



OMGAAN MET LEVENSMOEHEID IN DE PRAKTIJK ...

DE MANTEL, 3 APRIL 2025

INHOUD

- Begrip & Prevalentie
- Exploratie van risicofactoren
- Zorgzaam omgaan met actieve vraag tot levensbeëindiging
 - De huidige wetgeving
 - Visie van zorgverleners



BEGRIP LEVENSMOEHEID ONDER ZORGVERLENERS

	Verpleegkundigen (n=151) 2016	Artsen (n=190) 2018
Leven is voltooid Exclusief	71,5%	65,3% 18,4%
Terminale ziekte (overlijden binnen maand)	41,1%	12,1%
Ernstige ziekte (geen overlijden binnen maand/ die op termijn tot dood leidt)	37,1%	7,8%
Polypathologie		35,8%

PREVALENTIE IN EEN 70PLUS OUDE POPULATIE

Hamilton suicide	Aantal personen (n= 516)	%
Geen argumenten voor levensmoeheid	401	77,7
Leven is niet waard om geleefd te worden	68	13,2
Wens om dood te zijn*	41	7,9
Zelfmoord gedachte	6	1,2
Zelfmoord poging	0	0,0

	70-79 jaar	80-89 jaar	90+
Wens om dood te zijn	4,1%	6,4%	13,4%

1,34%

zegt een persisterende
doodswens te hebben
zonder dat zij ernstig
ziek zijn.

In 2019 waren er circa
5.600.000

55-plussers*
in Nederland

0,18%

0,18%

wenst (hulp bij)
levensbeëindiging

*Het aantal 55-plussers is
gebaseerd op CBS-cijfers
uit 2019. De genoemde
percentages zijn gewogen,
zie paragraaf 6.1 rapport.

39
65-74 jaar

Het PERSPECTIEF-onderzoek

Perspectieven op de doodswens
van ouderen die niet ernstig ziek zijn:
de mensen en de cijfers

Dr. Els van Wijngaarden¹
Dr. Ghislaine van Thiel²
Drs. Iris Hartog¹
Drs. Vera van den Berg¹
Drs. Margot Zomers³
Dr. Alfred Sachs³
Dr. Cuno Uiterwaal⁴
Prof. dr. Carlo Leget¹

Prof. dr. Martin Buijsen⁵
Prof. dr. Roger Damoiseaux³
Dr. Menno Mostert²
Drs. Michal Merzel¹

Over welke ouderen gaat het?

Opvallende kenmerken



De groep met een actieve doodswens en een wens tot levensbeëindiging is relatief klein. In deze representatieve streekproef van 21.294 burgers gaat het om 0,38%, oftewel 36 mensen. Vanwege de kleine aantallen moeten de percentages van de kenmerken en de factoren met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

INHOUD

- Begrip & Prevalentie
- Exploratie van risicofactoren
- Zorgzaam omgaan met actieve vraag tot levensbeëindiging
 - De huidige wetgeving
 - Visie van zorgverleners



RISICOFACTOREN VAN LEVENSMOEHEID

- Medische aandoeningen
- Psychische factoren
- Sociaal, economische en culturele factoren
- Zingevingsfactoren / subjectief welbevinden



