

Euthanasiewet is aan een update toe

Stop met strafbaar stellen van levenseindehulp

Wim van Dijk
psycholoog



Psycholoog Wim van Dijk moet zich verantwoorden voor het verstrekken van het 'Middel X' aan ruim honderd mensen. Hij vindt dat hij volkomen in zijn recht staat en bepleit, mede op basis van een persoonlijke ervaring, aanpassing van de euthanasiewet.

M

ijn vrouw overleed op 21 maart 2019 smartelijk, ondanks haar euthanasieverklaring. Ik had de verpleeghuisarts gevraagd haar te euthanaseren, maar hij zei dan strafbaar te zijn. Ze kreeg vier etmalen palliatieve

sedatie – feitelijk was het versterven met pijn- en onrustmedicatie: een onmenselijk traject. Ze was al mager en mijn liefde werd een skelet. Ik heb daarom de kist gesloten gelaten.

Waarom blijft dit inhumane overlijden gebeuren, vroeg ik me af. Wat zijn daar de redenen van? Ik nam mij voor iets te ondernemen.

Vervolgens ontmoette ik wilsbekwame mensen die zochten naar het levenseindemiddel X. Bang voor een toekomst met dementie, parkinson of zorgafhankelijkheid in een verpleeg- of verzorgingshuis, en uit angst voor de weigering van euthanasie door de arts, wilden ze tegen hun sterventijd zelf de regie over hun levenseinde. Ik besloot te helpen opdat hun in de toekomst niet hetzelfde zou overkomen als mijn vrouw. Ik verkreeg het 'Middel X' dat ik op een zorgvuldige manier heb verstrekt.

Mijn leverancier werd gearresteerd. Mijn huis is doorzocht. Ik werd aangehouden, verhoord en vrijgelaten. Vlak daarna gaf ik een interview waarin ik mijn verstrekking erkende. Ik moet voor de rechter verschijnen – heb overigens op het moment van schrijven nog niets van het OM vernomen.

Aangepaste euthanasiewet

Voor alle duidelijkheid: ik ben tegen een volledig vrije verstrekking. Misbruik moet zo veel mogelijk worden voorkomen. Ik pleit voor een aangepaste euthanasiewet die artsen en andere hiertoe opgeleide mensen de ruimte geeft om euthanasie toe te passen als aan geobjectiveerde voorwaarden is voldaan. De euthanasiewet uit 2002 was destijds een belangrijke stap, maar door verschillende ontwikkelingen en veranderende opvattingen voldoet ze deels niet meer. Wat zijn die veranderingen?

In de eerste plaats is de sociale mindset de laatste decennia verschoven van de beschermwaardigheid van 'het' leven naar de *quality of life*. Het individuele leven is evalueerbaar, en dat kan

leiden tot een doodswens. De roep om zelfbeschikking zwelt aan en steeds meer mensen willen een waardig levenseinde in eigen regie.

Een andere ontwikkeling is de toename van het aantal patiënten met een mogelijke euthanasiewens. In 2040 zullen dat er minimaal 1,3 miljoen zijn: alzheimer 500 duizend; parkinson 91 duizend, hart-/vaatziekten: 670 duizend, plus mogelijk andere aandoeningen die patiënten zelf uitzichtloos vinden of waarvan ze de komende lijdensweg niet willen ondergaan.¹⁻³

Daardoor zal de vraag om levenseindhulp geleidelijk, maar aanzienlijk stijgen. Zonder anticiperend ingrijpen zal het netwerk van de verstrekkers zich uitbreiden, waarschijnlijk toenemend crimineel.

Doodsfobie

Een derde ontwikkeling is de, zeker al vanaf 1900, toegenomen doodsfobie. Veel mensen geloven namelijk niet meer in een hiernamaals en hebben als motto 'je leeft maar eenmaal', en in dat leven, dat zo lang mogelijk moet zijn, willen ze alles meemaken. Zij doen alles om onder de dood uit te komen. Legio terminaal zieken klampen zich vast aan die éne soortgelijke zieke die niet volgens de medische voorspelling in vrijwel de hun aangezegde tijd is gestorven, en verdringen het feit dat 99 procent in vrijwel de hun aangezegde tijd door de dood is opgehaald. Patiënten hebben moeite hun lot te accepteren, willen een second en third opinion, extra operaties en zoeken hun heil in alternatieve geneeswijzen, al dan niet via crowdfunding. Hun lijdensweg speelt zich af voor onze ogen. Sterven wordt hierdoor toenemend traumatisch en dat versterkt de groeiende doodsfobie die onze tijd doordeesemt.

Laten we die ontwikkeling tegengaan en mensen tijdig leren om bij het aanbreken van de tijd van sterven niet ten koste van alles in leven te willen blijven. Laat zien dat het zelfgekozen sterven in eigen regie, omgeven door geliefden, én treurig én mooi is.

Levensverlenging sluit echter ook aan bij de – volkomen begrijpelijke – mindset van de arts: een arts wil genezen. De medische zorg richt zich op de instandhouding van het leven. In die extra overlevingstijd overheersen echter vaak het lijden en de angst voor het komende,

waardoor de patiënt eigenlijk niet langer leeft, maar langer sterft. Steeds meer mensen willen zo'n lijdensweg niet ondergaan.

Laten we streven naar een omslag in het denken van levensduur naar kwaliteit van sterven en, indien gewenst, van (te langdurige) palliatieve zorg of palliatieve sedatie naar directe verlossing. Bij het

*In de extra
overlevingstijd
overheerst vaak
het lijden*

accepteren van de sterfelijkheid kan men het geleefde leven, de eigen zingeving en de komende dood onder ogen zien. Gegarandeerde hulp bij het levenseinde zal daarbij helpen.

