

# Ik wil mijn kinderen niet tot last zijn

## Euthanasie en hulp bij zelfdoding in de participatiemaatschappij

Bij de ‘voltooid-levenproblematiek’ denken we in Nederland aan zeer oude mensen. Aan oud-senator Edward Brongersma uit het gelijknamige Brongersma arrest, die door zijn huisarts werd geholpen zijn leven te beëindigen toen hij 86 was. Aan de 99-jarige Moek Heringa, die haar zoon overhaalde haar te helpen een eind aan haar leven te maken. Aan de respondenten van Els van Wijngaarden (2016), die voor haar proefschrift tachtig-plussers interviewde die hun leven als voltooid beschouwden. Het politieke debat gaat vooral over deze doelgroep en over de vraag of zij in de kou blijven staan als er geen Wet Voltooid leven wordt ingevoerd, die hun recht geeft op een zachte dood. In dit artikel zal ik betogen dat de klassieke doelgroep van de Voltooid-levenwet met enig kunst en vliegwerk best kan worden geholpen onder de vigerende Euthanasiewet. Een Voltooid-levenwet zou juist interessant kunnen zijn voor allerlei andere groepen. We kregen daarvan al een voorproefje in de verkiezingscampagne van 2017, toen D66-leider Pechtold werd geconfronteerd met Martin de Kock, een 57-jarige man die worstelde met een leven dat hij eigenlijk nooit leuk gevonden had en die voorzag dat hij, zelfs in het gunstigste geval dat D66 het voor het zeggen zou krijgen, nog 18 jaar zou moeten voorttobben, voor hij zijn leven op zachte wijze zou mogen beëindigen.

Dit artikel begint met twee scenario's. In het eerste scenario schets ik wat er zou kunnen gebeuren in 2030 als er over enkele jaren een Voltooid-levenwet wordt ingevoerd. In het tweede scenario laat ik zien hoe de situatie voor de oorspronkelijke doelgroep van de voltooid-levenproblematiek zich zou kunnen ontwikkelen wanneer die wet er *niet* komt.

Vervolgens zal ik betogen dat Nederland van meet af aan heel sterk heeft ingezet op euthanasie volgens een medisch model. Een Voltooid-levenwet verlaat dat model en maakt dus ook alle waarborgen en veiligheidskleppen van dat model illusoir. Dat lijkt een overtuigende reden om te blijven kiezen voor het medisch model. In het laatste deel van deze bijdrage zal ik echter laten zien dat het zo eenvoudig niet ligt. De recente ontwikkeling in Nederland, van verzorgingsstaat naar een participatiemaatschappij, confronteert ons met nieuwe vragen, ook over hulp bij zelfdoding buiten het medisch model om.



**Prof. dr. Margo Trappenburg**

Bijzonder hoogleraar Grondslagen van het Maatschappelijk Werk  
Universiteit voor Humanistiek Utrecht  
Hoofddocent Bestuurs- en Organisatiewetenschap  
Universiteit Utrecht  
E-mail: M.Trappenburg@UvH.nl

### 2030 Scenario 1 - een Voltooid-levenwet

Anna (73) en Desirée (69) zitten op een bankje in de zon. In 2024 is – verrassend snel – de Voltooid-levenwet aangenomen door het Nederlandse parlement. Na een uitgebreid debat over de precieze leeftijdsgrens heeft het kabinet-Pechtold gekozen voor de grens uit het oorspronkelijke wetsontwerp van de stichting Uit vrije wil (<http://www.uitvrijewil.nu/>). Sindsdien hebben zeventigplussers recht op een ‘pil van Drion’ als zij hun leven voltooid vinden.

‘Bijna 70’, zegt Anna en ze kijkt haar vriendin doordringend aan. ‘Ga je er nog iets mee doen?’

‘Ja’, zegt Desirée. ‘Ja en ik denk niet aan een feest of aan koffie met taart.’

Anna zucht. ‘Je gaat het dus echt doen. De pil halen.’