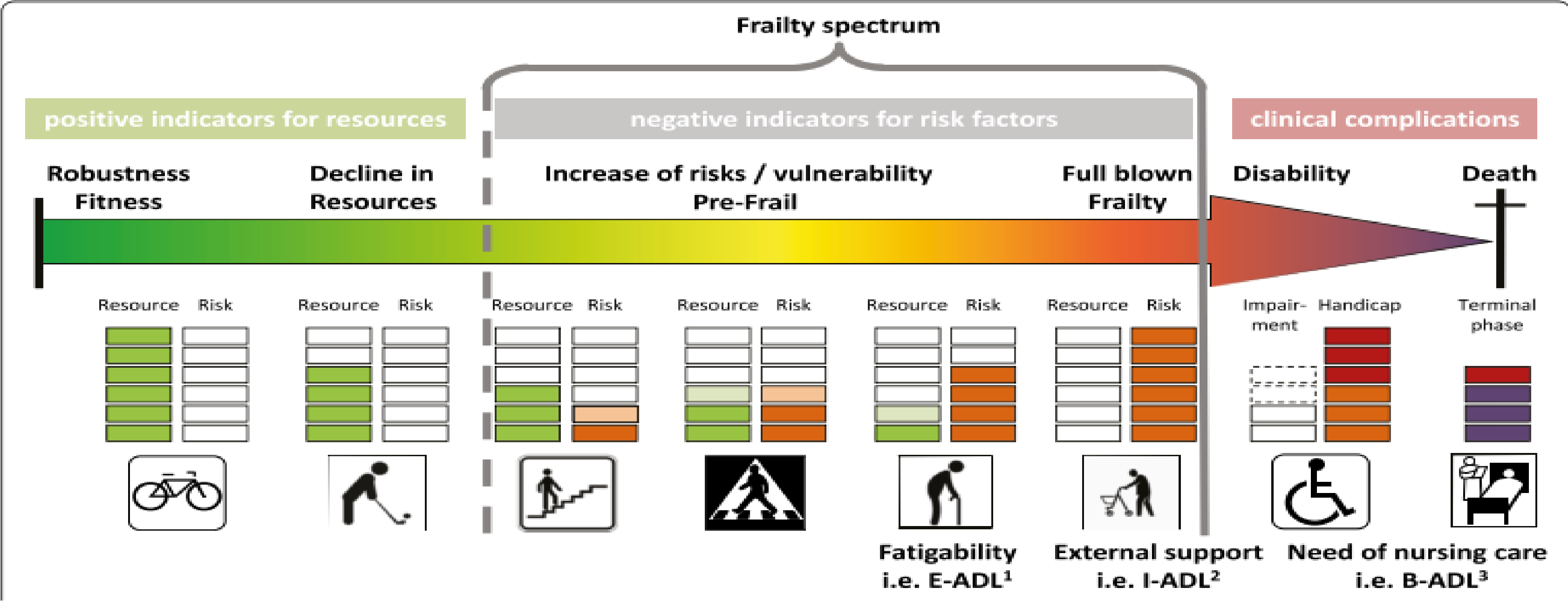
RISICOFACTOREN: MEDISCHE AANDOENINGEN

- Orgaan aandoeningen
 - Hartfalen, COPD, longlijden, nierlijden ...
- Frailty en ouderdomsgebonden aandoeningen
 - Gehoor, visus, smaak ... vermindering
 - Mobiliteitsdaling
 - Osteoporose
- Neuro-psychiatrisch
 - Depressie
 - Dementie
 - Psychose
- ...

