**Overwegingen en suggesties bij het huidige Euthanasiedebat**

**Albert Heringa**

Ook de derde evaluatie van de WTL komt in essentie tot de conclusie dat de Euthanasiewet, zoals de WTL in de volksmond wordt genoemd, goed voldoet en dat het voornamelijk om misverstanden gaat bij artsen en samenleving over de reikwijdte en mogelijkheden van de wet, die onvoldoende *begrepen* en toegepast zouden worden.

Dat de WTL een heel belangrijke en uitzonderlijke doorbraak is valt moeilijk te betwisten. Veel mensen hebben dankbaar gebruik kunnen maken van de mogelijkheden die de wet biedt om onnodig lijden te voorkomen. Ook voor de nabestaanden is het veelal een grote opluchting dat hun dierbaren zo’n waardig stervensproces is gegund. Het is onmogelijk aan te geven wat die ruimte voor de kwaliteit van leven, die nu meer mag tellen dan het pure bestaan als zodanig, heeft bijgedragen aan de algemene veiligheidsbeleving in de samenleving. De bescherming van het ‘*recht op leven’* is terecht een fundamenteel onderdeel van de samenleving, maar het mag niet verworden tot een *‘plicht tot leven’*, als de burger/eigenaar van dat leven goede gronden heeft af te zien van dat recht. Dat is een belangrijke verworvenheid in Nederland.

Toch wordt die tevredenheid met en over de wet vertekend door het beperkte perspectief dat de evaluatie hanteert: dat van de wet zelf en de arts, die er de kern van vormt. Veel elementen van het huidige Euthanasiedebat dat in de samenleving gaande is, hebben te maken met de gevolgen van het nogal hardnekkige, maatschappelijke, **medisch gerichte denkpatroon**, dat gebaseerd is op de gangbare scheiding van het (concrete) lichaam en de (ongrijpbare) geest. Daaruit zijn weeffouten in de WTL voortgekomen, die steeds voelbaarder en schrijnender worden. Daarvoor wil ik hier graag aandacht vragen, na eerst in het kort een inleidend kader te hebben geschetst.[[1]](#endnote-1)

