

# UIT HET WETBOEK VAN STRAFRECHT

---

*Euthanasie is normale medische handeling*

Artsen in Nederland gaan zorgvuldig om met medische beslissingen rond het levenseinde. Hoog tijd daarom om euthanasie uit het Wetboek van Strafrecht te verwijderen en medische beslissingen rond het levenseinde te kwalificeren als normaal medisch handelen.

DE FOTO IS HELAAS  
NIET BESCHIKBAAR  
VOOR INTERNET

PETER HEINTZ

Medische beslissingen spelen in ruim de helft van de sterfgevallen een rol.<sup>1</sup> In slechts 1,7 tot 2,6 procent van de gevallen gaat het om euthanasie. Bij een kwart van de sterfgevallen wordt het sterven mogelijk versneld als neveneffect van de palliatieve medicatie.<sup>1-7</sup> Buiten het gezichtsveld van medici plegen 4400 patiënten per jaar auto-euthanasie, hetgeen het aantal mensen dat medicamenteus zijn leven beëindigt, bijna verdrievoudigt.<sup>8</sup>

In Nederland wordt euthanasie slechts na zorgvuldige overwegingen toegepast. De praktijk wordt gecontroleerd via nauwkeurig omschreven toetsingsprocedures. Euthanasie is niet strafbaar als wordt voldaan aan criteria die in het Wetboek van Strafrecht staan beschre-

ven. Met het aantreden van het nieuwe kabinet wordt echter opnieuw gesuggereerd dat er moet worden gezocht naar alternatieven, alsof er iets mis zou zijn met euthanasie. De enige reden om de huidige euthanasiepraktijk te wijzigen is een kwalitatief onvoldoende uitvoering zowel gezien vanuit de patiënt, de nabestaanden als vanuit de hulpverleners. Zij zijn allen zeer gebaat bij een zorgvuldig en goed uitgevoerde euthanasie.

Of patiënten tevreden zijn met de euthanasiepraktijk is slechts af te leiden uit gesprekken die aan de euthanasie voorafgaan of uit gesprekken met nabestaanden. Het beeld dat uit verscheidene studies naar voren komt, is dat van een serieus verlangen om te mogen sterven. Daarbij spelen vooral het sub-

jectieve gevoel van verlies van menselijke waardigheid en de zinloosheid en uitzichtloosheid van het lijden een grote rol. Zowel patiënten met een godsdienstige levensovertuiging als patiënten zonder deze overtuiging uiten deze diepgevoelde wens.<sup>8,9</sup> Daarnaast zijn er patiënten die wensen te mogen sterven, maar bij wie de persoonlijke overtuiging actieve levensbeëindiging niet toestaat.

#### CHEMISCH COMA

In het verre verleden was terminale sedatie, ofwel 'het in slaap brengen', de enige methode om aan de sterfenswens van patiënten tegemoet te komen. De patiënt raakt in dat geval in een chemisch coma en hij overlijdt na uren of dagen. Als dit coma lang duurt (in meer dan de helft

van de gevallen duurt dit langer dan 24 uur en bij 2 procent langer dan één week), kunnen er allerlei ongewenste situaties optreden zoals decubitus en rochelen, al dan niet als gevolg van een bronchopneumonie. Dit is onaangenaam en belastend voor nabestaanden. Euthanasie deed pas later haar intrede. Daarbij treedt binnen een aantal minuten de dood in nadat de patiënt een dodelijk middel is toegediend.

Het is mijn ervaring dat patiënten die goed zijn voorgelicht meestal niet langdurig in een chemisch coma willen worden gehouden nadat zij het bewustzijn verliezen. Zij vinden dat net zo goed mensonwaardig. Veel patiënten realiseren zich niet dat het sterven na sedatie nog wel even kan uitblijven. Met palliatieve of terminale sedatie is er niets nieuws onder de zon. Euthanasie en palliatieve sedatie bieden patiënten een mogelijkheid de keuze te maken die bij hen past.