Enkele aandachtspunten



FRAILTY



FRAILTY

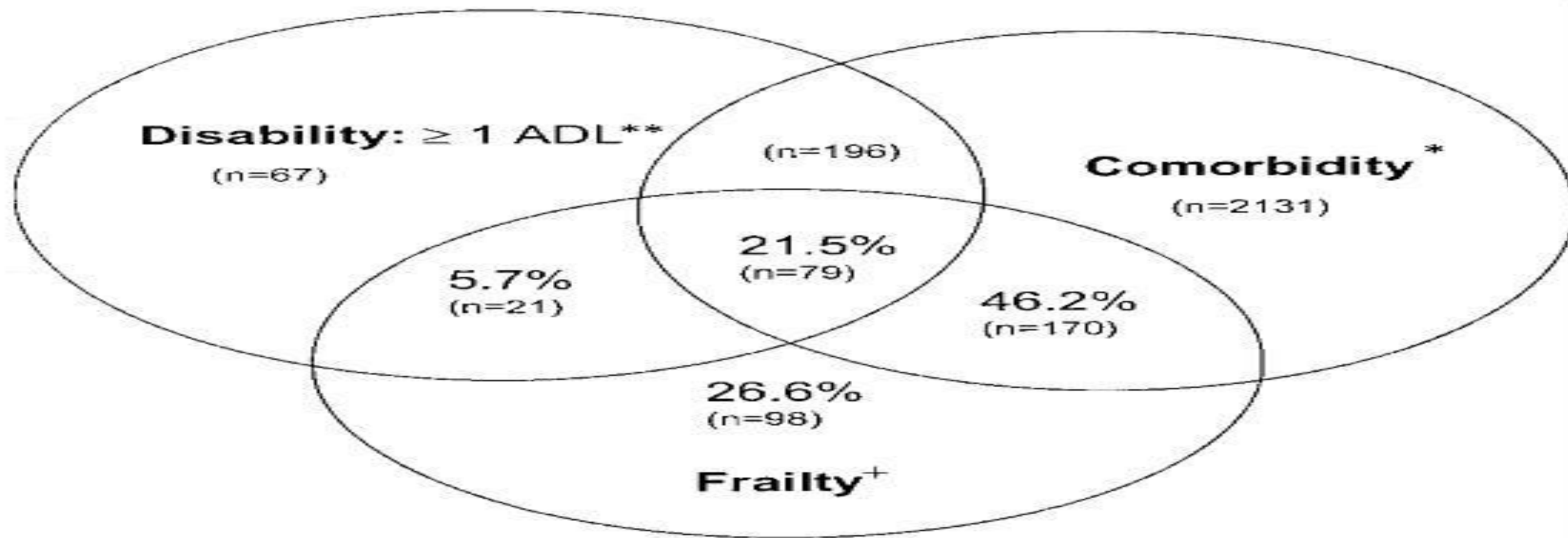
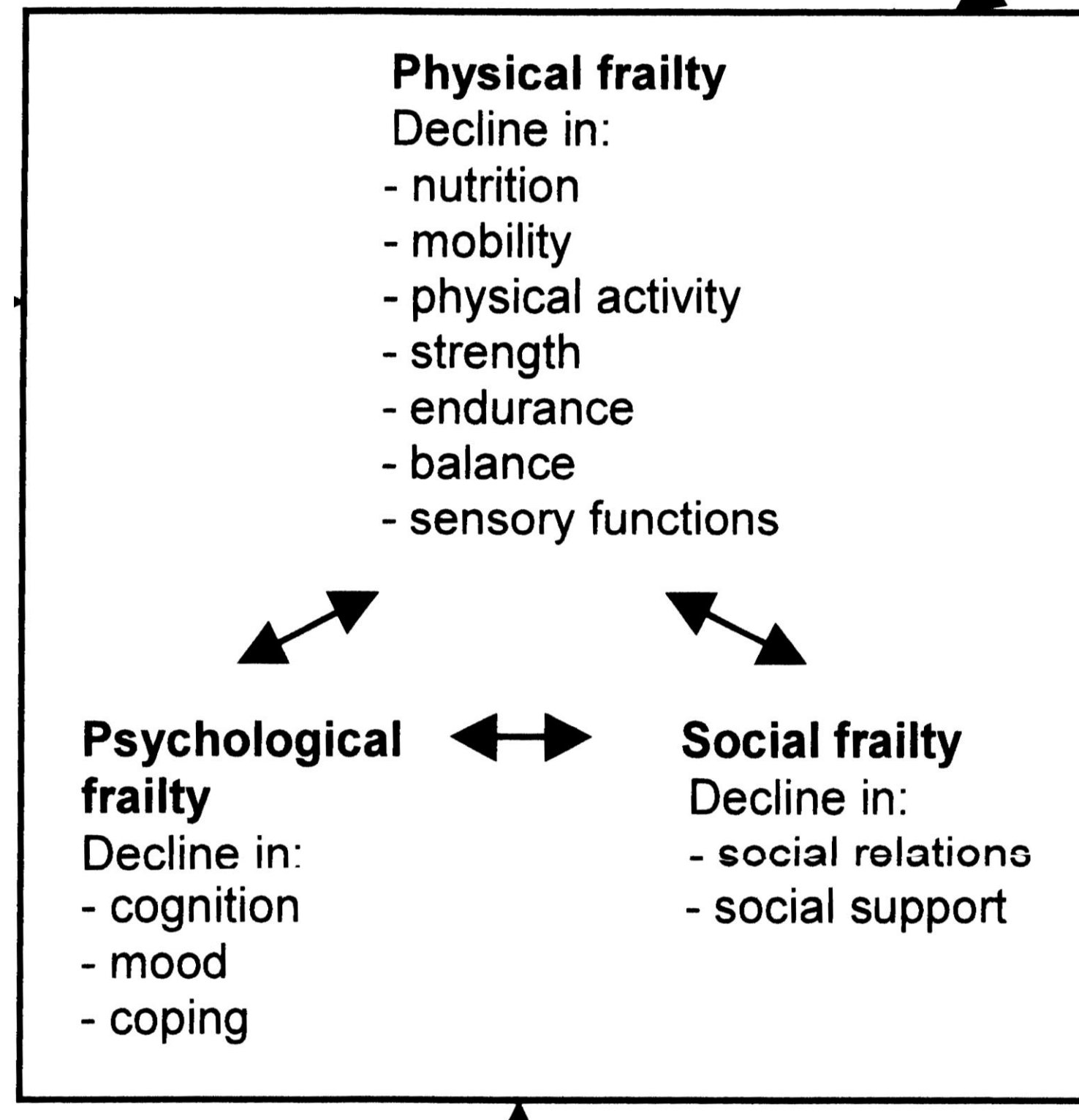
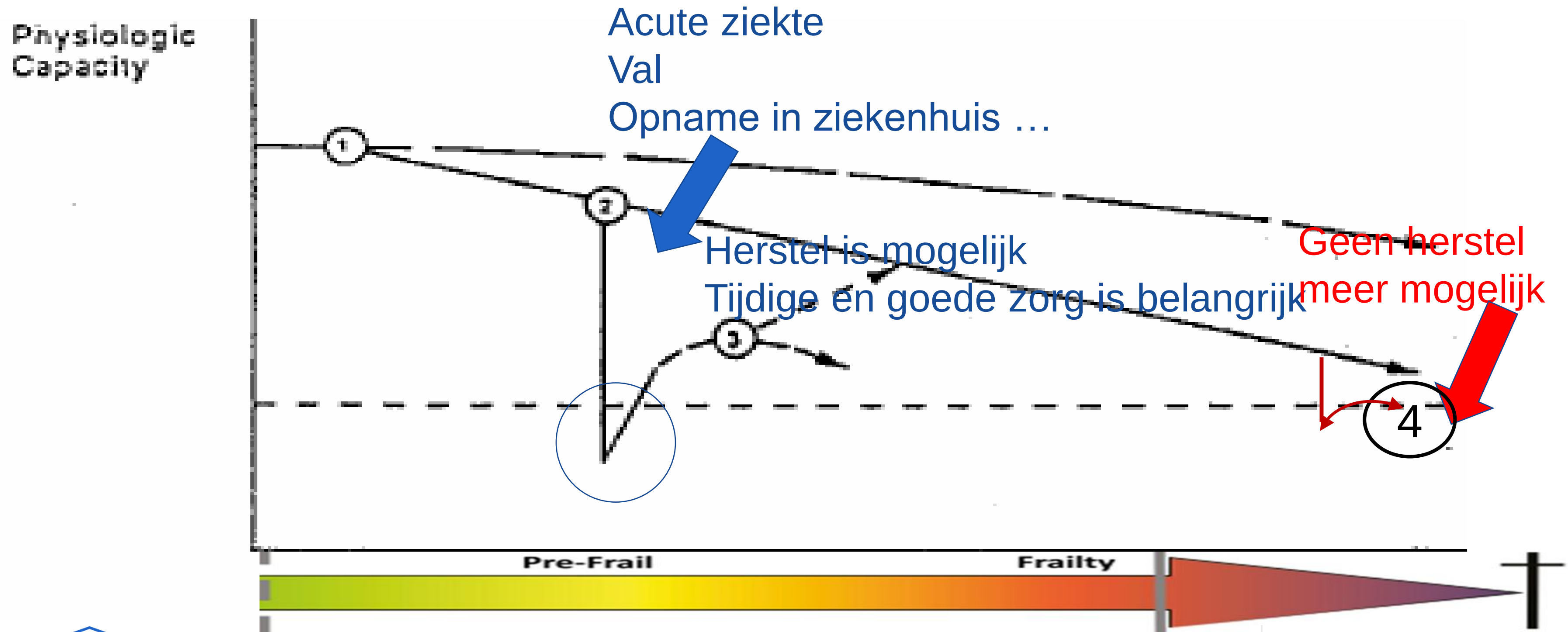


