijving van ‘instructies’ gegeven die door minister Donner is overgenomen (zie het citaat hierboven en noot 12). Daarentegen hebben de rechtbank Den Bosch (de zaak Cornelisse, 2002) en de rechtbank Amsterdam (de zaak Vink, 2007) de omschrijving van instructies zoals gegeven door minister Korthals als uitgangspunt genomen bij hun oordeel over de verdachte. De rechtbank Amsterdam geeft een motivering voor deze keuze:

‘Het woord “instructie” komt in het algemeen spraakgebruik, dat volgens het arrest van de Hoge Raad (NJ 1996, 322) leidraad dient te zijn bij de uitleg van het begrip “behulpzaam zijn” in art 294 Sr., in verschillende betekenissen voor. De tweeledige afbakening van het begrip “instructie” door minister Donner, als hiervoor weergegeven, is bovendien niet eenduidig.

De rechtbank geeft er dan ook de voorkeur aan om bij het aanleggen van een bruikbaar toetsingscriterium tevens aansluiting te zoeken bij de reeds op 25 februari 1999 ontvangen beantwoording van kamervragen door de toenmalige minister van justitie Korthals, die met zijn ambtgenote van VWS het begrip “instructie” in de parlementaire geschiedenis van het tweede lid van artikel 294 Sr. introduceerde. (Handelingen Tweede Kamer 1998-1999 nr 1714).

De vraag waarvoor de rechtbank dan ook staat is of de feitelijke gedragingen van verdachte zoals in de tenlastelegging geformuleerd, zijn te kwalificeren als een “instructie”, waarmee ver-

dachte initiatieven heeft genomen dan wel regie heeft gevoerd, derhalve als actief sturen van [naam van de overledene] bij de uitvoering van haar zelfdoding.’

118 Na afweging komt de rechtbank vervolgens tot vrijspraak van de heer Vink bij gebrek aan bewijs dat hij instructies zou hebben gegeven tijdens de begeleidende contacten die vooraf gingen aan de zelfdoding.<sup>16</sup>

Familieleden zullen zelden zoveel ervaringen hebben met een humane levensbeëindiging, als de vijf besproken hulpverleners hadden. Het hof Leeuwarden noemt in de zaak Muns het verschil in deskundigheid als een relevant aspect bij de beoordeling of iets strafbare hulp is en verwijst hiervoor naar minister Korthals:

‘Voorts geeft de minister van Justitie [Korthals] aan dat algemene informatie of een advies in algemene zin die/dat het karakter krijgt van een “instructie” en is gericht op een “concrete handeling of vaardigheid”, gekoppeld aan de uitvoering er van en komend van een persoon die daarin meer deskundig is dan degene die haar ontvangt, wel als strafbare vormen van hulp moeten worden aangemerkt.’<sup>17</sup>

Bovenstaande citaten zijn alle toegespitst op hulpverleners die mensen met een doodswens begeleiden. Zij geven geen duidelijkheid aan familieleden en vrienden die een dierbare niet in eenzaamheid willen laten sterven, over wat zij wel of niet mogen doen wanneer zij aanwezig zijn bij de zelfdoding van iemand die de zelfdoding in overleg met naasten zorgvuldig heeft voorbereid en vervolgens tot de uitvoering overgaat.

#### 6.4 De gang van zaken na een overlijden door zelfdoding

De meeste mensen weten niet wat de gang van zaken is als er na het overlijden verdenking rijst van hulp bij zelfdoding. Wij beschrijven hier de feitelijke gang van zaken zoals die uit onderzoek naar voren is gekomen. Deze komt deels overeen met de procedure die wettelijk is voorgescreven.<sup>18</sup>

Na het overlijden komt er een arts die een verklaring van overlijden moet afgeven. Als deze de indruk heeft dat er sprake is van een niet-natuurlijke dood (in dit geval: een zelfdoding) dan zal de arts soms een gemeentelijk lijkschouwer waarschuwen, hoewel dat eigenlijk altijd be-

hoort te gebeuren. Als de lijkschouwer hoort dat er bij een zelfdoding familie of vrienden aanwezig zijn geweest, dan waarschuwt hij vaak (niet altijd) de politie of recherche. De recherche doet samen met de lijkschouwer ter plaatse onderzoek: is er een brief van de overledene waarin zij haar doodswens kenbaar maakt? Zijn er doosjes pillen? Is er een behandelverbod? Was er een medische diagnose? Meestal wordt één persoon, maar soms meerdere die aanwezig zijn geweest bij de zelfdoding, verzocht om mee te komen naar het bureau voor een verhoor over de reden van de zelfdoding en de manier waarop dat is gebeurd. Wanneer de officier van justitie de verdenking koestert dat iemand strafbare hulp heeft verleend (bijvoorbeeld door de dodelijke middelen toe te dienen) dan kan de persoon die wordt verdacht, tijdelijk in hechtenis en het lijk in beslag worden genomen voor nader onderzoek. Die verdenking kan bijvoorbeeld opkomen door tegenstrijdigheden in de afgelegde verklaringen, of door aangifte uit een andere bron. Bij een zelfdoding in een verzorgingshuis of verpleeghuis zou bijvoorbeeld aangifte kunnen worden gedaan door de arts, de verpleging of de directie. Als er geen verdenking is dat er strafbare hulp is verleend, kan het lijk worden vrijgegeven om te worden begraven.

Wanneer er verdenking van strafbare hulp blijft bestaan, kan er een gerechtelijk vooronderzoek volgen waarbij meerdere personen door de recherche of de onderzoeksrechter worden verhoord. Op grond van dit onderzoek beslist de officier of de zaak voor de rechter zal worden gebracht of dat er wordt geseponneerd.

## 6.5 Bakens in niemandsland<sup>19</sup>

Hoe kunnen familieleden die aanwezig zijn bij een zorgvuldige levensbeëindiging, vermijden iets te doen wat door Justitie als de directe oorzaak van het overlijden zal worden beschouwd? Uit alle mogelijke casuïstiek, nemen wij in deze paragraaf één geval onder de loep: Een oudere persoon die door ziekte of gebreken (blind, slecht ter been) ernstig gehandicapt is maar nog helder van geest, heeft de duurzame wens haar leven te beëindigen. Zij (wij nemen voor het gemak een vrouw als voorbeeld) heeft aan de behandelend arts een verzoek om euthanasie gedaan dat is afgewezen om redenen van wettelijke aard of van persoonlijke levensbeschouwing. Zoals zo vaak blijkt het ook nu niet mogelijk om een andere arts te vinden die wel hulp bij levensbeëindiging mag, respectievelijk wil geven. Ook na de afwijzing van het euthanasieverzoek blijft de



doodswens aanwezig. Er is een kleine kring van vrienden of familieleden, met wie zij haar doodswens heeft doorgesproken. Mevrouw is nog in staat om zelf medicijnen in te nemen. Tot zo ver de denkbeeldige casus.

120

Uit onze eerder gegeven citaten is duidelijk dat wanneer één of meer personen uit de intieme kring haar niet alleen willen laten sterven, zij aanwezig mogen zijn bij wijze van morele steun. Men hoeft iemand niet in eenzaamheid te laten sterven. Maar hoe kunnen degenen die aanwezig zijn, het vermijden om risico's te lopen die tot een veroordeling op grond van art. 294 Sr. zouden kunnen leiden? Door juristen is hierover nog geen discussie in een vakblad gevoerd. Uit onderzoek blijkt echter dat de geschetste situatie niet zeldzaam is.<sup>20</sup> Daarom proberen wij een – noodzakelijkerwijs voorlopig – antwoord te geven op de gestelde vraag, *binnen* het zo juist geschetste kader van de jurisprudentie.

Bij dit antwoord spelen overwegingen van algemene menselijkheid en gezond verstand een rol. Wie probeert om zich de situatie voor te stellen van een met zorg voorbereide levensbeëindiging met medicijnen in de kring van naasten, beseft dat op een zo intiem gebeuren geen wettelijke regel of ministeriële uitspraak onverkort en zonder nuancering van toepassing kan zijn. De Hoge Raad stelt niet voor niets keer op keer: het oordeel van de rechter is '... afhankelijk van de omstandigheden van het geval ...'. Dat geeft de betrokkenen dus nooit de absolute zekerheid dat zij geen straf hebben te duchten. Zij kunnen echter wel enkele bakens goed in het oog houden om de kans daarop aanzienlijk te verkleinen.

In het licht van de eerder geciteerde uitspraak van minister Donner, blijven de aanwezigen aan de veilige kant wanneer zij zich beperken tot *morele steun*. Het probleem is waar de grenzen liggen van morele steun bij een langdurig voorbereide levensbeëindiging van iemand die men goed kent en die men een goede dood gunt? De intimi blijven tevens aan de veilige kant wanneer zij zich tijdens de voorbereiding en uitvoering daarvan beperken tot *gesprekken* over alles wat voor dat besluit én voor de uitvoering van belang lijkt. Tijdens die gesprekken mag men *informatie geven*, dat wil zeggen: antwoord geven op vragen van de betrokkene over de uitvoering van de zelfdoding. Zolang – en nu komt de grens – men geen 'instructie' geeft.