‘Ik wil mijn kinderen niet tot last zijn’, zegt Desirée. ‘En dat gaat onherroepelijk gebeuren als ik het niet doe. Mijn ogen gaan nu al achteruit. Ik kan dement worden, net als mijn vader en zijn vader voor hem. Ik voel er helemaal niets voor om zo’n kwakkelig vrouwtje te worden waar de buurt zich over moet ontfermen.’

‘Een verzorgingshuis?’ suggereert Anna.

‘Die bestaan niet meer en dat weet jij zelf ook. Er bestaan alleen nog wooncollectieven en die moet je zelf oprichten, organiseren en onderhouden als oudere. Mens, ik word al moe bij de gedachte. Ik ben dolblij dat ik mijn pensioen daadwerkelijk heb gehaald zonder brokken. Ik zit echt niet te wachten op een tweede carrière als organisator van een wooncollectief.’

‘Kom bij mij in de serviceflat wonen’, zegt Anna, maar ze heeft gelijk spijt van dat voorstel, want een serviceflat kan Desirée van haar pensioen niet betalen.

‘Weet je dat ik daar serieus over gedacht heb,’ zegt Desirée, ‘ik zou in die flat van jou kunnen wonen tot mijn geld op is en dan alsnog de pil kunnen halen.’

‘Nou waarom doe je dat dan niet?’ vraagt Anna en ze

somt nog eens de geneugten op van haar woonomgeving. Het winkeltje, de wasservice, de kapper en de medische zorg onder handbereik. De mogelijkheid van contact met leeftijdgenoten. De wekelijkse lezingen over van alles en nog wat.

‘Dat vind ik zo sneu voor mijn jongens’, zegt Desirée. ‘Het heeft best lang geduurd voor ze een enigszins fatsoenlijke baan hadden. Ze hebben allebei heel lang getobd met het vinden van werk. Aldoor tijdelijke aanstellingen, parttime baantjes en losse opdrachten; ze hadden het financieel nooit makkelijk. Ik gun ze een erfenisje. Dan kunnen ze een huis kopen.’

‘Ik zal je zo missen’, zegt Anna en haar stem trilt. ‘Iedereen stapt er maar uit of het niets is.’

‘Ach lieverd’, Desirée streelt haar vriendin even over haar hand. ‘We zijn nu eenmaal sterfelijk en we sterven nu veel beter dan vroeger.

We hebben deze wet pas zes jaar en nu al zijn er veel minder dementerende en chronisch zieke ouderen. Omdat mensen hun noodlot voor kunnen zijn. Dat is toch pure vooruitgang? Onze kinderen hoeven zich niet jarenlang in allerlei bochten te wringen om voor ons te zorgen. Die kunnen gewoon hun eigen leven leiden. De hemel weet dat dat voor mijn jongens al pittig genoeg is.’

Het is even stil en dan zegt Anna: ‘Zal ik met je mee-gaan?’

‘Naar de levenseindeconsulent?’

‘Ja. Misschien heb je wel gelijk. Misschien is mijn leven ook wel voltooid.’

### 2030 Scenario 2 – geen Voltooid-levenwet

Joost (89) en zijn zoon Richard (57) zitten voor de televisie. Bij de kabinetsformatie van 2017 is het onderwerp Voltooid leven van de agenda afgevoerd en het is daar niet meer op teruggekeerd. De voltooid-levendegroep moet het doen met de Euthanasiewet van 2002.

‘Bijna 90’, zegt Richard. ‘Wil je er nog iets aan doen pa, zullen we een feest organiseren?’

‘Ik zit er niet op te wachten’, zegt Joost. ‘Om eerlijk te zijn ben ik wel een beetje uitgefleest. Ik hoef de 90 niet meer te halen.’

‘Het valt niet mee om alleen te zijn.’ Richard werpt een blik op de foto van zijn overleden moeder.

Zijn vader zucht. ‘Het is niet alleen je moeder, jongen. Ik heb geen zussen meer. Bram is al tien jaar dood. Gerard hebben we vorige week begraven. Wat doe ik hier nog? De dood is mij vergeten.’

‘Misschien moeten we eens nadenken over nieuwe contacten’, suggereert Richard.