Figure 3. Venn diagram displaying extent of overlap of frailty with ADL disability and comorbidity (≥ 2 diseases). Total represented: 2,762 subjects who had comorbidity and/or disability and/or frailty. *n* of each subgroup indicated in parentheses. + Frail: overall *n* = 368 frail subjects (both cohorts). *Comorbidity: overall *n* = 2,576 with 2 or more out of the following 9 diseases: myocardial infarction, angina, congestive heart failure, claudication, arthritis, cancer, diabetes, hypertension, COPD. Of these, 249 were also frail. **Disabled: overall *n* = 363 with an ADL disability; of these, 100 were frail.

FRAILTY



RISICOFACTOREN: KWETSBAARHEID

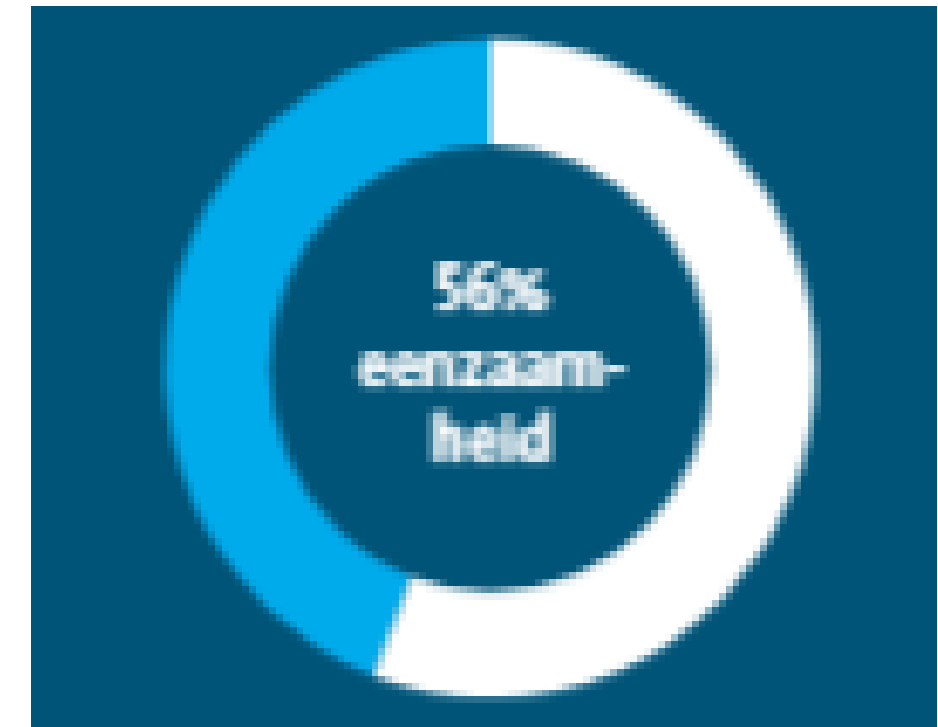


PSYCHISCHE FACTOREN: DEPRESSIE

- Epidemiologie:
 - 5-30% van stervenswensen: geen associatie met psychopathologie
- Mineure depressie is vaak aanwezig
 - In combinatie met lichamelijke aandoening
 - In combinatie met neurodegeneratieve aandoening bv dementie
Bevestigd in Perspectief onderzoek: 1/4 (van actieve doodswens) gezondheidsproblemen met indicatie lichte tot matige depressie
- Eventuele proeftherapie of doorverwijzing naar ouderenpsychiater/gespecialiseerde zorg wenselijk

EENZAAMHEID

- Belangrijke lichamelijke gevolgen
 - Depressieve grondstemming
 - Middelenmisbruik
 - Cardiovasculaire aandoeningen
 - Verhoogde mortaliteit (2-4x)



Aandacht voor ‘verdoken’ eenzaamheid

CULTURELE FACTOREN: WIE IS KLAAR MET HET LEVEN ?

- Is persoon zelf klaar met leven?
- Of voelt de persoon zich teveel en heeft hij het idee dat iedereen klaar is met hem? 'Moreel verplicht te sterven'



Maatschappelijk
zingevingsprobleem

Individueel
zingevingsprobleem

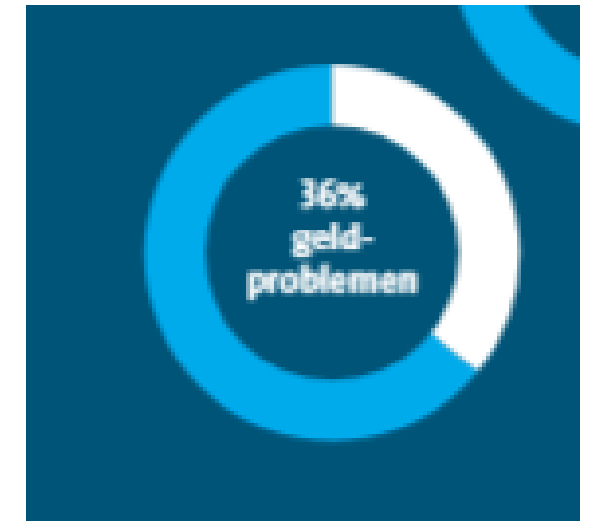
CULTURELE FACTOREN

Omgaan met verouderen,
sterven en dood is sterk
verschillend tussen culturen



SOCIALE EN ECONOMISCHE FACTOREN

- Sociale ongelijkheid verhoogt risico op lichamelijk en psychisch lijden
 - Bij deze met actieve doodswens (perspectief):
 - 1/3 laag opleidingsniveau
 - 1/2 lage sociale klasse
- Economische factoren kunnen een rol spelen
 - 36% geldproblemen