Een volgende vraag is of men voorwerpen mag aanreiken die een rol zouden kunnen spelen bij de uitvoering van de zelfdoding, zoals een kommetje vla waarin de medicijnen zijn uitgestrooid? Er wordt wel gezegd dat de aanwezigen 'op hun handen moeten zitten' en helemaal

niets mogen doen. Dat komt ons als onrealistisch voor wanneer men bedenkt hoe afhankelijk een gehandicapte of zieke oude vrouw kan zijn, die men als naaste niet aan haar lot wil overlaten. Wij weten het niet maar wij vermoeden dat voorbereidende handelingen in de kring intimi niet onder strafbare hulp vallen, mits de aanwezigen beseffen dat zij deze handelingen niet moeten overnemen. Bij alles wat men doet of zegt is het essentieel, dat de regie blijft bij de persoon die van plan is zich het leven te benemen. Als zij vraagt om een glas water om het doorslikken van de medicijnen makkelijker te maken, kan men dat aanreiken. Het is niet verstandig om op die vraag vooruit te lopen door te suggereren dat het nu 'tijd wordt de middelen in te nemen.' Iemand dient alle ruimte te krijgen om, met de voet op de drempel, alsnog om te keren.

Wanneer iemand die invalide en hulpbehoevend is om iets vraagt, mag men daaraan gehoor geven. Het aanreiken van de vla op verzoek van iemand die niet meer kan lopen of zien, is een kwestie van medemenselijkheid. Het zou bij een invalide persoon (blind of bedlegerig) regelrecht onbarmhartig zijn het verzoek om nu de vla met medicijnen aan te reiken, te weigeren. Men dient echter te bedenken dat iemand altijd de ruimte moet krijgen om op het allerlaatste moment toch niet tot levensbeëindiging over te gaan. Uit de woorden van een gehandicapt persoon kan duidelijk worden of deze de zelfdoding nu wil doorzetten en daarbij de regie in handen neemt. Indien de aanwezige naasten 'de regie overnemen' en op de zelfdoding 'afsturen' met openlijke of verhulde 'instructies', verandert de situatie immers wezenlijk. Tijdens de dagen of uren voorafgaand aan de voorgenomen zelfdoding, kunnen de naasten met tact naar voren brengen dat de zelfdoding ook uitgesteld zou kunnen 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 de regie over de uitvoering wil nemen en neemt – of niet.

Ingewikkelder wordt de betrokkenheid van de naasten bij de voorbereidende handelingen in een eerder stadium, met name bij het openen van capsules of het fijnmaken van tabletten in de voorafgaande dagen of weken. Zieke personen of stramme ouderen kunnen dat vaak zelf niet meer doen en zijn compleet afhankelijk van hulp bij deze voorbereidende handelingen. Dat hoeft geen strafbare hulp te zijn wanneer er tijd ligt tussen de voorbereiding en de uitvoering van de levensbeëindiging. De factor tijd speelt tijdens de voorbereidingen een eigen rol. Uitsstel levert immers bedenktijd, geeft tijd voor verdere gesprekken, tijd die een rem zet op een impulsieve beslissing. De factor tijd beïnvloedt

het oordeel over de strafbaarheid omdat uitstel ruimte schept om op een impulsief besluit terug te komen.

Het hangt natuurlijk af van de omstandigheden van het geval hoeveel uitstel er mogelijk is. Bij een ernstige ziekte die zo snel voortschrijdt dat een gevreesde opname in een zorginstelling spoedig onvermijdelijk zal zijn, is er meer tijdsdruk dan in de situatie van een gehandicapte oudere die het leven als voltooid beschouwt, zónder dat er een progressieve ziekte is. Bij een invaliderende ziekte die snel in ernst toeneemt, wordt de tijdsdruk versterkt doordat iemand na opname in een zorginstelling zelden of nooit nog een kans krijgt om tot de uitvoering van een zorgvuldige levensbeëindiging met medicijnen over te gaan.

De tijdsduur tussen het verkrijgen van dodelijke medicijnen en de zelfdoding speelt eveneens een grote rol wanneer anderen – op uitdrukkelijk verzoek – deze medicijnen kopen omdat iemand dat niet meer zélf kan doen. Een hulpbehoevend persoon met een doodswens die de naasten problemen met Justitie wil besparen, doet er verstandig aan om de uitvoering van de levensbeëindiging als het enigszins kan uit te stellen nadat de combinatie van dodelijke middelen compleet is. Hoe ruimer het tijdsinterval tussen het verkrijgen van middelen en het innemen ervan, des te minder aannemelijk is een oorzakelijk verband hier-tussen. Het is daarom van belang dat een invalide persoon die niet meer kan reizen om de middelen zelf te kopen en die op termijn een zorgvuldige levensbeëindiging overweegt, geruime tijd tevoren om hulp bij de aanschaf vraagt en tijdig aan de vertrouwenspersoon uitlegt waarom de beschikbaarheid van die middelen voor haar van groot belang is. De aanwezigheid van de middelen op een veilige plek of in een kluis, waar anderen er niet bij kunnen komen, is niet de oorzaak om tot uitvoering van de zelfdoding over te gaan. Alleen al de gedachte te kunnen beschikken over de door anderen fijngemaakte tabletten of geopende capsules, kan de betrokkene dat gevoel van rust en veiligheid geven waardoor het er niet van hoeft te komen.

De factor tijd is dus één baken voor een ieder die nauw betrokken raakt bij een waardige zelfdoding met medicijnen. Het tweede baken is dat de regie van begin tot eind blijft bij de persoon die op termijn (misschien) wil gaan sterven. Heeft zij na lezing van dit boek, of na uitleg door iemand anders, een keuze gemaakt uit de mogelijke middelen? Heeft zij aan dierbaren gevraagd om de verschillende middelen voor haar te kopen? Heeft zij ook uitgelegd waarom de beschikbaarheid ervan voor haar belangrijk is? Een vertrouwenspersoon die de indruk krijgt dat het menens zou kunnen gaan worden, doet er goed aan een

dagboekje bij te houden over het verloop van de gebeurtenissen en daarin uitspraken van mevrouw op te tekenen.

Het is tot slot goed te herhalen dat de bewijslast bij de officier van justitie ligt of iemand, die aanwezig is geweest bij een zorgvuldige levensbeëindiging, dingen heeft gedaan met de opzet om de dood te veroorzaken. Men is in ons strafrecht onschuldig tot het tegendeel wettig en overtuigend is bewezen. Het is wel belangrijk dat men kan uitleggen waarom men aanwezig was en wat men heeft gezegd of gedaan om iemand te helpen tot een eigen keus te komen.

123

Samenvattend:

- De regie dient te blijven bij de persoon die een zorgvuldige levensbeëindiging wenst. Dat kan onder meer blijken uit het feit dat iemand bij herhaling, en liefst tegen verschillende personen onder wie ook een hulpverlener, de redenen voor de doodswens heeft uitgelegd. Waarom waren er geen acceptabele alternatieven meer?
- Tijd voor gesprekken bij elke volgende stap in het proces van voorbereiding is essentieel. De personen die in vertrouwen zijn genomen doen er goed aan tijd te winnen. Haast is bij een voorgenomen zelfdoding een slechte raadgever, tenzij de aard van de ziekte weinig tijd gunt. Er behoort een rem te staan op een impulsieve besluitvorming en uitvoering.

Naast deze twee bakens noemen wij als aanvullende voorzorgen om niet tot strafbare bemoeienis over te gaan:

- Blijf er niet alléén mee rondlopen, Men kan het eigen handelen tijdens de voorbereidende fase informeel laten toetsen door iemand die op dit terrein meer kennis van zaken heeft. Iemand die niet oordeelt maar die er wel op kan wijzen welke mogelijkheden ter behoud van het leven over het hoofd gezien worden.
- Bewaak de eigen morele grenzen tijdens de voorbereiding en de uitvoering. Bijvoorbeeld aan de hand van de gewetensvraag: kan ik later aan mijn kinderen uitleggen waarom ik sommige dingen wel heb gedaan en andere dingen niet?

Op basis van de nu beschikbare jurisprudentie kan de vraag waar de grenzen liggen tussen informatie en morele steun geven enerzijds en de regie overnemen anderzijds, niet nauwkeurig worden beantwoord. Juridische normen volgen maatschappelijke ontwikkelingen – zij het met enige vertraging vanwege de noodzakelijke reflectie. Dit boek is één

(klein) onderdeel van een brede maatschappelijke ontwikkeling die al langere tijd gaande is. Die ontwikkeling betreft de maatschappelijke opvattingen waar de grenzen liggen van de bemoeienis van de overheid in de privé-sfeer van het zelfgewilde levenseinde.

124 De wozz heeft dit hoofdstuk geschreven in de hoop dat de genoemde bakens houvast geven aan de vertrouwenspersonen van mensen die een zorgvuldige levensbeëindiging met medicijnen voorbereiden en daar soms uiteindelijk ook toe overgaan.

### Euthanasie voor beginners

#### *10 suggesties voor een euthanasieverzoek*

125

Donald van Tol, Suzanne van de Vathorst, Bert Keizer

Gepubliceerd in: *Medische Contact* 25 januari 2008, 63, p 140-142.