‘Rich, dat is lief bedoeld, maar daar heb ik geen energie meer voor. Kun je me niet aan een pilletje helpen, dat ik er tussenuit kan?’

‘Ik ben natuurlijk geen dokter’, zegt Richard. ‘Als je dat echt wilt moet je er met je huisarts over praten. De Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie heeft een lijst met tips voor als je zo’n gesprek zou willen voeren.’

‘Mijn huisarts probeert me altijd op te vrolijken als ik hierover begin’, zegt Joost.

Richard pakt zijn telefoon erbij en zoekt de website van de NVVE. ‘Tip 1. Bereid het gesprek goed voor en zet je wens op papier. Dat is meteen een goeie pa. Als ze vrolijk gaat lopen doen, schuif je haar dat papier onder de neus. Tip 2. Zet je medische klachten uitvoerig op een rijtje. Heel oude mensen hebben altijd wel

medische problemen. Ze worden hardhorend. Slechtziend. Ze krijgen artritis. Ze slapen slecht. Ze zijn moe. Vaak hebben ze een chronische ziekte, zoals diabetes of reuma. Impotentie. Incontin-

tie. Ga die klachten niet bagatelliseren omdat er toch niets aan te doen is en het hoort bij het ouder worden. Dit zijn allemaal heel vervelende kwalen en ze zijn bovendien niet of nauwelijks oplosbaar. Tip 3. Vertel dat je het heel moeilijk vindt om afhankelijk te zijn van je naasten en dat je voorziet dat je steeds afhankelijker zult worden. Leg uit dat afhankelijk zijn niet past bij jouw karakter of jouw manier van leven. Suggereer beslist niet dat ik het ook wel eens vervelend kan vinden om voor jou te zorgen. Het probleem is *jouw* afhankelijkheid en *jouw* angst daarvoor, niet de last die je bent voor andere mensen. Als de dokter je op dit punt verkeerd begrijpt, heb je voor je het weet een vrijwilliger over de vloer die het heerlijk vindt om op te trekken met bejaarde mensen die een beetje in de put zitten’ (vrij naar Van Tol et al, 2008).

Joost huivert. ‘Ik ben heel erg bang dat mijn huisarts die kant uit gaat denken. Zo’n type is ze wel.’

‘Als je huisarts niet meewerkt kan je bellen met de levenseindekliniek’, zegt Richard. ‘Die zijn er speciaal voor mensen met een terughoudende huisarts.’

### Het doe-het-zelfmodel versus de medische route

Wat te doen als iemand niet langer wil leven of een zeer beklagenswaardig bestaan leidt? Wie het onder die omstandigheden acceptabel vindt om de dood een handje te helpen kan kiezen voor twee modellen: de doe-het-zelfaanpak of de medische hulp (Trappenburg, 2003).

Het doe-het-zelfmodel wordt gehanteerd in Zwitserland. Daar is zelfdoding en dus ook hulp bij zelfdoding niet strafbaar (tenzij egoïstische motieven een rol spelen; denk aan iemand die een medemens aanzet tot zelfdoding om vervolgens de erfenis op te strijken). Daar bestaan zogenaamde stervenshulporganisaties. Mensen

*Is de omslag van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving überhaupt moreel wenselijk?*

die uit het leven willen stappen wenden zich tot zo'n organisatie en worden daar te woord gestaan door een maatschappelijk werker of een geestelijke, die hen vervolgens helpt om hun wens te realiseren. Dokters schrijven soms een recept voor pillen waarmee de zelfdoding kan worden voltrokken, maar bemoeien zich niet met de feitelijke uitvoering; dat doen de vrijwilligers van de stervenshulporganisaties (Bosshard, 2008; Commissie Schnabel, 2016, hoofdstuk 3).