SPIRITUELE EN EXISTENTIËLE KRACHTBRONNEN

Worden onder andere bepaald door

- Ervaringen opgedaan in het verleden
 - Belang van het levensverhaal
- Betekenis van spiritualiteit > religie
 - Omgaan met identiteit, zin van het leven, lijden en dood
 - Vraag hoe inhoud geven aan je leven als het fysisch en cognitief minder goed gaat
 - Persoonsgebonden innerlijke overtuigingen

COPING STIJL

- Manier waarop men omgaat met life-events en/of veranderingen eigen aan de leeftijd
- Coping bevorderende factoren
 - Cognitieve selectie/ Positieve cultiveren
 - Zorg krijgen en zorg dragen voor iets/iemand
 - Nodig/ nuttig zijn
 - Tijd nemen / reflectie / stilstaan



Stap 1 : Exploreer levensmoeheid

* Interdisciplinair team

lichamelijke factoren onderliggende aandoening en frailty

evalueer volgende aspecten:

- levensverwachting
- actueel lijden en betekenis voor patiënt :
 - huidige klachten en symptomen
 - functieverlies / graad van afhankelijkheid
 - hoe zijn die klachten geëvolueerd
- toekomstig lijden :
kans op succes of verbetering van klachten

sociale en economische deprivatie

- sociale omkadering - (angst voor) armoede

psychische factoren

- psychiatrische aandoeningen
(depressie / psychose / dementie)
- coping van patiënt en omgeving
- eenzaamheid
- waardigheid - verantwoordelijkheid
- traumatische levenservaring
biografie en betekenis v ziekte-ervaring

zingevingsfactoren

- subjectief welbevinden
- spirituele/existentiële krachtbronnen

Levensmoeheid is meestal multifactorieel



Interdisciplinaire evaluatie en aanpak
Vertrouwenspersoon en verbinding

INHOUD

- Begrip & Prevalentie
- Exploratie van risicofactoren
- Zorgzaam omgaan met actieve vraag tot levensbeëindiging
 - De huidige wetgeving
 - Visie van zorgverleners



HUIDIGE WETGEVING

HOOFDSTUK II. — *Voorwaarden en procedure*

Art. 3. § 1. De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat :

- de patiënt een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige is die handelingsbekwaam en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek;

- het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk;

- de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;

en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

VOORWERP VAN EEN PROFESSIONEEL OORDEEL

- Medisch uitzichtloze toestand
 - Welke symptomen – gerelateerd aan de aandoening
 - Kan kwaliteit verbeterd worden
 - kans op verbetering – evolutie van de klachten
- Ernstige en ongeneeslijke door ziekte of ongeval veroorzaakte aandoening

WAT IS ERNSTIG?

- Niet gedefinieerd in wetgeving
 - Ernstig = levensbedreigend?
 - Ernstig = ongeneesbaar en gepaard gaande met lijden
 - Ouderdoms gerelateerde pathologie kan
 - Meetinstrument zinvol? bv CIRS-G – afkappunt??
- Open voor discussie/interpretatie



Geen consensus tussen artsen, wetgevers en ethici

HUIDIGE WETGEVING

HOOFDSTUK II. — *Voorwaarden en procedure*

Art. 3. § 1. De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat :

— de patiënt een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige is die handelingsbekwaam en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek;

— het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk;

— de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;

en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

INTERPRETATIE VAN BEGRIPPEN

Ziekte moe

Moe van het ziek zijn,
Behandelingen met gering
kans op succes moe, vaak
mensen die willen leven
indien er een kans is op
verbetering van de
onderliggende aandoening

≠

Leven moe

Leven is voltooid, niets
meer om voor te leven, niet
bereid tot veranderingen,
behandelingen ...

HUIDIGE WETGEVING

HOOFDSTUK II. — *Voorwaarden en procedure*

Art. 3. § 1. De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat :

— de patiënt een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige is die handelingsbekwaam en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek;

— het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk;

— de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;

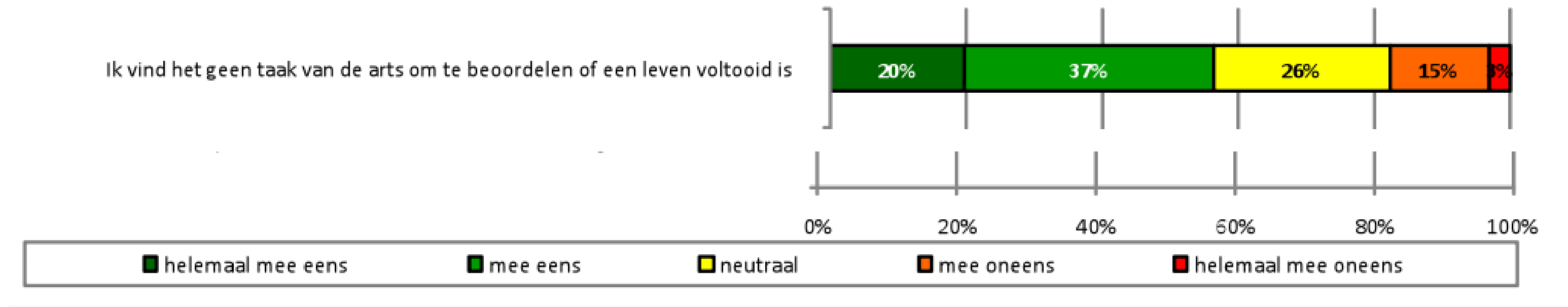
en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