Velen vinden het moeilijk om de regie te nemen over het eigen overlijden met behulp van een van de methoden die in dit boek zijn beschreven. Zij geven de voorkeur aan een waardige levensbeëindiging door hun arts. Pas als hun verzoek is afgewezen, gaan zij op zoek naar de mogelijkheden voor zorgvuldige levensbeëindiging door bewust te versterven of door een combinatie van medicijnen waarmee zij in de slaap overlijden.

Ongeveer de helft van de personen die hiertoe zijn overgegaan, hebben tevoren hun arts om euthanasie gevraagd. Bij een euthanasieverzoek is er ruimte voor onderhandeling. Het is dan wel van belang om de juiste omgangsvormen te kennen en te weten wat men beter wel of juist niet kan zeggen om kans te maken dat het verzoek wordt ingewilligd.

De schrijvers van 'Euthanasie voor beginners' geven suggesties hoe een euthanasieverzoek een arts minder zwaar kan vallen. Artsen hebben hiervan kennis kunnen nemen in *Medisch Contact*, maar deze suggesties zijn ook van belang voor de lezers van dit boek.

Euthanasie is een van de sterkst gereguleerde praktijken in ons land. Het huidige beleid lijkt nauwelijks nog problemen te kennen. Het meest recente evaluatie-rapport is overwegend lovend en ook de toetsingscommissies laten tevreden geluiden horen: "In bijna 95 procent van de gevallen wordt zo helder verslag gedaan van euthanasie dat we geen enkele vraag hebben. Artsen kunnen ook steeds beter formuleren waarom hun patiënt ondraaglijk lijdt. Ze hebben er woorden voor gevonden", zei voorzitter Reina de Valk afgelopen mei in de *Volkskrant* naar aanleiding van het jaarverslag 2006.

Dat artsen in toenemende mate kunnen verwoorden waarom is voldaan aan de centrale zorgvuldigheidseis van 'uitzichtloos en ondraaglijk lij-

den' kan worden uitgelegd als een positieve ontwikkeling, maar heeft ook een keerzijde. Artsen realiseren zich immers in toenemende mate dat de vraag of een toetsingscommissie zal vallen over een uitgevoerde euthanasie, staat of valt met de wijze waarop het gebeurde is verwoord. SCEN-artsen zijn hier nog sterker van doordrongen: "Wij hebben geleerd hoe je een meldingsrapport moet schrijven dat aan alle kanten is dichtgetimmerd", aldus een openhartige SCEN-arts op het symposium ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan van SCEN (21 juni 2007).

Het kiezen van de juiste formulering is niet alleen van belang voor artsen die euthanasie achteraf melden. Het geldt ook voor patiënten die een verzoek om euthanasie doen. Pool (1998) toont in zijn antropologische studie dat sociaal vaardige en verbaal begaafde patiënten aanzienlijk meer kans maken om euthanasie uitgevoerd te krijgen dan patiënten die dergelijke talenten ontberen. De geruchtmakende euthanasiezaak rond oud-senator Brongersma illustreert dat. Dat zijn huisarts destijds overtuigd raakte van zijn ondraaglijk lijden, had veel te maken met de treffende wijze waarop hij zijn lijden verwoordde. "De dood is mij vergeten" schreef Brongersma in een brief die alle kranten haalde.

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 de 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 alsnog twijfelen aan de ernst van het lijden. 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 '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 zijn gezegend met een dergelijke gave, hebben pech. Daarin schuilt een onrechtvaardigheid.

Dat alleen al is voldoende reden een poging te doen deze ongeschreven code expliciet te maken. In het hier volgende gebeurt dat in de vorm van tien suggesties aan patiënten die een verzoek om euthanasie overwegen. Daarbij is gekozen voor het stijlmiddel van de overdrijving. Niet met het doel 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. Uiteindelijk hopen wij daarmee bij te dragen aan de kwaliteit van de euthanasie-praktijk.

127

### **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 zelfdoding, en licht toe dat u daarvoor kiest om de dokter de dodende handeling te besparen.

### **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 authentiek 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'. Verwijzen naar het goede leven dat u heeft gehad geven de dokter geruststelling. Als u een moeilijk leven hebt gehad, 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 heeft doorstaan. En dat u nu vrede heeft met hoe het is gegaan.

### **Leg de nadruk op het lichamelijke lijden.**

- 128 Dokters zijn meer onder de indruk van lichamelijke problemen als pijn, misselijkheid en onbehandelbare wonden, dan van verlies aan zinging. 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 letale, 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 heeft van uw lichamelijke lijden en plaats het niet-fysieke lijden in het perspectief van uw leven en karakter (zie 7).

### **Doe geen beroep op de zwaarte van uw verzorging.**

Artsen vinden doorgaans dat last voor anderen geen enkele rol mag spelen in een euthanasie-verzoek. 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.

### **Maak duidelijk dat u aan het eind van uw latijn bent**

Voor veel artsen is het in geval van een euthanasie-verzoek 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. Doet u dus niet beter voor dan u zich voelt.

### **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 (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.

129

### **Zorg dat uw euthanasie-verzoek past bij uw levensverhaal**

Plaats het euthanasie-verzoek en uw lijden in het perspectief van uw leven en uw 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.

### **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 dat hij liever niet wil geven. Dat kan de situatie erg ingewikkeld maken. Leg daarom uit dat u lang en goed heeft 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 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.

**Doe niet depressief.**

U kunt zich wel enigszins bedrukt opstellen, maar vermijd het uitstralen van een te treffende dofheid. Lees de typische symptomen voor 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. Allemaal NIET zeggen dus, want dan gaat uw arts anti-depressiva op u uitproberen. Die hebben nooit enig effect, maar dat gaat hij dan voor elke pil afzonderlijk voor na. Dat betekent ongeveer 5 proefbehandelingen van 6 weken elk, en voordat hij op die manier de hele apotheek met u is doorgereisd bent u reeds lang en breed overleden.

**Stel tijdig een wilsverklaring op samen met uw arts.**

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 samen 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.

# Noten

## NOTEN HOOFDSTUK 1

1. Chabot, dissertatie Universiteit van Amsterdam 2007.
2. Pans E. 2006. De volledige referenties vindt men in de literatuurlijst achterin dit boek.
3. KNMG 2004.
4. NVvP 1998, Tholen 1999
5. Van der Wal 1996
6. Kuitert 1994 noemde deze zelfmoorden een *ramp*.
7. Quill 1997 en 2000. Onder de 'laatste levensfase' verstaat men in de Verenigde Staten een levensverwachting van maximaal zes maanden. Deze termijn is ingevoerd bij de wettelijke regeling voor doktershulp bij zelfdoding in Oregon en wordt ook gehanteerd door de verzekeringsmaatschappijen die hospice zorg vergoeden. In Nederland is onder artsen geen aandacht voor deze fase (maximaal 6 maanden levensverwachting) waarin een patiënt zich geestelijk en praktisch zou kunnen voorbereiden op de wijze waarop h/zij waardig zou willen sterven.
8. Quill en Battin 2004.
9. KNMG 2006
10. D. van Tol en H. Wijsbek (nog ongepubliceerd) nwo project: 'Unbearable suffering and beyond'.
11. Voorbeelden zijn gegeven door Chabot 2001 en Van Dam 2005.
12. Zie het laatste landelijke onderzoek naar medische beslissingen rond het levenseinde, Onwuteaka-Philipsen 2007.
13. Seale 2004.
14. Plato 1995. De sterfscene staat in *Faidon*.
15. Chabot 2007
16. Zie hierover de wet BOPZ (Bijzondere Opneming in Psychiatrische Ziekenhuizen), die binnenkort gewijzigd zal worden. Wij citeren wij niet de wetstekst maar vatten de strekking van de nu nog geldende wet samen.
17. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) 1998; Tholen 1999.
18. Chabot 2007.
19. Admiraal 1980, Docker 1993
20. WOZZ 2006.

