

Govert den Hartogh

emeritus hoogleraar ethiek,
Universiteit van Amsterdam, lid
Regionale Toetsingscommissie
Euthanasie 1998-2010

HET PROBLEEM ZIT NIET IN DE 'MEDISCHE GRONDSLAG'

Stervenshulp holt zorgvuldigheidseisen uit

Het voornemen van het kabinet om stervenshulp te bieden aan mensen die hun leven voltooid achten, roept veel vragen op, vindt emeritus hoogleraar ethiek Govert den Hartogh. Een nieuwe, op het zelfbeschikkingsrecht gebaseerde regeling moet de euthanasiewet niet ondermijnen.

Moeten oude mensen die hun leven willen beëindigen omdat zij geen toekomstperspectief meer zien, daarbij hulp kunnen krijgen, ook al lijden ze niet aan een dodelijke ziekte? Op grond van het Brongersma-arrest uit 2002 heerste lange tijd het idee dat de euthanasiewet daar geen ruimte voor bood, omdat zulke mensen niet zouden lijden aan een 'ernstige aandoening'. Inmiddels is het inzicht doorgebroken dat het arrest alleen eist dat het ondraaglijk lijden een medische grondslag heeft. Bij oude mensen kan daarvan sprake zijn als hun lijden in overwegende mate berust op een stapeling van ouderdomsklachten: vermindering van gezichtsvermogen, gehoor, mobiliteit, geheugen en concentratievermogen. In hun reactie op het rapport van de commissie-Schnabel kondigen de ministers Schippers en Van der Steur aan naast de euthanasiewet toch een tweede wettelijk kader te willen scheppen dat speciaal bedoeld is voor oude mensen die hun leven voltooid achten zonder dat hun lijden een medische grondslag heeft. Zij zullen dodelijke middelen kunnen krijgen door bemiddeling van stervens-

hulpverleners: een nieuwe beroepsgroep voor wie ook een aparte opleiding wordt opgezet, als medische kopstudie. Een nieuwe route naar de dood dus voor gezonde ouderen met een doodswens, zoals alle kranten schreven.

Ouderdomskwalen

Het plan is verrassend omdat Schnabel en de zijnen grote twijfels hadden over de vraag of het meer dan sporadisch voorkomt dat oude mensen een duurzame doodswens hebben die uiteindelijk niet uit ouderdomskwalen voortkomt. Als je een winkeltje in garen en band wilt openen, moet je aan de bank al een degelijk marktonderzoek kunnen voorleggen. Maar de ministers gaan blijkbaar een nieuwe beroepsgroep in het leven roepen, zelfs met een eigen opleiding, zonder enig nader onderzoek naar de behoefte aan de diensten van deze professionals. Als je de Kamerbrief van 12 oktober echter goed leest, ga je toch twijfelen aan die 'gezonde ouderen'. Het gaat, zo lezen we, 'veelal om ouderen, die (...) moeite hebben met verlies van hun onafhankelijkheid, met verminderde mobiliteit, die een gevoel van eenzaamheid hebben mede

door verlies van dierbaren, en die last hebben van algehele vermoeidheid, aftakeling en verlies van persoonlijke waardigheid'. Je onafhankelijkheid verlies je als je slecht kunt zien en lopen en weinig energie meer hebt. Je persoonlijke waardigheid verlies je als je door incontinentie, geheugenverlies of verlammingverschijnselen je schaamt om je aan vreemden te laten zien. Alle genoemde kenmerken lijken dus met veroudering te maken te hebben, en het zijn ook stuk voor stuk goede redenen voor medische bemoeienis. Ze komen dan ook regelmatig voor in de beschrijvingen van het 'ondraaglijk lijden' die artsen geven als ze een euthanasie melden, niet alleen in de categorie 'voltooid leven'. Geen toetsingscommissie zegt dan: 'Hoho, dat valt buiten het medisch domein.' Eenzaamheid lijkt op het eerste gezicht een uitzondering op deze regel. Maar als je 30 bent en dierbaren verliest, ben je in het algemeen in staat om na verloop van tijd nieuwe relaties op te bouwen. Als dat

Er komt een nieuwe beroepsgroep, zonder onderzoek naar de behoefte eraan



GETTY IMAGES

Iedere oudere die volgens zijn dokter niet ondraaglijk lijdt of nog een alternatief heeft zal het graag ook eens bij de stervenshulpverlener proberen.

op je goste niet meer lukt, heeft ook dat met de gevolgen van veroudering te maken. Al met al lijkt het erop dat de ministers een onnodig enge uitleg geven aan het begrip 'medische grondslag'. Ergens in de brief gebruiken ze zelfs die oude term 'ernstige aandoeningen' nog.

Verlieservaringen

Zou het hele probleem van tafel kunnen verdwijnen door de ministers even bij te praten over het begrip 'medische grondslag'? Dat ook weer niet. De indruk

bestaat dat artsen nog steeds terughoudender zijn bij een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding van een oudere met ouderdomskwalen dan van een patiënt die op afzienbare tijd zal overlijden aan kanker of een neurologische aandoening. Hoe zou dat komen? Commissievoorzitter Schnabel denkt dat ook die artsen nog even moeten wennen aan de grotere ruimte die de euthanasiewet hen blijkt te geven.

Ik betwijfel het. Artsen vinden het altijd moeilijk om mensen dood te maken,

maar in zulke gevallen extra moeilijk. Ze hebben er doorgaans wel begrip voor dat ouderen er grote moeite mee hebben om steeds maar weer verlieservaringen te moeten verwerken, maar zien er tegenop om het leven van deze mensen te beëindigen terwijl dat verwerkingsproces misschien nog niet afgerond is, en ook de externe omstandigheden nog kunnen veranderen.