EEN ZAAK VAN DE PERSOON

Ondraaglijkheid van het fysisch of psychisch lijden

- Subjectief en strikt persoonlijk
- Reden van doodswens en beoogde verandering na overlijden (waarom is verlangen naar dood groter dan het verlangen naar het leven)
- Kwaliteit van leven vroeger en nu

- *Kan een leven ooit voltooid zijn en is het aan de arts om te oordelen of een leven voltooid is?*



Hoe sterk is de doodswens van deze ouderen?

0,18% van de ouderen heeft een beëindiging, zonder dat zij ernstig doodswens blijkt vaak veranderlijk en de wens om te leven wisselen hen zegt al het hele leven een do



Brain Universiteit voor Humaniteit & Julius Centrum UMCG, support Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn De mensen en de cijfers © ZonMw / Schmandt Information Design

De doodswens weegt niet altijd even zwaar

Welke wens woog meer op de

De wens om te

De wens om te

De doodswens speelt niet continu

Hoe vaak denkt u aan uw doodswens?



39

lood te
n zwaar
n te leven

ek

HUIDIGE WETGEVING

HOOFDSTUK II. — *Voorwaarden en procedure*

Art. 3. § 1. De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat :

— de patiënt een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige is die handelingsbekwaam en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek;

— het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk;

— de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;

en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

EXTERNE DRUK?

Niet-medische factoren die 'buiten het individu' zelf liggen – maatschappelijk bepaald worden

- Angst om tot last te zijn
- Angst voor het Woonzorgcentrum zoals het nu is (afgeven van privacy, controle over het leven)
- Ik kost teveel geld aan de maatschappij
- Ik zou beter plaats maken voor jongere mensen

Stap 3 : Evalueer zorgvuldigheidscriteria

zorgvuldigheidscriteria
afwezig

geen medisch uitzichtloze situatie
en/of
geen (lichamelijk/psychisch) ondraaglijk
lijden

zorgvuldigheidscriteria
Onduidelijk
(grijze zone)

zorgvuldigheidscriteria
aanwezig

medisch uitzichtloze situatie
en
(lichamelijk/psychisch) ondraaglijk
lijden

multidisciplinair team
ondersteunend
VZP-beleid

Voldoende tijd – temporiseren
Collegiaal/interdisciplinair overleg
Zingeving mogelijk?
Optimaliseren lichamelijk functioneren?
Ethisch overleg/reflectie

zorgvuldigheidscriteria
aanwezig ?

procedure

INHOUD

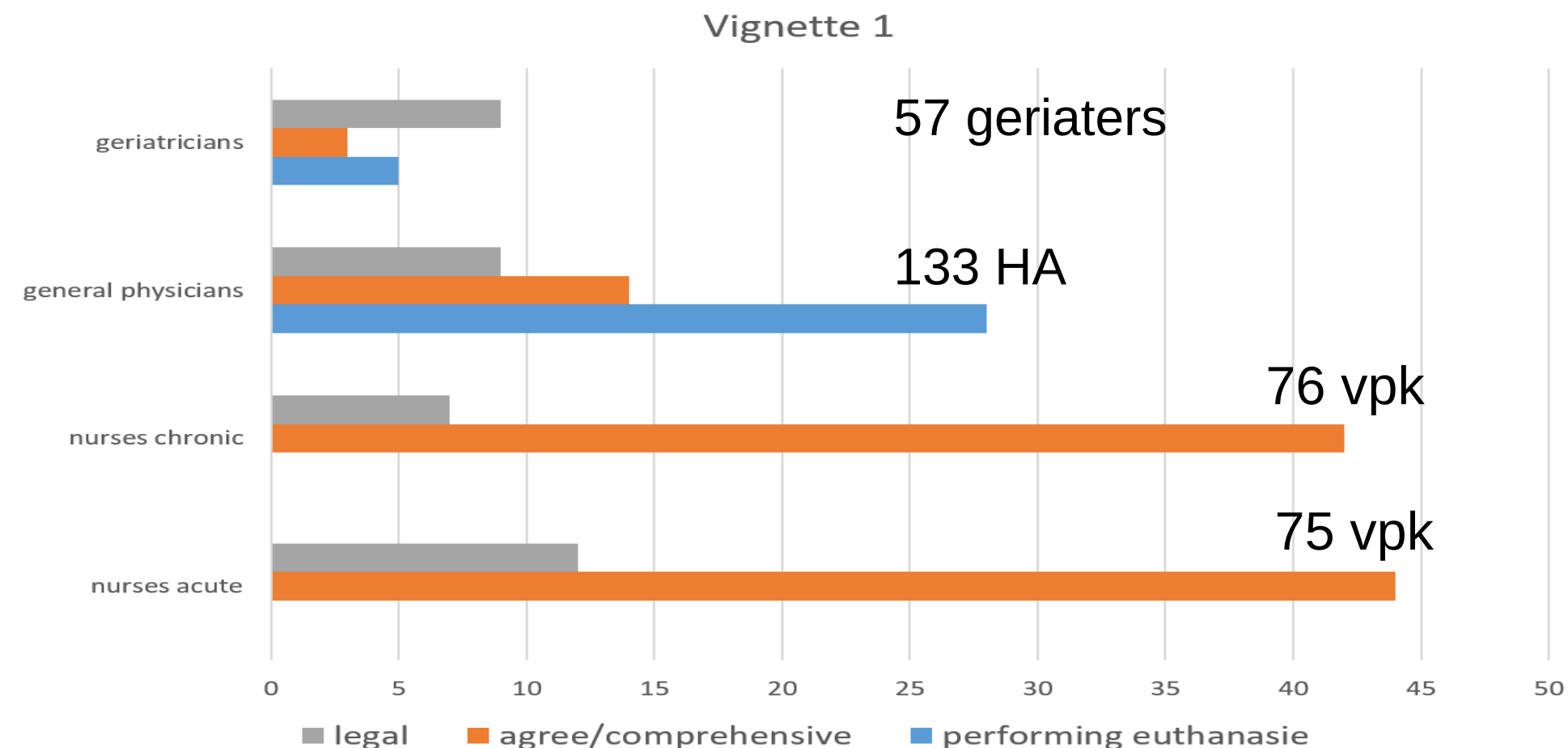
- Begrip & Prevalentie
- Exploratie van risicofactoren
- Zorgzaam omgaan met actieve vraag tot levensbeëindiging
 - De huidige wetgeving
 - Visie van zorgverleners