## NOTEN HOOFDSTUK 2

132

1. Harvath 2006
2. Over de maatschappelijke onrust rond 'versterven' zie Thé 2004 en Pool 2004.
3. KNMG 2005
4. Madan 1992, Justice 1995
5. Albéry 1993, Bernat 1993
6. Van der Heide 2003
7. Chabot 2007
8. Doktershulp bij zelfdoding (met pillen of een drank) en euthanasie (met een injectie door een arts) kwam in 2001 3.800 keer per jaar voor. In 2005 bleek dit gedaald te zijn naar ± 2.400 (Onwuteaka-Philipsen 2007).
9. Deze zes voorwaarden worden besproken door Legemaate 2006 en door Gevers in Onwuteaka-Philipsen 2007.
10. Chabot 2007 p. 33-35.
11. Terman 2006
12. Ganzini 2003
13. Over het opstellen van een volmacht zie de website info@nvve.nl
14. Chabot 2007 geeft in hoofdstuk 7 twee voorbeelden van een dergelijke 'waarschuwing' door psychiaters. De dreiging met kunstmatige voeding bleek juridisch niet houdbaar nadat een advocaat was ingeschakeld die een kort geding aanspande. De psychiater respecteerde vervolgens de weigering van kunstmatige vochttoediening. Patiënten en hun familieleden zijn van deze procedure niet op de hoogte. De leden ondersteuningsdienst van de nvve kan hen bij deze juridische procedure helpen.
15. Mondelinge informatie (najaar 2007) van de hoogleraar palliatieve zorg Wouter Zuurmond en van verpleeghuisarts Siebe Swart.
16. De Graef 2006. Vergelijk over 'versterven' Spreeuwenberg 2002 p, 88.
17. Chabot 2007, hoofdstuk 6.
18. SCEN is de afkorting van Steun en Consultatie Euthanasie Nederland. Het omvat een landelijk netwerk van artsen, die een bijscholing kregen in het beoordelen van euthanasieverzoeken en in verbetering van de geboden palliatieve zorg. Artsen die worden geconfronteerd met een verzoek om euthanasie kunnen een scen-arts als consulent benaderen voor advies of voor een formele consultatie. Een consult door een deskundige en onafhankelijke arts is wettelijk vereist alvorens tot uitvoering van euthanasie over te gaan. De consulent hoeft niet een scen-arts te zijn.
19. Schoonheim-arrest van de Hoge Raad 1984.
20. De Graef 2006
21. Wgbo art 453: 'De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.'

### NOTEN HOOFDSTUK 3

1. Booij 2002
2. Smith 1995
3. Chabot 2000
4. Een voorbeeld van een behandelverbod en een volmacht kan men vinden bij de nvve op [www.nvve.nl](http://www.nvve.nl).
5. Dalmadorm is een merknaam. Merknamen worden altijd met een hoofdletter geschreven. Stofnamen zoals flurazepam of diazepam, met een kleine letter.
6. Verzele 1994 noemt 80 mg Rohypnol samen met 5 glazen sterke drank dodelijk, mits de persoon 'clean' is. Meldingen hiervan zijn ons niet bekend.
7. Met een 'kommetje' wordt bedoeld een kleine soepkom. Deze bevat 150 tot 200 cc vla. Desgewenst kan men het minder vol doen.
8. [www.knmg.nl/publicaties](http://www.knmg.nl/publicaties).
9. Chabot 2007, hoofdstuk 6, tabel 6.18.
10. Chabot bespreekt voorbeelden in Sterfwerk (2001) en in Auto-euthanasie (2007).
11. van Duijn (1996) en Wibaut (2002)
12. Spaink 2001
13. Cornelisse 1999

133

### NOTEN HOOFDSTUK 4

1. De farmacologisch correcte naam 'opioïden' wordt in dit boek vervangen door het meer gebruikelijke 'opiaten'.
2. Wolff 2002
3. Associated Press citeerde op 22-12-2007 een waarschuwing van de FDA: "Do not use heating pads, electric blankets, saunas or heated waterbeds and do not take very hot baths or sunbathe while wearing a fentanyl patch. Heat may increase the drug's absorption, causing a life-threatening overdose."
4. Kramer 1998
5. Edinboro 1997
6. Demaziere 1992, Clemessy 1996a, Clemessy 1996b, Buckley 1996.
7. Chloroquine en beta-blockers hebben een tegengestelde werking op het transport van de kalium-ionen rond de celmembraan. Daarom is onduidelijk of beide stoffen elkaar versterken of tegenwerken voor wat betreft de giftige werking op het hart.
8. Smith 1995
9. Nitschke 2006
10. Toepassing en bereiding van euthanatica. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie, 1998 (niet in de handel verkrijgbaar).
11. Horikx 2000

12. Er treedt vermoedelijk kruisgewinning op tussen barbituraten en benzodiazepinen doordat beide stoffen aangrijpen op dezelfde GABA-receptoren.

13. Bij kamerfibrilleren is het hart niet meer in staat bloed rond te pompen. Hoewel het hart nog beweegt, staat het functioneel stil.

## NOTEN HOOFDSTUK 5

1. De beschrijving in dit hoofdstuk is gebaseerd op onderzoek door de jurist Bosshard (2003) bij vrijwilligers van de vereniging Exit Deutsche Schweiz. De gang van zaken bij andere recht-op-waardig-sterven verenigingen in Zwitserland, zoals Dignitas of ADM D Suisse Romande, komt niet ter sprake omdat daarbij geen wetenschappelijk onderzoek is gedaan.

2. In de berichtgeving over Zwitserland wordt meestal niet vermeld dat vrijwilligers van Exit Deutsche Schweiz géén hulp bij zelfdoding verlenen aan patiënten met een psychiatrische diagnose en ook niet aan ouderen die nog niet ernstig ziek zijn maar die hun leven als voltooid beschouwen. (Mondelinge mededeling van Elke Baezner, voormalig president van Exit Deutsche Schweiz).

3. Horikx 2000. Aanvullende technische gegevens in: Horikx 2004 Samenstelling van een niet-therapeutische mengsel van pentobarbital of secobarbital:

- Barbitalum natricum                    9 g (pentobarbital of secobarbital)
- Alcohol 96%                            16.2 g (20ml)
- Acqua purificata                        15 g
- Propylenglycolium                    10.4 g (10 ml)
- Saccharinum natr.                      250 mg
- Sirupus simplex                        65 g
- Anisi aetheroleum                      1 g

4. Department of Human Services Office of Disease Prevention and Epidemiology.(2006, March 9), Eighth annual report on Oregon's Death with Dignity Act. Oregon: dhs. Gevonden op 23 mei 2006 op: <http://www.oregon.gov/dhs/ph/pas/ar-index.shtml>

5. De dosis in Zwitserland van 10-15 gram pentobarbital is circa 10 keer zo groot als de dosis van 1,5 gram thiopental die Nederlandse artsen gebruiken om de patiënt in een diepe slaap te brengen.

6. Zie Groenewoud 2000 en het commentaar van Crul 2000 en Horikx 2000.

7. De orale methode met 9 gram pentothal in de vorm van een drank, wordt in België bij minder dan 1% van de gevallen van levensbeëindiging op verzoek toegepast. Daarom is de orale methode in België in dit hoofdstuk niet besproken.

## NOTEN HOOFDSTUK 6

1. Officiële naam: ‘Wet toetsing levensbeëindigend handelen op verzoek en hulp bij zelfdoding.
2. Over de betekenis van zelfbeschikking rond het levenseinde zie Leenen 2007.
3. Weyers 2006.
4. Rechtbank Utrecht, NJ 1952, nr 275.
5. Rechtbank Leeuwarden, NJ 1973, nr 183.
6. Rechtbank Rotterdam, NJ 1982, nr 63.
7. Hoge Raad december 1995, NJ 1996, nr 322.
8. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2004, 178-179.
9. Hof Leeuwarden 14 oktober 2003; LJN: AR 8225; Hoge Raad 22 maart 2005, LJN AR8225.
10. LJN: AY 7270, Hof Amsterdam, 23-006489-05.
11. LJN: AZ 6713, Rchtbank Amsterdam, 13/052976-04
12. Vink 2004.
13. Chabot 2007.
14. Weyers 2004 p. 145. NJ 1983, nr 264.
15. In een later antwoord aan de Kamer spreekt Minister Donner over ‘... duidelijke, op navolging en uitvoering gerichte instructies aan degene die tot zelfdoding heeft besloten.’ Deze tweede formulering wijkt op een belangrijk punt af van de hierboven geciteerde, omdat in dit latere antwoord aan de Kamer de tijdsaanduiding ‘*tijdens de uitvoering* van de zelfdoding’ is vervallen.
16. Het Openbaar Ministerie is tegen de vrijspraak van Vink niet in beroep gegaan. Daardoor is de geciteerde overweging van de rechtbank dat het begrip “instructie” in verschillende betekenissen door bewindslieden is gebruikt, niet aan de Hoge Raad voorgelegd. De Hoge Raad heeft onder meer als taak om de eenheid in de rechtspraak te bewaren en had op dit punt de gewenste duidelijkheid kunnen brengen.
17. hof Leeuwarden dd 14 oktober 2003 en het daarop volgende arrest van de Hoge Raad dd 22 maart 2005.
18. Zie Das 2004 en Chabot 2007.
19. Deze titel is ontleend aan Abram de Swaan’s essaybundel *Bakens in niemandsland: Opstellen over massaal geweld*. Uitgeverij Bert Bakker 2007.
20. Chabot 2007 schat in zijn dissertatie de frequentie van zelfeuthanasie met medicijnen op circa 1600 gevallen per jaar. Bij ongeveer de helft daarvan was een naaste aanwezig.

## NOTEN BIJLAGE

1. Chabot 1996
2. Ogden 1994, Jamison 1996, Magnusson 2002.
3. Hofsess in: Smith 1995
4. Ogden 1994, Jamison 1996, Magnusson 2002.