1. **Over de weg naar de wet.** Sinds de huisarts mevrouw Postma begin jaren zeventig haar zieke moeder op diens dringende verzoek openlijk durfde te helpen sterven is er veel veranderd. Als dochter was ze een direct betrokkene bij het lijden, maar als arts kende ze de mogelijkheden om dat te stoppen en had ze toegang tot de middelen. Kennelijk was er wat veranderd in de samenleving, want naast de voorspelbare verontwaardiging en afschuw, vooral uit religieuze hoek, was er ook opvallend veel begrip voor haar handelen. Zelfs als arts (of juist daarom?) werd haar integriteit niet in twijfel getrokken.   
   Later waren er moedige artsen die het aandurfden louter als behandelaar te helpen een einde aan een lijdensweg te maken (Wertheim, Schoonheim, Chabot). De juridische wereld deed op alle fronten haar best deze artsen, aan wier goede bedoelingen en integriteit niet werd getwijfeld, te omgeven met verzachtende argumenten, want strafbaar was het wel. Zo ontstonden de criteria, die pas vele jaren later nagenoeg ongewijzigd de kern zouden gaan vormen van de WTL, de ‘Euthanasiewet’. De moed, integriteit en kennis van deze voorbeeld artsen, maar ook de maatschappelijk nog sterk paternalistische kijk op de relatie van arts tot patiënt, was er ongetwijfeld de oorzaak van dat de juridische legitimering van de ‘goede dood’ in het kader werd geplaatst van medische professionals. Ook de toegenomen twijfel over de zegeningen van de medische vooruitgang maakte dat medische kader van de wet voor de hand liggend.
2. **Over de rol van artsen.** Deze voorgeschiedenis heeft het idee doen ontstaan, dat je artsen nodig hebt om het lijden te beëindigen als dit als ondraaglijk wordt ervaren: zij hebben de kennis en toegang tot de middelen en zij hebben een ethische beroepscode (maar zie ook punt 9). Als artsen de barmhartigheid hebben mensen op hun verzoek van dit lijden te willen verlossen, moeten ze daarvoor niet gestraft kunnen worden, was het idee. Wat bij deze terechte en sympathieke gedachtegang over het hoofd is gezien is dat lang niet alle artsen hun professionele barmhartigheid ook tot vrijwillige levensbeëindiging willen laten uitstrekken. En het is natuurlijk hun goed recht als ze deze uitzonderlijke handeling, waar de wet hen mee opzadelt, niet wensen uit te voeren, om welke reden dan ook. Zodoende hebben ook artsen veel last van de wet, omdat die de verwachtingsvolle burgers op hen afstuurt, wat hen onnodig in een lastig parket brengt. Ook artsen die geen overwegende bezwaren hebben valt het vaak zwaar, ondanks de dankbaarheid, die ze ongetwijfeld toch eveneens vaak zullen ervaren, maar waar je weinig over hoort.
3. **Over de positie van de burger.** Door zo sterk te focussen op het belang van de behulpzame arts is het beoogde belang van de burger in de wet grotendeels buiten beeld geraakt. Het recht van de burger om voor een waardig vrijwillig levenseinde te kiezen, is impliciet wel erkend, maar speelt in de wet geen rol. Hij heeft het recht dat te mogen vragen en onder bepaalde condities (uitzichtloos en ondraaglijk lijden) kan hij dat ook krijgen, maar alleen als de arts-hulpverlener daartoe bereid is en die laat vaak heel persoonlijke overwegingen meespelen. Die heeft alle troeven in handen en dat blijkt in de praktijk vaak een groot probleem. Het ontstaan en de groei(!) van de levenseindekliniek is het beste bewijs dat de WTL lang niet zo goed voldoet als de evaluatie suggereert. Ook de schriftelijke wilsverklaring, die wettelijk een mondeling verzoek moet kunnen vervangen, heeft weinig waarde omdat een arts daarover toch weer het laatste woord wil hebben (en ook krijgt).   
   Velen, zeker ouderen, hebben geen zin in die onzekerheid en afhankelijkheid. Zij kiezen ervoor e.e.a. zoveel mogelijk in eigen hand te houden en verzamelen op een of andere manier de daarvoor benodigde middelen. Dat gebeurt soms/vaak op illegale wijze, ook als ze nog geen (acute)stervenswens hebben, maar veel andere keus wordt de burger niet gelaten. In lijn met de woorden van Drion uit 1991, willen zij de zekerheid hebben er een eind aan te kunnen maken, wanneer ze daar zelf aan toe zijn, zonder eerst nog een ‘medisch examen’ te moeten afleggen. Zie verder punt 12.
4. **Over de medicalisering.** De keuze van de wetgever voor artsen als enige bevoegde uitvoerders heeft verstrekkende gevolgen. Dat we de zorg voor ons lichaam, als drager van het leven, aan artsen toevertrouwen is begrijpelijk. Zij worden geacht dat lichaam goed te kennen en dus te weten wat er kan worden gedaan om het minder goed functioneren door ziekte, ongeval of anderszins te behandelen om zo lijden en ongemakken te verminderen en sterven te voorkomen. Zodra het duidelijk is dat een dokter niets meer kan doen, trekt hij zich terug, de betrokkene overlatend aan de laatste zorg van familie en zielzorgers.[[2]](#endnote-2) Door de toenemende biomedische kennis en technologische mogelijkheden heeft de arts tegenwoordig meer ruimte gekregen om succesvol in te grijpen, waarmee ook de sterftekansen zijn veranderd en opgeschoven, zodanig dat levensverlenging soms onmerkbaar overgaat in lijdensverlenging.   