In het medische model helpt de dokter patiënten wier leed of leven uitzichtloos geworden zijn aan een zachte dood. In Nederland is de strijd om een humane dood van meet af aan gericht geweest op dit tweede model. Dat had een aantal oorzaken. Ten eerste was hulp bij zelfdoding in Nederland expliciet strafbaar (anders dan in andere landen zoals Zwitserland, maar ook Frankrijk). Opereren volgens het doe-het-zelfmodel had meteen kunnen leiden tot vervolging van betrokkenen. Ten tweede speelde het begin van het euthanasiedebat zich af in de context van medische overbehandeling: mensen die voorheen allang zouden zijn gestorven konden tegenwoordig (eind jaren zestig, begin jaren zeventig) door de medische wetenschap worden gered, maar tegen welke prijs? En ten derde stond de Nederlandse artsenorganisatie, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, open voor debat over dit onderwerp (Griffiths et al., 2008; Trappenburg, 2003).

De keuze voor het tweede model is, ruim vier decennia na het begin van de euthanasiediscussie, heel stevig geïnstitutionaliseerd. De jurisprudentie rond euthanasie laat een consistente lijn zien: alleen artsen mogen een patiënt (onder voorwaarden) helpen sterven; leken mogen dat niet (Trappenburg, 2003; Weyers, 2002; Commissie Schnabel, 2016, hoofdstuk 3). Recent heeft de Hoge Raad deze lijn nogmaals bevestigd in de zaak tegen de zoon van Moek Heringa, die zijn moeder hielp sterven. Het gerechtshof had getracht het handelen van de zoon naar analogie te toetsen aan de voor artsen geldende zorgvuldigheidseisen, maar de Hoge Raad verwierp deze exercitie nu de verdachte "de – in de huidige wetgeving cruciale – hoedanigheid van arts miste" (Rechtspraak.nl). Het opgetuigde systeem van controle (de criteria waarmee de arts het euthanasieverzoek moet beoordelen, de consultatie van een tweede arts, de beoordeling door de regionale toetsingscommissies) is helemaal gericht op artsen.

*Niet te moeilijk, niet te makkelijk*

Veel mensen vinden het goed als er ruimte is voor een vorm van euthanasie of hulp bij zelfdoding voor mensen in een uitzichtloze en beklagenswaardige toestand

(Onwuteaka-Philipsen et al., 2017). Daarnaast bestaat echter ook een verlangen naar waarborgen en grenzen, opdat we niet afglijden naar een systeem waarin alles maar mag. En om te zorgen dat we niet terechtkomen in het euthanasieprogramma zoals dat door de nazi's werd gepraktiseerd. Of gewoon om te zorgen dat mensen niet lichtzinnig hun leven beëindigen. Indrukwekkend zijn in dit verband vaak de getuigenissen van mensen die in depressieve toestand suïcidale gedachten hadden, maar van hun voornemen werden afgehouden door hulpverleners, of door wetten en praktische bezwaren (Udink, 2001; Zwagerman, 2002; Zwagerman, 2008). Doodgaan moet niet te moeilijk worden gemaakt, maar ook niet al te makkelijk. In Zwitserland, waar het doe-het-zelfmodel wordt gepraktiseerd, houden dokters zich verre van actieve stervenshulp. Omgekeerd is levensbeëindiging in het medische model nadrukkelijk voorbehouden aan artsen (vgl. Commissie Schnabel, 2016, hoofdstuk 3).

Het invoeren van een Voltooid-levenwet naast de huidige euthanasiewet betekent eigenlijk dat je de grenzen en waarborgen van het medische model weghaalt: men-

sen die niet vallen onder de daar geldende criteria kunnen voortaan terecht op de doe-het-zelfroute. In de woorden van de commissie Schnabel, die onderzoek deed naar de euthanasie-