## Literatuur

### 136 *Uitspraken van de Hoge Raad die in de tekst worden genoemd:*

- Arrest Schoonheim: HR 27 november 1984, NJ 1985, 106  
Arrest Mulder-Meiss: HR 5 december 1995, NJ 1996, nr 322  
Arrest Brongersma: HR 24 december 2002, NJ 2003, 167  
Arrest Muns: HR 22 maart 2005, LJN AR8225

### *Literatuur in alfabetische volgorde:*

- Admiraal PV. *Verantwoorde euthanasie. Een handleiding voor artsen*. Amsterdam 1980.
- Admiraal PV, Chabot BE, Ogden RD, et al. *Guide to a humane self-chosen death*. wozz Foundation, second expanded edition 2006. Not for sale in bookshops. (zie ook wozz 2006).
- Albéry N, Elliot G, Elliot J. *The Natural Death Handbook*. London: Virgin, 1993. (*Handboek natuurlijke dood*, geautoriseerde vertaling door J.F. Sprong. Drachten 1997).
- Bernat BL et al. Patient refusal of hydration and nutrition. An alternative to physician-assisted suicide or active euthanasia. *Arch Intern Med* 1993;153:2723-2728.
- Booij LHDJ, Vree TB. Neuromusculaire overdracht en neurotoxines. *Nederlands Tijdschrift voor anesthesiologie*, 15, 2002. 128-140.
- Bosshard G, Ulrich E, Bár W. 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation. *Swiss Med WKLY* 2003;133:310-317.
- Buckley NA, Smith AJ, Dosen P et al. Effects of catecholamines and diazepam in chloroquine poisoning in barbiturate anaesthetised rats. *Human & experimental toxicology*, 1996, 15, 909-914
- Chabot BE. *Sterven op drift. Over doodsverlangen en onmacht*. Nijmegen: SUN 1996.
- Chabot BE. De vraag om hulp bij zelfdoding. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2000;42:759-766.
- Chabot BE. *Sterfwerk. De dramaturgie van zelfdoding in eigen kring*. Nijmegen: SUN 2001.

- Chabot BE. Is er toekomst voor de pil van Drion? In: Legemaate J en Dillmann RJM (red) *Levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van de patiënt*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2003.
- Chabot BE. *Auto-euthanasie. Verborgen stervenswegen in gesprek met naasten*. Dissertatie Universiteit van Amsterdam, Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker 2007.
- Clemessy JL, Taboulet P, Hoffman JR et al. Treatment of acute chloroquine poisoning: A 5-year experience. *Critical Care Medicine*, 1996a, 24, 1189-1195
- Clemessy JL, Angel A, Borron SW et al. Therapeutic trial of diazepam versus placebo in acute chloroquine intoxications of moderate gravity. *Intensive Care Medicine*, 1996b, 22, 1400-1405.
- Cornelisse M, Bobbe D, Gesprekken over zelfdoding. Screening, gespreksmethodiek en therapeutische interventies bij mensen die wegens psychisch lijden steun bij zelfdoding zoeken. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1999a;54:11-29.
- Cornelisse M, Bobbe D, Zelfdoding: verschillen tussen denken en doen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1999b;54:30-42.
- Crul BVM. *Gedateerde gegevens*, *Med. Contact*, 2000: 55;303.
- Dam H van. *Euthanasie. De praktijk anders bekeken*. Veghel: Uitgeverij Libra & Libris 2005.
- Das C. *Overlijdensverklaringen en artsen: wet en praktijk*. Dissertatie Vrije Universiteit Amsterdam 2004.
- Demaziere J, Saissy JM, Vitris M et al. Effects of diazepam on mortality from acute chloroquine poisoning. *Annales Françaises d' anesthésie et de Réanimation*, 1992 11, 164-167.
- Docker CG, Smith CK. *Departing Drugs* 1993. Nederlandse (bewerkte) vertaling: *Het Schotse boekje over methoden van zelfdoding* NVVE 1998.
- Docker CG. *Five last Acts*. Edinburgh: Exit 2007.
- Duijn NP van. Hulpverlening voor wie dood wil of hulp bij zelfdoding? Een casus. *Huisarts en Wetenschap*, 1996, 39, 616-618.
- Edinboro LE, Poklis A, Trautman D et al. Fatal fentanyl intoxication following excessive transdermal application. *Journal of Forensic Science*, 1997, 42, 741-743.
- Ganzini L, Goy ER, Miller LL et al. Nurses Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death. *New England Journal of Medicine* 2003;349:359-365.
- De Graef, A de, Hesselman GM, Krol RJA et al. *Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk* Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra 2006.

Groenewoud JH, Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, et al. Clinical problems with the performance of euthanasia and physician assisted suicide in the Netherlands. *N Engl J Med* 2000; 342:551-6

Harvath TA et al. Dilemma's encountered by hospice workers when patients wish to hasten death. In: *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2006, 8: 200-209.

Heide A van der, Deliëns L, Faisst K et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 2003;362:345-350.

Hooff A van. *Zelfdoding in de antieke wereld*. Nijmegen: SUN 1990.

Horikx A., Admiraal PV. (2000). Toepassing van euthanatica; ervaringen van artsen bij 227 patiënten, 1998-2000. *Ned. Tijdschrift Geneeskde*, 144, 2497-2450.

Horikx, A. (2004) Vragen en antwoorden over het uitvoeren van euthanasie: *Pharmaceutical Weekly*, 139,1322-3.

Humphry, D. *Final Exit. The practicalities of self-deliverance and assisted suicide for the dying*. Eugene (Oregon): The Hemlock Society 1991. Derde herziene en uitgebreide druk 2003. Nederlandse vertaling en bewerking door F. Spiering en K. Gill: *Waardig Sterven. Praktische aspecten van euthanasie en (hulp bij) zelfdoding*. Amsterdam: Jan Mets 1992.

Jamison, S. When Drugs Fail: Assisted Deaths and Not-so-lethal Drugs. In: Battin MP, Lipman AG (eds) *Drug Use in Assisted Suicide and Euthanasia*. New York: Pharmaceutical Products Press 1996.

Justice, C. The 'Natural' Death while not Eating: a Type of Palliative Care in Banares. *Journal of Palliative Care* 1995;11:38-42.

KNMG: *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: KNMG 2004.

KNMG: *KNMG-Richtlijn palliatieve sedatie*. Commissie landelijke richtlijn palliatieve sedatie. Utrecht: KNMG 2005.

KNMP 1998, 2006. Toepassing en bereiding van euthanatica. (niet in de handel verkrijgbaar).

Kramer C, Tawney M. A fatal overdose of transdermally administered fentanyl. *Journal of the American Osteopathic Association*, 1998, 98, 385-386.

Kuitert HM. *Suicide: wat is er tegen? Zelfdoding in moreel perspectief*. Baarn: Ten Have 1983/1994.

Leenen HJJ, Gevers JKM en Legemaate J. *Handboek Gezondheidsrecht. Deel I Rechten van mensen in de gezondheidszorg*. Vijfde, geheel herzien druk.

- Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2007
- Legemaate J. *Medisch handelen rond het levenseinde. Gezondheidswetgeving in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2006.
- Madan TN. Dying with Dignity. *Social Science and Medicine*, 1992;35:425-431
- Magnusson RS. *Angels of Death. Exploring the Euthanasia Underground*. New Haven: Yale University Press 2002.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). *Hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis: richtlijnen voor de psychiater*. Utrecht: NVvP 1998, 2002. (Deze richtlijn is uitsluitend ter inzage voor psychiaters. Een bespreking geeft Tholen 1999).
- Nitschke Ph, Stewart S. *The Peaceful Pill Handbook*. Exit International US 2006.
- Ogden R. *Euthanasia, Assisted Suicide and AIDS*. British Columbia: Peroglyphics Publishing 1994.
- Onwuteaka-Philipsen BD, Heide A van der, Koper D et al. Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995 and 2001. *Lancet* 2003;362:355-359.
- Onwuteaka-Philipsen BD, J.K.M. Gevers, A. van der Heide, J.J.M. van Delden et al. *Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoeken hulp bij zelfdoding* Den Haag: ZonMw 2007
- Pans E. *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht*. Dissertatie Vrije Universiteit Amsterdam. Nijmegen: Wolf Legal Publishers 2006.
- Plato. *Socrates' leven en dood*. Vertaald door Gerard Koolschijn. Amsterdam: Athenaeum – Polak & Van Gennep 1995.
- Pool R. “You’re not going to dehydrate mom, are you?” Euthanasia, *versterving* and good and bad death in the Netherlands. *Social Science and Medicine* 2004;58:955-966.
- Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort: a comparison of voluntary stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *JAMA* 1997;278:2099-2104.
- Quill TE, Coombs Lee B, Nunn S. Palliative treatments of last resort: choosing the least harmful alternative. *Annals of Internal Medicine* 2000;132:488-493.
- Quill TE, Battin MP (eds). *Physician-assisted dying. The case for palliative care and patient choice*. Baltimore, London: The John Hopkins University Press. 2004