#### ROUWPROCES

Uit recent Utrechts onderzoek is gebleken dat nabestaanden van kankerpatiënten die met behulp van een met zorg uitgevoerde euthanasie waren gestorven, een normaal rouwproces doormaken.<sup>9</sup>

<sup>11</sup> Gestoorde rouw kwam in deze groep minder vaak voor dan in een vergelijkbare groep nabestaanden van kankerpatiënten die een natuurlijke dood waren gestorven. Bovendien bleek dat 80 procent van de familieleden die voor het sterven bedenkingen had tegen euthanasie, die mening na afloop in positieve zin had gewijzigd. Tevredenheid over het afscheid van de geliefde was de belangrijkste discriminerende factor tussen de twee groepen. Deze

bevinding onderstreept hoe belangrijk een goed stervensproces is voor familie en vrienden. Goede zorg voor de stervende is tevens preventieve zorg voor de nabestaanden.

Deze onderzoeken zijn de enige die ooit over nabestaanden na euthanasie zijn gepubliceerd. Op basis daarvan

bestaanden en de hulpverleners een hel moeten zijn geweest.

Of dit vaak voorkomt, is onbekend. Evaluatierapporten tonen niet wat zich in de slaapkamer heeft afgespeeld. Zij worden geschreven achter het bureau door mensen die het zelf nooit hebben meegemaakt. Het is echter goed voorstelbaar

## Getallen, onkunde, weigeringen tegen advies van SCEN-artsen in, wisselende toezeggingen et cetera

hoeft de procedure niet te worden veranderd. Maar gaat het altijd wel zo goed? In zijn boek *Euthanasie, de praktijk anders bekeken* beschrijft Hans van Dam de ervaringen van naasten van overledenen die om euthanasie hadden gevraagd.<sup>12</sup> Een aantal vertelt over gevallen waarin de euthanasie wel was gevraagd, maar niet werd verleend. De verhalen geven een beeld van onverkwikkelijke situaties, van getalm, onkunde, weigeringen tegen advies van SCEN-artsen in, wisselende toezeggingen et cetera en van de ergernis en het verdriet dat dit bij de naasten veroorzaakt.

Persoonlijke reacties van nabestaanden (zie *brieffragment*) bevestigen de indruk dat euthanasie niet alle dokters evengoed afgaat.<sup>13</sup> Recentelijk vertelden nabestaanden van twee patiënten bijna identieke verhalen: een zenuwachtige jonge arts die niet goed wist wat hij moest doen en waarbij de patiënt na het in slaap maken weer wakker werd. Allemaal voorbeelden van stervensprocessen die voor de patiënt, de na-

dat artsen na een dergelijke ervaring liever afzien van euthanasie en kiezen voor terminale sedatie.

#### GEEN SINECURE

Uit het bovenstaande blijkt hoe belangrijk de arts is voor een kwalitatief goed uitgevoerde euthanasie. Iedere arts die ervaring heeft met euthanasie, weet dat de uitvoering geen sinecure is en veel vraagt van de hulpverlener. Het merendeel van de bijna 3000 euthanasiegevallen vindt thuis plaats. Dat betekent dat iedere huisarts er hooguit één keer per twee tot drie jaar mee wordt geconfronteerd - niet bepaald een aantal waarmee je veel ervaring opbouwt. Alleen al uit het oogpunt van geestelijke gezondheidszorg zou het daarom goed zijn om de uitvoeringspraktijk en de invloed daarvan op de arts te onderzoeken.

De hierboven beschreven reacties van nabestaanden doen vermoeden dat aan de scholing in de uitvoering van euthanasie wat valt te verbeteren. Het zou goed zijn als ervaren collega's >>

Fragment uit een brief van ouders die aanwezig waren bij het sterven van hun 39-jarige dochter.

Toen kwam het merline pompje, veertien uur later is zij overleden.  
Het was afschuwelijk, ze kreunde, gilde, riep, schreeuwde en precies zo  
als u het beschreef. Het was mens onwaardig.  
Daar sta je dan als ouders, we zijn in de veertig en hebben  
al veel mensen zien sterven, maar zo nog nooit.  
We besefte heel goed dat ze aan die gemene ziekte zou overlijden,  
maar niet op deze manier.

<< (zoals de SCEN-artsen) aanwezig zouden zijn bij de uitvoering van euthanasie door een onervaren collega's om zo taferelen zoals hierboven beschreven, te voorkomen. Investeren in kwaliteit is zinvol en voorkomt dat collega's zich op grond van slechte ervaringen afkeren van euthanasie en hun patiënten zo deze vorm van humaan sterven onthouden.