Beschikkingsrecht

In de antieke wereld was zelfdoding een moedige daad, wanneer er geen zicht op een zinvolle toekomst was. Voor de arts was suïcideassistentie een eer en geen moreel probleem, omdat de eed van Hippocrates medici verplichtte 'geen moord in opdracht van een derde te plegen'. Het was ondenkbaar de macht over de dood aan een arts te laten. De beslissing was aan degene die wilde sterven. Pas vanaf 1886 is de dood toegewezen aan de medici en werd voor anderen verboden. Met de euthanasiewet van dat jaar is het zelfbeschikkingsrecht over sterven omgezet in het beschikkingsrecht van de arts.

De euthanasiepraktijk is echter problematisch vanwege enkele zorgvuldigheidseisen, Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) en de dreiging van het Openbaar Ministerie. De euthanasiewet verplicht de arts een oordeel te vellen over ondraaglijk/uitzichtloos lijden en over de vraag of een andere redelijke oplossing mogelijk is. Maar kan een arts dat? Helaas niet, slechts de betrokkene kan dat. Iedere door mij geïnterviewde arts zegt deze eisen niet te kunnen toetsen, omdat er geen objectieve criteria voor zijn. Het vaststellen van dergelijke criteria blijkt onmogelijk, anders was dit allang gebeurd en zouden er geen discussies meer hoeven te zijn of ervaringen van willekeur. Niet dat de individuele arts willekeurig handelt: ieder handelt integer binnen de eigen kennis, inzichten en overtuigingen. Problematisch is dat artsen met verschillende referentiekaders nu verschillend kunnen beslissen over dezelfde casus. Dit ervaart men als willekeur.

De zorgvuldigheidseisen blijken dus onuitvoerbaar, zijn daarmee immoreel en dienen te vervallen. De KNMG die deze zorgvuldigheidseisen gebruikt in haar richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, en artsen die beseffen geen ondraaglijk/uitzichtloos lijden bij een ander vast te kunnen stellen en dat toch doen, gedragen zich immoreel, hoewel niemand zal twijfelen aan hun integere betrokkenheid.

Objectieve wet

Dus, de aanzwellende roep om zelfbeschikking, het toenemend aantal mensen dat levenseindehulp zal wensen, de groeiende doodsfobie, het dilemma van de arts die principieel wil genezen en het verzorgen van levenseindehulp moeilijk vindt, en vooral de deels immorele zorgvuldigheidseisen vragen om een objectieve wet, waarmee alle betrokkenen weten waar zij aan toe zijn.

De initiatiefwet 'Voltooid Leven' vermeldt in tien enquêtes uit 2011-2019, dat gemiddeld 63 procent van

de Nederlandse burgers regie over het eigen levenseinde wenst.⁴ In maart 2021 is dat 83 procent; in september 2021 67 procent en 74 procent is voor verstrekking van een levenseindemiddel (van wie twee derde onder voorwaarden; 14 procent is tegen).^{5,6} Conclusie: hulp bij waardig sterven is een maatschappelijke verplichting. Vermoedelijk zal de Nederlandse bevolking in overgrote meerder-

heid instemmen met een aangepaste euthanasiewet zonder de subjectieve zorgvuldigheidseisen 'ondraaglijk/uitzichtloos lijden' en 'redelijkheid andere oplossing'. In die aangepaste wet moet sprake zijn van een gekwalificeerde levenseindebegeleider (bijvoorbeeld een arts) en de volgende objectieve zorgvuldigheidseisen: **1)** het moet vrijwillig en weloverwogen zijn: dit moet blijken uit een wilsbekwaam en tijdig afgelegde euthanasieverklaring die geldig blijft bij wilsonbekwaamheid; **2)** men moet goed geïnformeerd zijn over de eigen medische situatie, om zo

zelfstandig te kunnen beslissen over mogelijke levensbeëindiging. Daarnaast: **3)** zorgvuldige levensbeëindiging (met richtlijnen in te vullen); **4)** raadpleging van een onafhankelijke levenseindebegeleider (eveneens via een richtlijn): bij twijfel of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, volgt een second opinion. Bij blijvende twijfel wordt geen medewerking verleend; en **5)** pas bij uitvoering van de levenseindehulp verkrijgt de levenseindebegeleider een levenseindemiddel. Dit voorkomt rondslingeren of impulsief of crimineel gebruik.

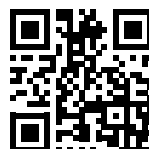
Dadelijk beginnen

Met een gedoogbeleid kunnen we al dadelijk aan bovenstaande beginnen, passend binnen een levende wet en moraal, meebewegend met de tijdgeest. Dan verdwijnt het gevoel van willekeur. De arts hoeft niet bang te zijn. De SCEN-artsen en de RTE beëindigen hun werkzaamheden. Justitie staakt de vervolging. De 'ondergrondse' verstrekking stopt en de politie kan de vrijkomende opsporingscapaciteit zinvol inzetten.

Tot slot. Het denken over levenseindehulp is sterk in beweging. In Duitsland oordeelde het *Bundesverfassungsgericht* dat levenseindehulp niet strafbaar kan zijn omdat het recht op zelfdoding anders een schijnrecht is; Zwitserland kent geen algemeen geldend verbod op levenseindehulp; in Oostenrijk is sinds eind 2021 levenseindehulp niet meer strafbaar; Italië houdt een referendum over het toestaan van levenseindehulp en de vrijspraak van twee levenseindehulpactivisten opent hier de weg naar legalisering. Wanneer passen wij onze euthanasiewet aan? ●

contact
wimfmvandijk@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Hulp bij waardig sterven is een maatschappelijke verplichting



→ De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.