- Seale C, Geest S van der. Good and bad death: Introduction to Special Issue of *Social Science and Medicine* 2004;58:883-995.
- Smith CK, Docker CG, Hofsess J. *Beyond Final Exit*. The Right to Die Society of Canada 1995.
- Spaink K. *De dood in doordrukstrip*. Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar 2001.
- Spreeuwenberg C, Bakker DJ, Dillmann RJM (red.). *Handboek palliatieve zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg 2002.
- Terman SA. *The Best Way to Say Goodbye. A Legal Peaceful Choice at the End of Life*. Carlsbad (CA 92009): Life Transitions Publications 2006.
- Thé AM. *Palliatieve behandeling en communicatie. Een onderzoek naar het optimisme op herstel van longkankerpatiënten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 1999, tweede herziene druk 2007.
- Thé AM. *In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met dementie in een verkleurende samenleving*. Amsterdam: Uitgeverij Thoeoris 2004.
- Tholen AJ, Berghmans RLP, Legemaate J et al. Hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een psychiatrische stoornis; richtlijnen voor de psychiater. *Ned Tijdschr Geneesk*, 1999, 143, 905-909.
- M. Verzele *De milde dood*. Berchem: EPO 1994
- Vink T. *Art. 294 Sr*. Uitgeverij Damon 2004
- Wal G van der, Maas, PJ van der. *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. De praktijk en de meldingsprocedure*. Den Haag: Sdu Uitgevers 1996.
- Weyers H. *Euthanasie: het proces van rechtsverandering*. Amsterdam University Press 2004.
- Wibaut FP. Zelfgewild levenseinde: hulp aan oude mensen bij een waardige dood. *Medisch Contact* 2002, 57, 1108-1110.
- Wolff K. Characterization of methadon overdose: clinical considerations and the scientific evidence. *Therapeutic Drug Monitoring*, 2002, 24, 457-470
- wozz *Informatie over humane zelfdoding*. wozz 2003. Niet meer leverbaar.
- wozz *Guide to a humane self-chosen Death*. wozz 2006. (Zie ook Admiraal 2006). Te bestellen via de website: [www.wozz.nl](http://www.wozz.nl)

# Methoden die vaak mislukken of gevaarlijk zijn voor anderen

## Medicijnen en gifstoffen in de natuur.

In de inleiding bij hoofdstuk 3.1 zijn een aantal medicijnen genoemd waarvan men soms van artsen of leken hoort dat zij in een hoge dosering voor levensbeëindiging gebruikt zouden kunnen worden. Met name worden wel eens medicijnen genoemd die in lage dosis een gunstige invloed hebben op het hart maar in zeer hoge dosering giftig kunnen zijn, zoals digoxine, beta-blockers of calcium-antagonisten, de toxicoloog, de anesthesist en de klinisch farmacoloog die aan dit boek hebben meegewerkt, hebben deze suggesties kritisch bekeken en onjuist bevonden. De dodelijke werking van deze middelen op het hart is onzeker. Af en toe leest men in de krant over een hoge dosis insuline die oude mensen zou doden. Ook de dodelijke dosis van insuline is echter sterk afhankelijk van de individuele gevoeligheid en de algehele conditie. Insuline is geen middel dat met grote zekerheid doeltreffend is om het overlijden tot stand te brengen. De gevallen waarin de dood niet komt na gebruik van een insuline overdosis, worden nooit bekend.

Daarnaast is er een lange rij van dierlijke (sommige slangen, spinnen of andere diersoorten) en plantaardige gifstoffen waarvan wordt gezegd dat zij iemand hebben gedood. Dat is in individuele gevallen zeker mogelijk. In alle ons bekende gevallen is dat gepaard gegaan met bijzonder onaangename verschijnselen. Er is ons geen dierlijk of plantaardig gif bekend, dat met grote zekerheid de dood veroorzaakt.

Het is onmogelijk alle methoden te bespreken die op internet door suïcide-websites worden genoemd. Wij zijn daaronder geen methode tegengekomen die voldoet aan de vier vereisten voor een waardige levensbeëindiging die in hoofdstuk 1.6 zijn genoemd: het sterven verloopt vrij van bewust ervaren pijn, de methode is doeltreffend, levert geen gevaar op voor de gezondheid van de aanwezigen en het overlijden wordt door de persoon zelf veroorzaakt. De aanwezigen hoeven bij de in dit boek besproken methoden geen hulp te geven bij het toedienen of innemen van het middel.

In de media worden met enige regelmaat twee andere methoden

genoemd voor zelfdoding. De suggestie wordt dan gewekt dat deze methoden pijnloos zijn, doeltreffend en niet schadelijk voor anderen. Wij bespreken hieronder waarom dit misleidende informatie is.

## Een plastic zak in combinatie met slaapmiddelen mislukt vaak

Het gebruik van een plastic zak als methode voor zelfdoding kreeg in 1991 brede bekendheid door de bestseller van Derek Humphry *Final Exit*. In theorie wordt de dood veroorzaakt door verstikking ten gevolge van zuurstofgebrek in de zak. Maar verslagen van ooggetuigen roepen twijfels op of de methode doeltreffend is zonder assistentie van iemand die aanwezig is. We zullen proberen de misverstanden die over de ‘plastic-zak-methode’ bestaan, op een rij te zetten.

Een plastic zak wordt vaak niet met dodelijke medicatie gecombineerd maar met een slaapmiddel uit de groep van de benzodiazepines. Deze slaapmiddelen op zichzelf zijn zelden dodelijk, zoals eerder is besproken (hoofdstuk 3.2.7).

Principe van de methode: vóór het inslapen door het slaapmiddel trekt men een ruime plastic zak over het hoofd en bevestigt deze met een elastiek of met klitteband rond de hals. Vervolgens brengt het slaapmiddel de persoon in slaap. De zuurstof die zich in de plastic zak bevindt wordt na 10 tot 20 minuten opgebruikt en daarna stikt men terwijl men in slaap is. Dit is de theorie. In feite rapporteren ooggetuigen dat de mensen die in slaap zijn gevallen na ongeveer 10 minuten heftig gaan bewegen door het zuurstofgebrek. Precies zoals iemand die in slaap is en onder water wordt geduwd, heftig zal gaan worstelen om lucht te krijgen. Hierdoor zal de zak vaak verschuiven, zelfs als deze goed is bevestigd rond de hals.

De instinctieve worsteling om lucht te krijgen, begint pas nadat de persoon in kwestie in slaap is. Zodra men weer lucht krijgt door een kleine opening bij de hals, valt h/zij weer in slaap. Men wordt vele uren later wakker, en vertelt anderen meestal niet over deze mislukte poging tot zelfdoding. Daardoor blijft ‘de mythe van de plastic zak’ in stand.<sup>1</sup>

Een vertrouwenspersoon die is gevraagd om bij de zelfdoding met een plastic zak aanwezig te zijn, zal vaak opmerken dat de zak van zijn plaats is geschoven door de bewegingsonrust onder invloed van het tekort aan zuurstof. Hij/zij weet hoezeer de persoon naar de dood verlangde en zal wellicht toegeven aan de verleiding om de zak weer om de hals

te bevestigen en vervolgens de handen van de dierbare vasthouden zodat h/zij de zak niet kan verwijderen.<sup>2</sup> Dat kan leiden tot levenslange schuldgevoelens over een dodelijke handeling die niet aan het licht mag komen. Men kan daarover met niemand praten omdat men het risico loopt te worden vervolgd voor moord.

Er zijn andere gevallen bekend waarbij een plastic zak wordt gebruikt in combinatie met één van de medicamenten die op zichzelf al dodelijk zijn (hoofdstuk 4). In die gevallen is de plastic zak overbodig. Een enkele keer is de plastic-zak-methode doeltreffend, zonder hulp van anderen doordat iemand heel snel in een coma raakt en de rusteloze bewegingen onder invloed van zuurstoftekort niet optreden. Het is echter niet te voorspellen bij wie dit zal gebeuren en bij wie niet.

In 1995 is geopperd dat de mislukte pogingen te wijten waren aan een te kleine zak dan wel aan te traag werkende slaapmiddelen. Er werd een grote zak (60 x 90 cm) van stug plastic ontworpen. De verstelbare elastische onderrand sluit rond de hals met klittenband. Deze zak wordt de *Exit Bag* genoemd.<sup>3</sup> Er zijn ons geen meldingen bekend van betrouwbare getuigen over deze aangepaste plastic zak. We weten daarom niet of dit een verbetering is ten opzichte van de traditionele plastic-zak-methode.

Sommigen redeneren dat bij het falen van deze methode, er in elk geval ook geen schade is aangericht. Inderdaad is er nog nooit hersenletsel geconstateerd na een mislukte poging met een plastic zak. Toch zijn wij het niet eens met de stelling 'baat het niet, het schaadt ook niet'. Elke methode met een grote kans op mislukking is een ellendige ervaring voor de persoon die weloverwogen heeft besloten het leven te beëindigen. Een mislukking is ook een belasting voor degenen die gevraagd zijn erbij aanwezig te zijn en die naar een definitief afscheid hebben toegeleefd. Bij hen lukt de methode strafbare hulp uit door te proberen de handen vast te houden. In dat geval overlijdt de persoon wel maar een ander torst levenslang schuld mee.

### Meldingen uit de praktijk

Slecht in zes van de aan de auteurs gerapporteerde gevallen is het aanneemelijk dat een betrouwbare getuige aanwezig is geweest.