VIGNETTE 1: VROUW 93 JAAR

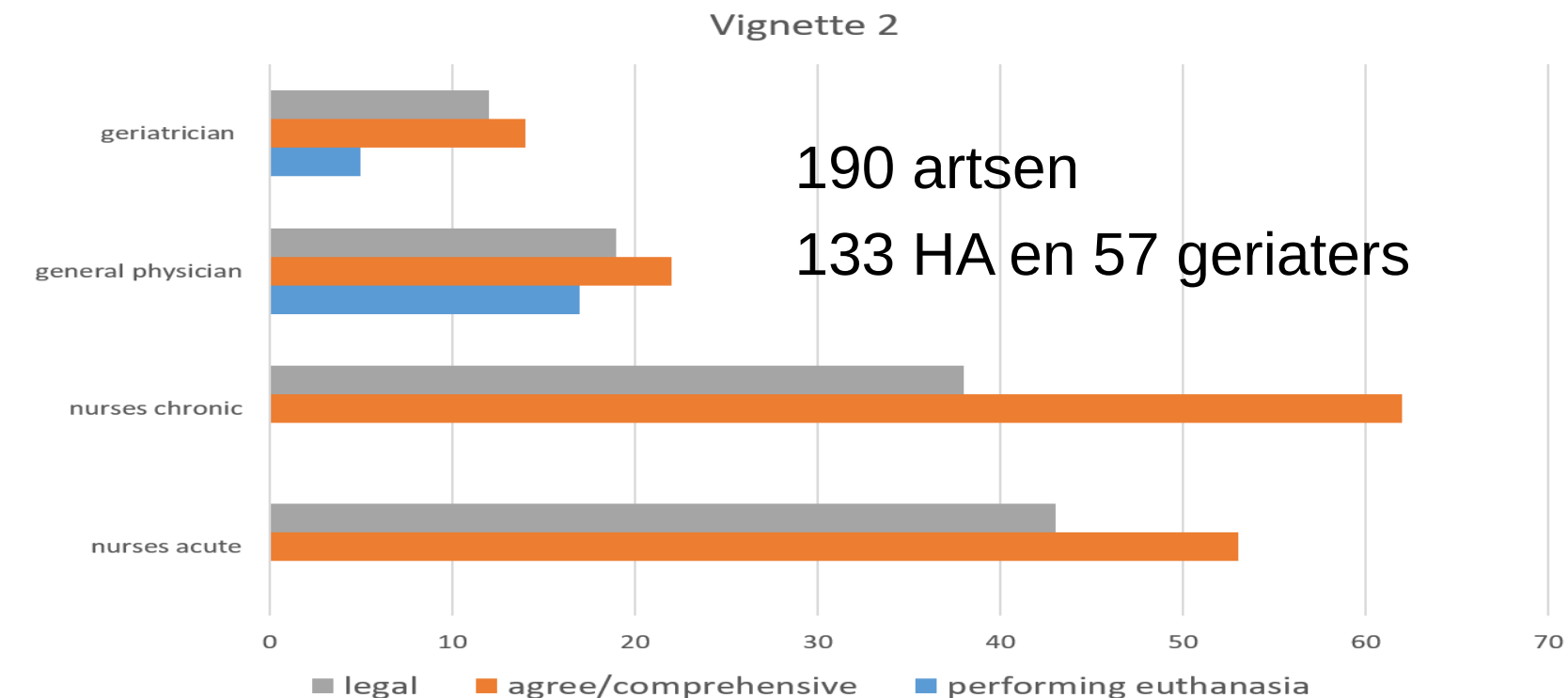


- Sociaal:
 - Weduwe sinds 20 jaar; enkel betrokken nicht
 - Verblijft thuis; zelfstandig
- Geen medische problemen CIRS-G 1 – SI 1
- Leven is zinloos geworden
 - Alleen; Angst om afhankelijk en tot last te worden (zie recente val)
 - Ik heb geen nut, kost alleen nog geld aan maatschappij