praktijk met bijzondere aandacht voor de voltooid leven problematiek: "Het naast elkaar bestaan van twee routes voor hulp bij levensbeëindiging, te weten opzettelijke levensbeëindiging door een arts in het kader van de [Euthanasiewet] en hulp bij zelfdoding door een stervenshulpverlener voor wie andere criteria gelden, is verwarrend en kan de bestaande zorgvuldige praktijk van hulp bij levensbeëindiging die is gebaseerd op de [Euthanasiewet] ondermijnen. De ondermijning bestaat er in dat de met de meeste waarborgen omklede route zal kunnen worden omzeild" (p. 172) In de woorden van de KNMG, die zich keerde tegen de door het kabinet Rutte III aangekondigde Voltooid-levenwet: "Het is (...) te verwachten dat met de komst [van een] tweede parallelle systeem de huidige euthanasiepraktijk uitgehouden wordt. Burgers en patiënten zullen de weg van de minste weerstand kiezen, en het valt niet uit te sluiten dat ook artsen hun patiënten deze weg zullen adviseren (KNMG 2017, p. 19). En in de woorden van ethicus Govert den Hartogh in zijn advies aan de onderhandelaren tijdens de kabinetsformatie van 2017: "vrijwel alle doodswensen van ouderen blijken bij nadere analyse voort te komen uit ouderdomsaandoeningen, en dus onder de Euthanasiewet te vallen. Het probleem is alleen dat die wet ook de eis stelt dat er sprake moet zijn van ondraaglijk lijden waaruit geen andere uitweg bestaat. Artsen zijn met dat oordeel begrijpelijk terughoudend. Maar als je om die

*Is hulp bij zelfdoding om altruïstische redenen  
moreel toelaatbaar?*

reden het nieuwe beroep van professionele doodmaker introduceert, ondermijn je wel de bestaande wet.”

Terug naar de twee scenario's. Alles lijkt te pleiten voor scenario 2. We hebben een medisch model met alle waarborgen van dien. Dat is een kostbaar goed. Als de klassieke doelgroep van een Voltooid-levenwet met het medische model niet in aanmerking komt voor een zachte dood, dan is dat een reden om de indicaties voor euthanasie op te rekken. Dat hebben artsen eerder gedaan. Euthanasie bij beginnende of gevorderde dementie is door de jaren heen makkelijker geworden. Datzelfde geldt – in mindere mate – voor euthanasie bij psychiatrische aandoeningen. De KNMG (2011) breidde de reikwijdte van de euthanasiewet nadrukkelijk uit naar ouderen die leden onder een stapeling van ouderdomskwalen. In toenemende mate slechthorend, slechthorend en slecht ter been worden is voor menig een misschien wel erger dan kanker of multiple sclerose. Was het voorheen zo dat dokters een echte arts-patiëntrelatie moesten hebben met patiënten die vroegen om euthanasie, tegenwoordig kan men terecht bij de levenseindekliniek, waar euthanasie ook kan worden verkregen na een kortstondig arts-patiëntcontact. Als de voltooid-levendegroep haar medisch lijden meer op de voorgrond zet en het existentiële lijden iets meer naar achteren, valt er binnen de huidige Euthanasiewet best ruimte te vinden.

### Nieuwe morele vragen

Intussen moet ik bekennen dat ik de doodswens van Desirée uit mijn eerste scenario net zo invoelbaar vind als die van Joost. Waarschijnlijk wordt de voltooid-levenproblematiek verdaagd, van deze naar een volgende kabinetsperiode. Dat geeft burgers en ethici de tijd om een drietal nieuwe, gevoelige vragen te adresseren die te maken hebben met de omslag van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving en het verband tussen die omslag en nieuwe verzoeken om hulp bij zelfdoding. De eerste vraag heeft betrekking op de omslag als zodanig. In een klassieke verzorgingsstaat betalen we allemaal belasting. Die belasting wordt gebruikt om (professionele) hulpverleners te betalen en die hulpverleners zorgen voor kwetsbare burgers, onder andere voor ouderen. Dat is zowel in het belang van de kwetsbare burgers (recht op betaalde hulp), als in het belang van hun netwerk (geen al te grote zorgtaken), als in het belang van hulpverleners (betaald werk). Je zou kunnen spreken van een morele win-win-winsituatie. In een participatiesamenleving betalen we minder belasting. In plaats daarvan zorgen kwetsbare oudere burgers voor zichzelf: ze kopen een plaats in een serviceflat als ze

zich dat kunnen veroorloven. Of ze moeten een beroep doen op hun netwerk: familie en vrienden. In het eerste geval kunnen ze (als ze redelijk bij kas zijn, maar ook weer niet echt rijk) terecht het gevoel hebben dat zij de erfenis van hun kinderen opmaken. In het tweede geval doen ze een grote aanslag op de tijd en de energie van hun sociale netwerk.