Een vrouw (57 jaar) met uitgezaaide borstkanker had haar huisarts gevraagd haar te helpen bij de levensbeëindiging maar ze kreeg als antwoord dat haar lijden nog niet ondraaglijk was. Ze besloot daarop de plastic-zak-methode te gebruiken in combinatie met 600 mg Valium. Ze verzocht een familielid dringend om de zak weer terug te plaatsen als



die niet meer om haar hals zou sluiten: “Zorg ervoor dat ik niet meer wakker word”. Het familielid wilde haar niet alleen laten sterven maar had nog niet besloten wat hij zou doen. Kort na het innemen van de pillen was ze te versuft om de zak op de juiste wijze rond haar hals aan te brengen en viel ze in slaap. Twee en een half uur na het innemen van de pillen toen zo diep in coma was, bevestigde het familielid de zak om haar hals en verliet de kamer. Later die nacht kwam hij terug, verwijderde de plastic zak en waarschuwde een arts. De arts meldde een natuurlijke dood: ‘plotselinge dood bij een patiënte met uitgezaaide borstkanker’. Hij wilde de familie niet belasten met de stress van een politieonderzoek en hij was van mening dat ze hoe dan ook binnen korte tijd zou zijn overleden. Er werd geen lijkenschouwing verricht.

Een andere melding van ondoelmatig gebruik van een plastic zak kreeg veel aandacht in de Nederlandse pers tijdens de zaak Muns (hoofdstuk 6). Een 82 jarige ernstig zieke vrouw gebruikte de plastic zak in combinatie met drie verschillende slaapmiddelen: 71 tabletten Zoplicon (7,5 mg), 56 tabletten nitrazepam (5 mg), en 30 tabletten temazepam (10 mg). De aanwezige getuigen meenden dat de zak goed was bevestigd met elastiek rond de hals. De vrouw overleed 35 minuten na het aanbrengen van de zak.

Bij onderzoek door de recherche bleek echter dat zich geen condens had gevormd aan de binnenkant van de zak, zoals gewoonlijk optreedt als de zak goed afsluit. Dit doet vermoeden dat de dood niet was veroorzaakt door de plastic zak. Uit bloedonderzoek bleek dat een overdosis Zoplicon de meest waarschijnlijke doodsoorzaak was. Deze hoogbejaarde vrouw was lichamelijk in zeer slechte conditie. Het is daarom niet verwonderlijk dat zij overleed aan een hoge dosis van een slaapmiddel dat in de regel niet dodelijk is.

In twee gevallen werd een dodelijke dosis opiaten plus benzodiazepines ingenomen en bracht de patiënt zelf de plastic zak aan. De dood trad enige uren later in. Na 30 minuten is de zuurstof in een grote, goed afgesloten plastic zak verbruikt. Daarom is het uitgesloten dat in deze gevallen de dood werd veroorzaakt door verstikking. De opiaten waren de oorzaak van overlijden.

Slechts in twee van de zes gemelde gevallen waarbij een getuige aanwezig was, mag worden aangenomen dat zuurstofgebrek door de plastic zak de doodsoorzaak was. Beiden namen niet nader bekende benzodiazepines, brachten de plastic zak aan en overleden 15 minuten later, dus rond de tijd dat de zuurstof in de zak is opgebruikt.

De auteurs van dit boek baseren hun conclusie dat deze methode

weinig doeltreffend is, niet alleen op deze zes meldingen. Ook drie andere wetenschappers, die onafhankelijk van elkaar hebben gerapporteerd over de plastic-zak-methode, hebben beschreven hoe de methode vaak pas effectief was wanneer anderen de zak hadden bevestigd en de persoon vervolgens hadden gefixeerd.<sup>4</sup>

### Conclusie

Het geringe aantal meldingen door betrouwbare ooggetuigen doet ons veronderstellen dat de kans op mislukking groot is.

Wij ontraden deze methode omdat deze in strijd is met de twee basisprincipes voor een zelfstandige en waardige levensbeëindiging. Het eerste principe is dat wanneer alle voorzorgsmaatregelen zijn genomen, de poging vrijwel zeker tot de dood leidt. De tweede is dat in *de eindfase* de reeks handelingen die samen tot een humane dood leiden, alle moeten worden uitgevoerd door de persoon zelf. En tenslotte ontraden we deze methode omdat een aanwezige bij de zelfstandige levensbeëindiging in de verleiding zou kunnen komen om actief te helpen of kans loopt verdacht te worden door de politie.

### Koolmonoxide

Een Nederlandse krant publiceerde het volgende bericht:

#### *Houtskool in trek voor zelfdoding*

Het aantal zelfdodingen in Hong Kong neemt toe door de verkoop van barbecue houtskool. Het was enkele jaren nog niet bekend dat zelfdoding mogelijk was door houtskool te verbranden in een slecht geventileerde ruimte. Tegenwoordig is het, na een sprong van een flatgebouw, de meest gebruikte methode. Een centrum voor zelfdodingpreventie heeft de supermarkten opgeroepen houtskool uit de schappen te halen.

Deze informatie is misleidend omdat de methode niet zelden mislukt. De methode is bovendien gevaarlijk voor mensen die zich in dezelfde of in een aangrenzende ruimte bevinden.

Het principe van de methode is dat er bij het verbranden van houtskool in een slecht geventileerde ruimte na enige tijd koolmonoxide (CO) vrijkomt. Dat is een reukloos gas dat in hoge concentratie ontvlambaar en explosief is.

Zuurstof wordt van de longen naar de hersenen getransporteerd door het eiwit hemoglobine. CO gaat ongemerkt een chemische verbinding aan met hemoglobine die zóveel sterker is dan de verbinding van zuurstof met hemoglobine, dat CO na enige tijd het zuurstoftransport naar de hersens geheel blokkeert. Zelfs een lage CO concentratie zal na enige tijd leiden tot zuurstofgebrek in de hersenen. Aanvankelijk merkt de persoon een niet onaangenaam, slaperig gevoel, dat geheel ongemerkt overgaat in een coma. Dit gebeurt niet alleen bij de persoon met een doodswens maar ook bij ieder ander die in dezelfde ruimte verblijft. CO is dus uiterst gevaarlijk voor mensen die aanwezig zijn bij een persoon die hiermee een eind aan het leven wil maken. Afhankelijk van de concentratie CO treedt de dood snel in (binnen 30 minuten) of langzaam (binnen een paar uur). Indien iemand met een CO vergiftiging wordt gevonden vóór zijn overlijden, is het risico op een blijvende hersenbeschadiging aanzienlijk.

Tot in de jaren tachtig was zelfdoding door CO in een afgesloten, stationair draaiende auto niet zeldzaam. Een buigzame slang werd aangesloten op de uitlaat van de auto en de ramen hermetisch afgeplakt. In oude auto's was er een relatief hoge concentratie aan CO in de uitlaatgasen. Volgens persberichten uit Japan wordt deze methode daar nog wel uitgevoerd door adolescenten in een oude bestelbus: een groepszelfdoding. De huidige auto's met een efficiënte verbrandingsmotor produceren soms honderd maal minder CO. Levensbeëindiging met deze methode is nog steeds mogelijk, maar duurt veel langer en houdt een grotere kans op ontdekking en 'redding' in, en daarbij een reële kans op *permanente* hersenbeschadiging. Ook zijn een aantal voorbeelden bekend van mensen die zich in de garage van het leven beroofden, zonder zich te realiseren dat de CO zich door kieren ook verspreidt naar de aangrenzende ruimtes, waardoor andere personen zijn overleden.

De australische right-to-die activist Philip Nitschke (2006) heeft een apparaat ontworpen dat koolmonoxide produceert door een chemische reactie tussen twee stoffen die in de handel verkrijgbaar zijn. Een plastic buis leidde het gas CO naar de neus van de persoon die wenste te overlijden, zodat deze een hoge concentratie zou inademen. Hij noemde dit de 'CO-Gen machine'. Nitschke claimt dat deze methode het risico van het inhaleren van gas door anderen vermindert. Dat is hoogst onwaarschijnlijk omdat de machine CO blijft produceren nadat de hierop aangesloten persoon is overleden. De CO komt dan met zekerheid in de kamer terecht en zal dus ook door anderen worden ingeademd. Het verbaast niet dat Nitschke nooit meldingen heeft gerapporteerd van waar-

nemers over het gebruik van dit apparaat in aanwezigheid van anderen.

Er zijn veel variaties op de CO-methode bekend, zoals uit het krantenartikel blijkt, die alle dezelfde risico's inhouden die zojuist zijn besproken.

### **Conclusie**

De methode met CO is in strijd met de principes van een waardige levensbeëindiging die wij hebben omschreven in hoofdstuk 1.5: hij kan alleen in eenzaamheid worden uitgevoerd. In alle gevallen is er kans op blijvend hersenletsel bij ontdekking voordat men is overleden.

## APPENDIX 1

### Hoe dit boek te bestellen

148 Titel van de derde (Nederlandse) editie:

*Informatie over zorgvuldige levensbeëindiging*  
152 pagina's, prijs 25 euro inclusief verzending

**Bestelinformatie:**

Prijs:	€ 25,-
ABN AMRO rekening	59.65.70.139
ten name van:	Stichting wozz te Amsterdam
bij betaling vermelden:	het postadres waar het boek naar toe moet

**Nota Bene:**

Tussen ontvangst van betaling en toezending van het boek kunnen 3 weken liggen.

