

Laura De Vito

jurist van de Nederlandse
Vereniging voor een Vrijwillig
Levens einde (NVVE)

EUTHANASIEWET ALTIJD AL BEDOELD VOOR GROEPEN DIE NU EUTHANASIE KRIJGEN

Mogelijkheden euthanasiewet zijn niet verruimd



FRANK MULLER / HOLLANDE HOOGTE

Er lijkt een beeld te ontstaan dat de grenzen van de euthanasiewet langzaam worden opgerekt. De voorbeelden die dat beeld onderbouwen, vielen echter altijd al binnen de grenzen van de wet, laat jurist Laura De Vito zien.

MC-columnist Bert Keizer schreef: ‘In mijn presentatie somde ik even snel op wat ons is overkomen op het gebied van euthanasiekandidaten: eerst de terminaal zieken, toen de chronisch zieken, toen psychiatrische patiënten, toen beginnend dementerenden, toen gevorderd dementerenden, toen stapeling ouderdomsklachten, toen voltooid leven en als krankzinnige uitloper de constatering van de Coöperatie Laatste Wil dat eigenlijk iedereen boven de 18 gewoon dood mag.’ (MC 20/2018: 13). Het klopt dat steeds meer mensen uit de genoemde groepen euthanasie krijgen, maar de ruimte voor deze groepen is er al vanaf het begin geweest.

Vijf criteria

De bekende Postma-rechtszaak uit 1973 wordt veelal gezien als de basis voor de huidige euthanasiewet. In deze zaak werden vijf criteria genoemd die nu in de wet staan als zorgvuldigheidseisen. Een van deze vijf criteria kwam echter niet in de wet en is ook toen niet door de rechter overgenomen. Dit betrof het vereiste van de zogeheten stervensfase.¹ Dit criterium is niet overgenomen omdat veel mensen die ondraaglijk lijden, nog jaren kunnen blijven leven. De rechter vond het onjuist als deze groep om die reden (die het lijden juist erger maakt) de mogelijkheid onthouden zou worden om hun leed te beëindigen door middel van euthanasie. Tien jaar later (in de Chabot-zaak) oordeelde de rechter hetzelfde. De vraag was of hulp bij zelfdoding gerechtvaardigd kon zijn nu de overleden persoon niet in een stervensfase verkeerde. De rechter

oordeelde van wel: het aanbreken van de stervensfase aanhouden als criterium zou te beperkend zijn.² Bij de totstandkoming van de wet is deze lijn aangehouden, blijkt uit de Kamerstukken: ‘Het bovenstaande betekent dat het uitgangspunt voor het vervolgingsbeleid niet langer – mede – kan zijn dat er sprake moet zijn geweest van een stervensfase. Het standpunt van het vorige kabinet dat een arts voor levensbehoud moet kiezen in een niet-terminale fase van een ziekteproces, waarin niet op korte termijn verbetering te verwachten is, kan in het licht van het arrest van de Hoge Raad niet gehandhaafd blijven.’³

Het klopt dat steeds meer mensen euthanasie krijgen

Psychisch lijden

Voor psychisch lijden is de genoemde Chabot-zaak uit 1994 van belang. Het gerechtshof en later ook de Hoge Raad kwamen tot de conclusie dat hulp bij zelfdoding niet bij voorbaat uitgesloten was voor mensen die lijden zonder somatische oorzaak (want dat de oorzaak van het lijden moet worden geabstraheerd van het lijden zelf).⁴ De wetgever heeft deze visie overgenomen: ‘Cruciaal is de overweging

van de Hoge Raad [in de zaak Chabot] dat een beroep op noodtoestand niet zonder meer is uitgesloten op de enkele grond dat het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van een patiënt niet een somatische oorzaak heeft (...). De conclusie van deze overwegingen moet zijn dat de Hoge Raad de mogelijkheid openlaat dat een arts een beroep doet op noodtoestand (en dus niet strafbaar is) indien een patiënt (lichamelijk en/of psychisch) ondraaglijk en uitzichtloos lijdt en op grond daarvan indringend en herhaaldelijk om de toepassing van euthanasie vraagt.’⁵ Hoewel de oorzaak van het lijden niet relevant is voor het bestaan ervan, wees het Brongersma-arrest uit dat de oorzaak van het lijden wel een medische dimensie moet hebben; anders zou het te ver komen afstaan van de artspraktijk.⁶ Daarom komen zaken waarin het lijden psychisch van aard is, alleen in aanmerking voor euthanasie als medisch is vastgesteld dat het gaat om psychiatrische aandoeningen.