*Is het een moreel probleem als kiezen voor levensbeëindiging onder 70-plussers een vanzelfsprekendheid zou worden?*

De eerste morele vraag die we in Nederland veel te weinig hebben gesteld luidt: *is de omslag van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving überhaupt moreel wenselijk?*

Ik denk het niet, maar ik ben bang dat de politiek er niet op terugkomt. Die omslag zal toch verder doorzetten. Dat betekent dat de vraag van Desirée uit scenario 1 op tafel komt te liggen. Er zijn natuurlijk kwetsbare ouderen en andere kwetsbare burgers die het fijn vinden om te worden verzorgd door hun dierbaren. Voor velen van ons zal dat gelden als we kortdurend zorg nodig hebben (drie weken, drie maanden), of als we terminaal ziek zijn en op afzienbare termijn komen te overlijden.

Er zijn vast ook oudere burgers die zorg door hun netwerk nog steeds prettig vinden als zij langdurig zorgafhankelijk zijn. Zij voelen dat dit de band met hun familie verdiept, of ze beschouwen het als een vorm van wederkerigheid, omdat zij voor hun kinderen hebben gezorgd toen die nog klein waren.

Maar dat geldt niet voor iedereen. Er zijn ongetwijfeld ook mensen zoals Desirée. Zij hadden best oud willen worden in de verzorgingsstaat, maar niet in de participatiesamenleving. Ze vinden het heel jammer voor hun kinderen als ze al hun spaargeld moeten opmaken aan zorg- en servicekosten voor zichzelf. En ze vinden het verschrikkelijk om hun familie tot last te moeten zijn. Wat zij feitelijk willen is *hulp bij zelfdoding om altruïstische redenen. Is dat moreel toelaatbaar?* Ethici zullen bij deze kwestie mogelijk denken aan het bekende artikel van John Hardwig (1997): 'Is There a Duty to Die?', waarin hij de vraag opwerpt of oudere mensen die hun familie en hun sociale omgeving tot last worden, moreel verplicht zijn af te zien van dure, levensverlengende medische behandelingen. Maar zover gaat de vraag van Desirée niet. Zij vindt niet dat alle ouderen in haar situatie een 'duty to die' hebben. Ze ervaart alleen haar eigen keuze voor de dood als gehoor geven aan een gevoelde morele verplichting. Moet het recht daar ruimte voor gaan bieden? En zo nee: is het wel toelaatbaar als Desirée haar verzoek herformuleert als een egoïstische keuze, bijvoorbeeld als een keuze die samenhangt met haar excessieve angst voor afhankelijkheid? En waarom is dat dan acceptabeler?

De derde vraag is die van Anna. Die gaat over het imitatie-effect. 'Normale euthanasie' (bij kanker of andere

dodelijke aandoeningen, zoals ALS) is door de jaren heen steeds gewoner geworden (Onwuteaka-Philipsen et al., 2017). Als mensen zien dat anderen hun leed en hun leven bekorten op deze manier, dan brengt hen dat wellicht ook op een idee. Van suïcide is al langer bekend dat het aanstekelijk werkt (denk maar aan het Werther effect; vgl. ook Commissie Schnabel, p. 136). Psychiater Victor Lamme wees in een indringende aflevering van *De Wereld Draait Door* op een nieuwe variant van dit verschijnsel. Ouderen krijgen van veel kanten te horen dat de verzorgingsstaat vanwege de vergrijzing te duur is geworden. Vandaar dat zij nu hun eigen kinderen of andere familieleden en vrienden om hulp moeten vragen. Dat is confronterend en belastend, maar – zo krijgen diezelfde ouderen te horen – het hoeft niet zover te komen. Tal van weldenkende mensen laten het niet zover komen (Lamme dacht hierbij aan de reeks Bekende Nederlanders die betrokken waren bij het burgerinitiatief Uit vrije wil). Zij besluiten tijdig dat hun leven voltooid is. Is dat geen goed idee? Het is geen wonder dat Anna uit scenario 1 aan het denken wordt gezet over haar eigen leven, nu haar vriendin naar de levenseindekliniek wil stappen. De derde urgente vraag voor ethici luidt dan ook: *is het een moreel probleem als kiezen voor levensbeëindiging onder 70-plussers een vanzelfsprekendheid zou worden?*

Als we aannemen dat het nieuwe Nederlandse kabinet de voltooid-levenproblematiek voorlopig in de ijskast zet is er vier jaar de tijd om antwoord te geven op deze vragen. Aan de slag dus, burgers en filosofen.