Zie voor de laatste bestelinformatie [www.wozz.nl](http://www.wozz.nl)

De tweede (Engelse) editie uit 2006 is nog leverbaar. Titel:

*Guide to a humane self-chosen death*

Prijs:	€ 25,-
onder vermelding van:	Engelse wozz boek
	<b>Bestelinformatie: zie boven</b>

### Adressen

**Opmerking vooraf:** De huisarts is de spil in het netwerk van hulpverleners in de eigen regio voor thuiszorg, wijkverpleging, psychotherapie, maatschappelijk werk, geestelijke verzorgers en andere hulp.

Het recht op waardig sterven is een doelstelling van drie organisaties die elk een uitgebreide website hebben:

**Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig levensEinde (NVVE)**

Postadres: postbus 75331  
1070 AH Amsterdam  
Tel: 0900 6060606  
Website: [www.nvve.nl](http://www.nvve.nl)

**Stichting de Einder**

*De stichting begeleidt mensen met een doodswens*  
Postadres: postbus 32  
5690 AA Son  
Tel: 0900 2211122  
Website: [www.deeinder.nl](http://www.deeinder.nl)

**Stichting Vrijwillig Leven**

*De stichting wil wettelijke erkenning van het recht op een zelfgekozen levenseinde*  
Postadres: postbus 5098  
6202 WE Maastricht  
Tel: 0433 688144  
Website: [www.SVLeven.nl](http://www.SVLeven.nl)

**Andere belangenorganisaties** geven informatie over ernstige ziekten, hulpverlening of over contacten met lotgenoten (ervaringsdeskundigen). Men kan bijvoorbeeld zoeken op de websites:

**Nederlands Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)**

Postbus 1539  
3500 BM Utrecht  
Churchilllaan 11-6e etage  
3527 GV Utrecht  
(030) 297 03 03  
(030) 297 06 06  
[npcf@npcf.nl](mailto:npcf@npcf.nl)

**Platform GGZ: Vereniging landelijk platform cliënten en familie organisaties in de GGZ**

Dit is een koepel van een groot aantal organisaties op het terrein van de GGZ  
[www.platformggz.nl](http://www.platformggz.nl)  
Een van de organisaties binnen het Platform GGZ is:

**Pandora**

*Stichting Pandora zet zich in voor mensen met psychische problemen*  
Postadres: 2e Constantijn Huygensstraat 77  
1054 CS Amsterdam  
e-mail: [info@stichtingpandora.nl](mailto:info@stichtingpandora.nl)  
website: [www.stichtingpandora.nl](http://www.stichtingpandora.nl)  
tel: 020 6851171

Een organisatie die zich bezighoudt met de preventie van zelfdoding is:

**Ivonne van de Ven stichting**

*De stichting stelt suicide als maatschappelijk probleem aan de orde*  
Postadres: Paramaribostraat 85hs  
1058 VH Amsterdam  
e-mail: [info@ivonnevandevenstichting.nl](mailto:info@ivonnevandevenstichting.nl)

Voor de regio Amsterdam is er een koepel van regionale organisaties:  
**Amsterdam Patiënten en Consumenten Platform (APCP)**  
[www.apcp.nl](http://www.apcp.nl)  
Plantage Middenlaan 14I  
1018 DD Amsterdam

## APPENDIX 3

### Meldingsformulier voor ooggetuigen bij een humane zelfdoding met medicijnen

*Maak een fotocopie van deze pagina. Bij gebrek aan ruimte achter de vraag s.v.p. op achterkant schrijven.*

*Deze informatie is uitsluitend bestemd voor onderzoek. Na ontvangst van dit formulier wordt het geanonimiseerd.*

*Stuur s.v.p. uw verslag en eventuele vragen over de vertrouwelijkheid naar:*

Russel Ogden, 207 Osborne Avenue, New Westminster, BC, Canada V3L 1Y7

1. Overleden persoon is  man  vrouw
  2. Geschatte leeftijd: \_\_\_\_\_
  3. Jaar van zelfdoding : \_\_\_\_\_ Maand: \_\_\_\_\_
  4. Land van zelfdoding: \_\_\_\_\_
  5. Geschatte gewicht: \_\_\_\_\_ kg
  6. Recent gewichtsverlies groter dan 10kg?  
\_\_\_\_\_
  7. Ziekte of problemen die de motivatie zijn voor de zelfdoding  
\_\_\_\_\_ sinds \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ sinds \_\_\_\_\_
  8. Medische specialisten en behandelingen (bijv. oncoloog, chemotherapie)  
\_\_\_\_\_ sinds \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ sinds \_\_\_\_\_
  9. Namen en doseringen van medicijnen gedurende de laatste maand  
Slaappillen  
\_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_  
Pijnstillers  
\_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_  
Overige medicijnen  
\_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_
  10. Alcoholgebruik meer dan 4 glazen per dag  Ja  Nee
  11. Gebruikte middelen om de dood te veroorzaken (aantal pillen en mg per pil)  
A: \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_  
B: \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_  
C: \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_  
D: \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_
- In geval van capsules, werden deze geopend voor het doorslikken?  Ja  Nee
- In geval van pillen, werden deze vermalen tot een poeder?  Ja  Nee

Anti-braakmiddel gebruikt?

Ja  Nee Naam: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ uur eerder begonnen

Alcohol gebruikt bij de middelen?

Ja  Nee Welke soort en hoeveel? \_\_\_\_\_

12. Precieze tijd vanaf het begin met:

slikken van de middelen \_\_\_\_\_

injectie van een middel \_\_\_\_\_

13. Precieze tijd van inslapen \_\_\_\_\_

14. Precieze tijd van overlijden \_\_\_\_\_

15. Waren er onaangename symptomen *voor* het inslapen? (bijv. angst, spierschokken of overgeven)

\_\_\_\_\_

16. Waren er opvallende symptomen *na* het inslapen?

\_\_\_\_\_

17. Is er een plastic zak gebruikt?

Ja

Nee

Was er bewegingsonrust na het inslapen?

Ja

Nee

Is de plastic zak verschoven?

Ja

Nee

Andere bijzonderheden \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. Wat is uw relatie met de overledene? \_\_\_\_\_

19. Waren er anderen aanwezig bij de zelfdoding?

Partner

Familie

Vrienden

Verpleger/ster

Vrijwilliger van een 'recht op sterven' organisatie

Andere \_\_\_\_\_

20. Welke arts bevestigde officieel dat de dood had plaatsgevonden? \_\_\_\_\_

21. Hoe is deze dood door de arts gerapporteerd op het overlidensformulier?

Ziekte

Zelfdoding

Geassisteerde zelfdoding

Anders \_\_\_\_\_

Weet niet \_\_\_\_\_

22. Opmerkingen of zaken die u zijn opgevallen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bij gebrek aan ruimte achter de vraag s.v.p. de achterkant gebruiken



## Uitvouwbare tabel in de achterkaft

In deze tabel kan men snel opzoeken onder welke merknamen een bepaald medicijn wordt verkocht in de plaatselijke apotheek van het land waar men zich bevindt.

152

### Toelichting bij de tabel:

Ieder geneesmiddel heeft één naam die ontleend is aan de chemische stof, die in alle landen dezelfde is. Daarnaast heeft elk medicijn meerdere merknamen waaronder het wordt verkocht in een apotheek of drogist. De merknamen verschillen vaak per land.

Elk medicijn dat in dit boek is besproken, heeft overal ter wereld één naam die ontleend is aan de werkzame chemische stof (de stofnaam). De stof- en de merknamen staan onder elkaar vermeld in twee kolommen in de uitvouwbare tabel in de achterkaft.

Links in de kantlijn vindt men de stofnamen: eerst de zeven besproken slaapmiddelen en de twee medicijnen tegen het braken die in hoofdstuk 3 zijn besproken. Daarna volgen de medicijnen die besproken zijn in hoofdstuk 4. Per besproken groep staan bij elkaar vier opiaten, dan twee medicijnen tegen malaria, vervolgens acht antidepressiva en tenslotte de barbituraten die bijna alle uit de handel genomen zijn.

Naast elke stofnaam staan (in alfabetische volgorde) de merknamen waaronder dat medicijn wordt verkocht. Boven in de tabel staan naast elkaar de afkortingen van drie engelstalige regio's:

**USA**, **Can(ada)**, **Aus(tralia + New Zealand)**  
en van tien Europese landen:

**UK** (England), **Ger(many)**, **Fra(nce)**, **Ita(ly)** **Spa(in)**, **Neth(erlands)**,  
**Bel(gium)**, **Gre(ece)**, **Aust(ria)**, **Swi(tzerland)**.

### 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 derde wereld landen zijn niet opgenomen in deze tabel omdat de informatie over de merknamen in die landen incompleet is. In apotheken in deze landen zijn de merknamen uit de USA of uit een Europees buurland vaak wel bekend. Sommige namen zijn in alle Europese landen hetzelfde (zie bijvoorbeeld Valium of Metoclopramide). In dat geval is de kans groot dat deze naam in apotheken van andere landen die niet in de tabel staan, ook bekend is.