VIGNETTE 2: VROUW 88 JAAR

- Alleenstaande dame – betrokken nichten (2)
- Serviceflat sinds drie jaar na heupfractuur
 - Zelfstandig functionerend
 - Hoopt al geruime tijd dat ze eens niet meer wakker wordt;
 - Wilsverklaring euthanasie aanwezig
- Medisch – CIRS-G 3; SI 1,5:
 - Osteoporose ; Arteriële hypertensie
 - Indeukingsfractuur na bukken; immobiel en zorgafhankelijk door pijn
- Vraagt euthanasie; weigert voorgestelde behandeling, revalidatie, medicatie (zowel pijnstilling als antidepressieve medicatie door psychiater voorgesteld)

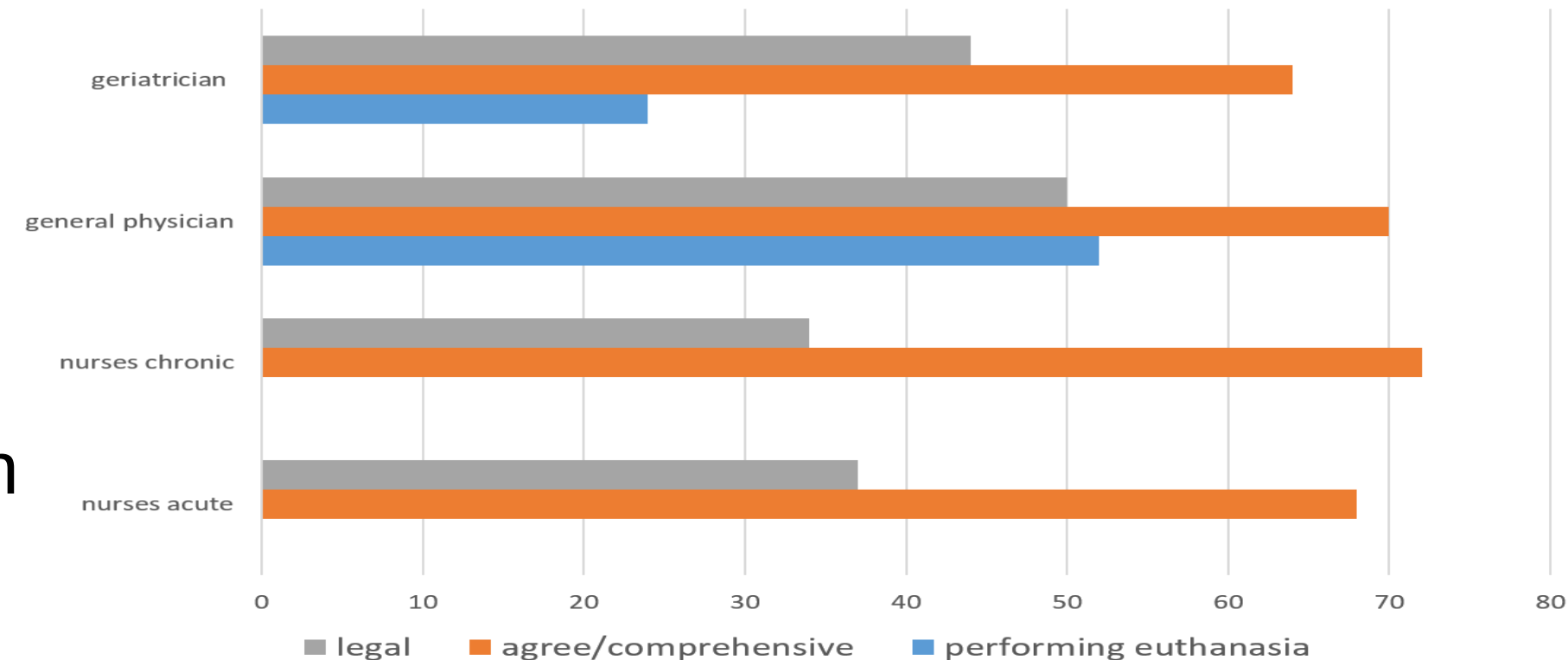


VIGNETTE 3: MAN 85 JAAR

- Weduwnaar; dochter overleden 2j terug
- Verblijft thuis met maximale ondersteuning
- Medische aandoeningen CIRS-G 7; SI 2,3
 - Arteriële hypertensie –onder controle
 - Osteo-arthrose – beperkte transfer
 - Verminderd zicht en gehoor
 - Depressieve stemming, rouw – antidepressie 1 jaar zonder effect
- Dagelijks herhaalde wens om te sterven



Vignette 3



CONCLUSIE WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

- Onzekerheid rond wettelijke criteria
- Artsen gaan voornamelijk mee in verzoek bij 'fysieke zorgafhankelijkheid'
 - Bereidheid om euthanasie uit te voeren is verschillend tussen huisartsen en geriater -
Geriaters zijn meer restrictief dan huisartsen

THOM

- Zorg-zaam omgaan met levensmoeheid
 - Interdisciplinaire exploratie / aanpak van risicofactoren
- Zorg-zaam omgaan met actieve vraag tot levensbeëindiging
 - Samen op weg ...
 - Temporiseren – Collegiaal/Interdisciplinair overleg – Ethische reflectie