#### GEEN HELLEND VLAK

Achtereenvolgende rapporten over de beslissingen die rond het levenseinde worden genomen, tonen aan dat de euthanasiepraktijk volgens de regelgeving zorgvuldig is.<sup>1</sup> Het doemdenken over 'het hellend vlak' is niet uitgekomen. Wel blijkt dat medische beslissingen bij ruim de helft van de stervende patiënten het levenseinde beïnvloeden. Dit weerspiegelt de veranderde opvatting over de taak van de arts aan het einde van het leven.

Helaas stelde de voorzitter van de landelijke meldingscommissies euthanasie onlangs dat het de taak is van de arts om te genezen en niet om te doden. Dit achterhaalde standpunt is allang vervangen door het standpunt dat het de taak is van de arts om te genezen waar dat mogelijk is en daar waar dat niet kan de kwaliteit van het leven zo waardig en hoog mogelijk te houden. Het stervensproces is het allerlaatste stukje van het leven en medische beslissingen rond het levenseinde, inclusief euthanasie, beho-

### SAMENVATTING

- Euthanasie en palliatieve sedatie zijn verschillende vormen van medisch handelen rond het levenseinde. Patiënten moeten weten voor welke vorm zij kiezen.
- Palliatieve sedatie neemt toe, terwijl euthanasie minder vaak wordt toegepast. Mogelijk duidt dit op een vluchtroute van artsen om euthanasie niet te hoeven toepassen.
- Uitvoering van euthanasie is geen sinecure. Artsen die er geen of weinig ervaring mee hebben, zouden beter moeten worden ondersteund door ervaren collega's.
- Omdat artsen in Nederland zorgvuldig omgaan met medische beslissingen rondom het levenseinde, is het tijd om euthanasie uit het Wetboek van Strafrecht te verwijderen en alle medische beslissingen rond het levenseinde te kwalificeren als normaal medisch handelen.

ren in die fase tot het normale medische handelen.

Als zodanig zijn de evaluaties van de euthanasiepraktijk in Nederland een sterk argument om euthanasie uit het Wetboek van Strafrecht te verwijderen. Normaal medisch handelen hoort via de tuchtwet te worden getoetst en niet via het strafrecht. Als de arts over de schreef gaat, moet de rechter bepalen of strafvervolgning is geïndiceerd. ■

prof. dr. A.P.M. Heintz,  
emeritus gynaecoloog-oncoloog, UMC Utrecht


Correspondentieadres: peterheintz@xs4all.nl;  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).

## VELDWERK

### Eigenwijs



Evidence-based medicine is mijn grote houvast. Bij elke moeilijke casus, presentatie of discussie val ik terug op mijn vertrouwde computer en vul ik de hiaten in mijn kennis aan.

Zo ook na mijn gesprek met de heer J. Hij is een eigenwijze man van 73 jaar met een 'advanced' stadium van niet-kleincellig longcarcinoom. Mijn supervisor voert het gesprek. Bij het horen van de slechte prognose, zakt hij verslagen ineen. 'Nou, dat was het dan', verzucht hij. Het gesprek gaat verder met zijn vrouw en kinderen. Zij willen weten hoe lang het nog zal duren.

's Avonds leer ik uit meta-analyses dat de mediane overleving rond de zes maanden ligt. In de weken erna spreek ik vaak en veel met de heer J. over hoe hij zijn laatste tijd wil doorbrengen. Zorg thuis ziet hij niet zitten; zijn vrouw is immers ook op leeftijd. Ik bespreek de mogelijkheid van een hospice met hem en zijn vrouw. Hij wil er niets van weten. Een moeilijk dilemma: ik wil de heer J. natuurlijk niet op straat zetten, maar wachten op het einde in een ziekenhuis is ongewenst. Terloops vraagt hij of ik het weekend dienst heb. Ik antwoord bevestigend. Ik moet zondag werken.

Nog voor ik hem die dag spreek, word ik uit mijn visite gebeld. De heer J. is overleden. Hij had zaterdag afscheid genomen van de verpleging en van zijn vrouw. Ik mag hem schouwen. Daar sta ik dan. De evidence-based medicine glipt uit mijn handen: ik had nog een mediaan van zes maanden in gedachten. Maar hij zag het niet zitten. Lekker eigenwijs. ■

Annemarie Bosch

de arts-assistent

DE FOTO IS HELAAS  
NIET BESCHIKBAAR  
VOOR INTERNET

Meer MC-artikelen over palliatieve sedatie en euthanasie vindt u via [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).