Artsen gaan dan op zoek naar mogelijkheden om hun innerlijke weerstand te verantwoorden in termen van het

De ministers geven een onnodig enge uitleg aan het begrip ‘medische grondslag’

bestaande juridische kader. Daarom was de vroegere uitleg van het Brongersma-arrest zo welkom, en bleef die zo lang in stand. Nu die mogelijkheid wegvalt, ligt het voor hen voor de hand om zich te beroepen op die meest verwaarloosde zorgvuldigheidseis uit de euthanasiewet: dat arts en patiënt gezamenlijk tot de overtuiging moeten komen dat er geen redelijk alternatief is. Als Schnabel en de ministers zo eenstemmig juichen dat de euthanasiewet zo goed functioneert, zouden ze het moeten waarderen dat artsen ook die eis serieus blijven nemen.

Persoonlijke autonomie

Er is dus wel degelijk een probleem, al komt het niet voort uit de eis van een ‘medische grondslag’ maar uit de eigen verantwoordelijkheid die een arts heeft om te beoordelen of hij er goed aan doet om een patiënt te helpen om zijn leven te beëindigen. Eigenlijk erkennen de ministers dat ook. Als reden waarom een aparte wettelijke regeling nodig zou zijn, voeren zij immers aan dat de euthanasiewet aan artsen een taak toekent die in het verlengde ligt van hun zorgplicht voor mensen die door ziekte of aandoening ernstig lijden. Het uitgangspunt is dan barmhartigheid.

Bij de nieuwe regeling zou het uitgangspunt daarentegen respect voor de persoonlijke autonomie worden. De ministers wijzen daarbij op de uitspraak van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens in de zaak-Haas (2011). Het EHRM erkent daarin dat het recht op zelfbeschikking ook het recht inhoudt om zelf

het tijdstip en de wijze waarop men wil sterven te bepalen. In principe houdt dat ook een recht op toegang tot dodelijke middelen in, al kan de wetgever dat recht op alle mogelijke manieren inperken om te voorkomen dat die middelen onder druk of in een opwelling gebruikt worden. De ministers willen nu die toegang openen voor wilsbekwame ouderen met een duurzame doodswens. De rol van de stervenshulpverleners is dan om te zorgen dat die toegang tot hen beperkt blijft. Stervenshulp lijkt me daarvoor overigens niet het juiste begrip.

Uit Vrije Wil

De ministers volgen hier het spoor van het burgerinitiatief ‘Uit Vrije Wil’ uit 2010. Zoals bij het uitgangspunt van respect voor autonomie past, moesten de stervenshulpverleners van ‘Uit Vrije Wil’ wel nagaan of het verzoek van de betrokkene vrijwillig, weloverwogen en duurzaam was, maar niet of er sprake was van ondraaglijk lijden of van de beschikbaarheid van alternatieve uitwegen uit dat lijden. Het opmerkelijke is nu dat de ministers deze eisen wel willen stellen, waarmee het toetsingskader een exacte kopie wordt van het kader van de euthanasiewet. Het gesuggereerde verschil in uitgangspunt lijkt dus geen enkele praktische betekenis te hebben. Het voorstel van ‘Uit Vrije Wil’ is in de Kamer voornamelijk gesneuveld omdat het de euthanasiewet zou uithollen. Je kunt niet twee onafhankelijke procedures voor hulp bij levensbeëindiging naast elkaar zetten, waarbij kankerpatiënten aan zwaardere eisen moeten voldoen dan mensen die ‘eigenlijk niets hebben’. Door de eisen gelijk te trekken lijken de ministers dit probleem op te lossen. Maar het enkele bestaan van twee onafhankelijke procedures zal tot een verschil in beoordelingscultuur leiden, zeker als de ene procedure onder de vlag van de autonomie vaart en een aparte beroepsgroep aan het werk moet houden. Iedere oudere die volgens zijn dokter niet ondraaglijk lijdt of nog een alternatief heeft zal het dan graag ook eens bij de stervenshulpverlener proberen. Hoe zouden we hem kun-

nen tegenhouden? Zeker niet met het argument dat zijn lijden een medische grondslag heeft. Dat is toch geen reden om zijn zelfbeschikkingsrecht opzij te zetten?

Uitholling

Er is een sluipend proces gaande van uitholling van de zorgvuldigheidseisen. De patiënt lijdt ondraaglijk als hij zegt dat hij ondraaglijk lijdt, en een alternatief is geen redelijk alternatief als de patiënt het afwijst. In feite voegen die eisen dan niets meer toe aan de eis van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De uitspraken van Schnabel zijn voorbeelden van dit uithollingsproces, en als die eisen ook worden opgenomen in het wettelijk kader voor stervenshulp zal dat het proces versnellen. Als de stervenshulpverleners de zorgvuldigheidseisen even serieus zouden blijven nemen als dokters, zouden zij immers het probleem niet oplossen waarvoor zij in het leven zijn geroepen.

Ik verwerp daarmee het idee van een tweede, op het zelfbeschikkingsrecht gebaseerd wettelijk kader niet. Maar het gelijkschakelen van de zorgvuldigheidseisen is helemaal niet nodig om te voorkomen dat dit tweede kader het eerste leegzuigt. Dat kan ook door het instellen van een substantiële wachttijd, twee of drie maanden bijvoorbeeld, tussen het moment waarop iemand toegang tot dodelijke middelen vraagt en het moment waarop hij die toegang krijgt. Dat is ook essentieel om vast te stellen dat het om een duurzame doodswens gaat. Aan dit voorstel zitten nog allerlei haken en ogen, maar die zijn de moeite van een verdere verkenning waard. ■

contact

g.a.denhartogh@uva.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

Meer informatie over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.