## Literatuur

Bosshard G. Switzerland. In: Griffiths J, Weyers JH & Adams M. Euthanasia and Law in Europe. Oxford & Portland Oregon: Hart Publishing, 2008, 463-481.

Commissie Voltooid leven/commissie Schnabel. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. Den Haag, 2016.

De Wereld Draait Door, 16-2-2016.

Griffiths J, Weyers H & Adams M. Euthanasia and Law in Europe. Oxford & Portland Oregon: Hart Publishing, 2008.

Hardwig J. Is There a Duty to Die? The Hastings Center Report 1997; 27(2): 34-42.

Hartogh G A den. Medisch-ethisch uitruilen doe je zo. NRC Handelsblad, 14-8-2017, p. 18.

KNMG. Overwegingen artsenfederatie KNMG bij 'Kabinetsreactie en visie Voltooid Leven'. 2017.

KNMG. De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. 2011. [http://www.anesthesiologie.nl/uploads/openbaar/RL\\_KNMG-standpunt-De-rol-van-de-arts-bij-het-zelfgekozen-levenseinde-30-08-2011.pdf](http://www.anesthesiologie.nl/uploads/openbaar/RL_KNMG-standpunt-De-rol-van-de-arts-bij-het-zelfgekozen-levenseinde-30-08-2011.pdf)

Onwuteaka-Philipsen B et al. Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Den Haag: ZonMW, 2017.

Tol D van, Vathorst S van de en Keizer B. Euthanasie voor beginners. Tien suggesties voor een succesvolle stervenswens. Medisch Contact 2008; 63(4), pp. 140-142.

Trappenburg M. Darwin in de medische ethiek. In: Adams M, Griffiths J en Hartogh GA den (red.). Euthanasie. Nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie. Kampen: Kok 2003, pp. 237-254.

Udink B. Blij dat ik leef. Trouw, 29-9-2001.

Wijngaarden E. van. Ready to give up on life. A study into the lived experience of older people who consider their lives to be completed and no longer worth living. Proefschrift. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek, 2016.

Zwagerman J. Als je dood wilt, hoef je nog lang niet dood. De Volkskrant, 27-5-2008.

Zwagerman J. Zelfmoord op bestelling. NRC Handelsblad, 5-10-2002.

## Samenvatting

Een van de issues tijdens de verkiezingscampagne van 2017 in Nederland was de 'voltooid-levendiscussie', die handelt over het recht van oude mensen om hun leven te beëindigen, ook als zij niet uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Voorstanders vinden dat dit recht voor mensen vanaf een bepaalde leeftijd (70, 75?) in een wet moet worden vastgelegd. In dit artikel wordt betoogd dat de vraag naar hulp bij zelfdoding op oudere leeftijd groter wordt naarmate de participatiesamenleving verder voortschrijdt en de verzorgingsstaat verdwijnt. Ouderen zullen gaan vragen om hulp bij zelfdoding om altruïstische redenen.

Trefwoorden: *Hulp bij zelfdoding om altruïstische redenen, voltooid leven.*

## Summary

Should elderly people have a right to assisted suicide when they do not suffer unbearably? The Dutch right to die movement thinks that they should, thereby usually referring to very old people who have had enough of life. In this article it is argued that a new law would open up new demands. The ongoing welfare state retrenchment obliges the elderly to rely on their social network for help or to finance their care themselves. In both cases they burden their nearest and dearest either directly, or by depriving them of their inheritance. Thus, we have to consider assisted suicide for altruistic reasons.