Dementie

Beginnende én gevorderde dementie zijn uitgebreid aan de orde gekomen in de discussies over de wet voorafgaand aan en tijdens de totstandkoming ervan. Over beginnende dementie werd uiteindelijk geoordeeld dat euthanasie mogelijk kon zijn op basis van lijden aan het besef van en angst voor verdergaande ontluistering. Hiervoor is onder andere het Schoonheim-arrest van belang geweest, aangezien daarin het begrip ‘verdergaande ontluistering van de persoon en het vooruitzicht om niet meer op waardige wijze te kunnen sterven’ is geïntroduceerd.⁷ In 2000 zei toenmalig minister Borst het volgende over beginnende dementie: ‘Veel meer besproken is het lijden aan het vooruitzicht van dementie. Ik denk zeker dat dit mogelijk is. Er zijn verschillende getuigenissen van mensen die dat heel goed onder woorden hebben gebracht. Zij merken dat de ziekte van Alzheimer bij hen heeft toegeslagen, terwijl zij nog helder genoeg zijn om te begrijpen wat er gebeuren gaat, hoe zij langzaam zullen aftakelen en hoe hun persoonlijkheid, hun identiteit verloren

zal gaan. Zij lijden aan dat vooruitzicht. Dat lijden kan ondraaglijk en uitzichtloos zijn.⁸ Als het gaat om vergevorderde dementie achtte toenmalig minister van justitie Korthals ook in deze situatie euthanasie mogelijk: 'Als een wilsonbekwame patiënt, bijvoorbeeld een diepcomateuze of een diepdemente patiënt, een wilsverklaring heeft opgesteld, kan de arts het daarin neergelegde verzoek om levensbeëindiging inwilligen'.⁹ Het lijden is dan moeilijk vast te stellen maar kan er toch zijn en bestaan uit andere bijkomende verschijnselen. Minister Borst: 'Kom je verder in het ziektebeeld van dementie,

Voltooid leven is nooit een grondslag geweest

dan houdt het dement zijn op zichzelf niet automatisch ondraaglijk en uitzichtloos lijden in voor de volstrekt dementerende patiënt. Het kan echter vóórkomen dat een totaal demente patiënt wel lijdt. Dat kan te maken hebben met bijkomende andere aandoeningen.¹⁰ Wat deze andere aandoeningen kunnen zijn, is goed beschreven in twee handreikingen die de overheid in 2015 publiceerde.¹¹

Ouderdomsklachten

Stapeling van ouderdomsklachten is het enige concept dat er nog niet was toen de wet tot stand kwam. Deze formulering is gecreëerd in de jurisprudentie van de toetsingscommissies en in 2011 door de KNMG expliciet benoemd in haar standpunt over de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde.¹² Of dit een grote verschuiving is ten opzichte van de situatie daarvoor, valt te betwisten: voor de praktijk wel, maar theoretisch is het meer

PRAKTIJKPERIKEL

ALS EEN VEROORDEELDE CRIMINEEL

Het tuchtcollege, je hoopt en je neemt je wellicht zelfs voor, om daar nooit te hoeven zijn. Het overkwam mij en mijn collega pas. Van tevoren kan niemand je vertellen wat je kunt verwachten. Alle goedbedoelde adviezen en verhalen van collega's die wel iemand kennen die ook een zitting heeft gehad... niets komt overeen met wat je daar werkelijk ervaart.

Zes 'collega's' die 1,5 meter boven je uit toeren en je strak in pak het hemd van het lijf vragen. Naast je zit klager te gillen dat je liegt en dat je nooit meer dokter mag zijn. Ondanks alle steun van familie en vrienden achter je, voel je je alleen, een veroordeelde crimineel, maar bovenal een slechte dokter. Een blik van verstandhouding met je collega's anderhalve meter boven je zou zo helpen, ze weten toch ook hoe het gaat in de dagelijkse praktijk? Maar helaas, volledig in hun rol. Je hoopt dat er iets menselijks zit in deze strenge commissie die beslist over jouw toekomst als dokter en vraagt je af of iemand beseft wat voor impact een tuchtklacht heeft op de dokter. Moet dit nu echt zo? Wat is er mis met een setting aan een grote ronde tafel?

En dan de ironie dat een van je collega's tegenover je beoordeeld wordt met een 3 op Zorgkaart, vanwege zijn gebrek aan communicatie... Moet deze collega mij nu vertellen hoe ik met patiënten om moet gaan en dat het wellicht schort aan communicatie in de praktijk?

Heeft u ook een perikel?
Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

een verduidelijking dan een wijziging. Immers, het criterium uit 2001 is 'medische grondslag' of 'medische dimensie' en een stapeling van ouderdomsklachten is daar slechts een voorbeeld van.

Voltooid leven

'Voltooid leven' is nooit bedoeld en kan nu nog steeds niet fungeren als grondslag voor euthanasie. De term slaat op de subjectieve beleving van de aanvrager, wiens verzoek weliswaar kan worden gehonoreerd, maar alleen als er naast het 'voltooid leven'-gevoel van de betrokkene sprake is van een medische grondslag, bijvoorbeeld stapeling van ouderdomsklachten.

Conclusie

Euthanasie in situaties waarin een terminale ziekte ontbreekt, geen sprake is van somatisch maar van psychisch lijden en van dementie was al mogelijk in 2002 toen de euthanasiewet in werking trad.

Stapeling van ouderdomsklachten verduidelijkt het criterium dat er sprake moet zijn van een medische grondslag en voltooid leven op zich is nooit een grondslag geweest, ook nu niet. Het lijkt erop dat de mogelijkheden van de wet steeds meer benut worden. Of dit een goede of slechte zaak is, moet iedereen voor zichzelf bepalen, maar een oprekking van de wet is het in ieder geval niet. ■

contact

l.devito@nvve.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

De voetnoten en meer informatie over dit onderwerp vindt u op medischcontact.nl/artikelen.