   Dan wordt duidelijk dat de medicalisering van ons leven ook een keerzijde heeft; dat de kwaliteit van het bestaan belangrijker is dan behoud van het leven op zichzelf.
5. **Over de relatie arts en sterven.** De moderne medische zorg bij het stervensproces van het lichaam doet veelal vergeten dat dit stervensproces toch primair een mentaal en existentieel gebeuren is en dat valt buiten het medische domein. *‘Ook bij terminale kankerpatiënten zijn de belangrijkste lijdensfactoren existentieel van aard: verlies van zin, van zelfredzaamheid, van hoop en van waardigheid’*.[[3]](#endnote-3) Artsen zijn daarvoor gewoon niet opgeleid en hun aandacht ligt daar ook niet.   
   Hier overheerst (zeker sinds Descartes) nog te veel het eeuwenoude filosofisch-religieuze denkpatroon, waarbij lichaam en geest als gescheiden entiteiten van de mens worden beschouwd. Artsen mogen zich daarbij over het (concrete) fysieke lichaam (soma) ontfermen, terwijl de (ongrijpbare) geest/psyché/ziel/bewustzijn aan een verscheidenheid van andere professionals wordt toevertrouwd, zoals psychologen, psychotherapeuten, filosofen en religieuze zielzorgers als priesters, dominees en Imans. Toch krijgen die andere professionals, die zich op die minstens zo belangrijke, maar minder grijpbare dimensie van de mens richten, nauwelijks wat te vertellen bij het stervensproces. Psychiaters, artsen die soms als psychotherapeut optreden, kijken toch vooral naar de lichamelijke kant van de geestelijk belaste mensen. Zij behandelen die vooral met pillen en overbruggen de kloof niet. Dat betekent natuurlijk niet dat artsen niet ook hun gewone menselijke gevoelens en kwaliteiten hebben en gebruiken, maar daarin verschillen ze niet van anderen en andere professies.
6. **Over het medische domein.** Hoewel steeds duidelijker wordt dat lichaam en geest nauw samenhangen en eigenlijk niet los van elkaar gezien kunnen worden, is zo’n holistische benadering in de medische praktijk nog nauwelijks doorgedrongen.[[4]](#endnote-4) Daar overheersen vooral de successen die behaald zijn met de reductionistische aanpak, die zo kenmerkend is voor de moderne wetenschap (evidence based medicine). Er is binnen het medische domein van de KNMG echter nog te weinig ruimte voor ‘evidenties’ die voortkomen uit complexere verbanden en samenhangen, waartoe ook stemmingen, emoties en gevoelens behoren. De prominente positie die de fundamentalistische gelovers van het kwakzalverbestrijdingsfront krijgen, toont het heersende, bijna onwetenschappelijke denkpatroon binnen de medische sector aan, dat vast zit aan dit lichaamsgerichte vooroordeel. Zodra dat wordt losgelaten verliest de arts echter veel van zijn veronderstelde omnipotente deskundigheid en dan kunnen andere professies meer erkende ruimte te krijgen.
7. **Over de grenzen van de WTL.** Deze, vooral op het lichamelijk welzijn gerichte aandacht, verklaart ook de aard van de beperkingen van de WTL. Die liggen namelijk allemaal op het mentale terrein: psychiatrische patiënten, dementie en ‘voltooid leven’. Dementie heeft duidelijk een lichamelijke oorzaak, die echter onbehandelbaar is. Dat dit desondanks toch beschouwd worden als een medische kwestie is zogezien merkwaardig. Bij psychiatrische patiënten is het onderscheid tussen lichamelijke en mentale oorzaken moeilijker te maken. De complexe, maar grotendeels nog nauwelijks echt begrepen samenhang van lichaam en geest komt hier het sterkst naar voren. Juist omdat er nog zo weinig begrepen wordt, zou het artsen sieren hier meer bescheidenheid aan de dag te leggen, minder te geloven in eindeloze medicamenteuze behandelingen, andere professionals meer ruimte te geven, beter te luisteren naar hun patiënten en hun wensen serieus te nemen. Voltooid leven is een kwestie apart, die al in 2002 door de Hoge Raad buiten het medische domein is geplaatst en dus niet onder de WTL valt. Artsen hebben hier dus niets te zoeken. Zie verder punt 8.
8. **Over de positie van de KNMG.** Met de dominante positie die de WTL aan de artsen heeft gegeven, heeft hun belangenorganisatie de KNMG een buitengewoon grote machtspositie verworven. Het is alsof zij zich de eigenaren van die wet wanen.   
   Toen, eveneens in 2002, de Hoge Raad ‘Klaar met leven’ in het Brongersma-arrest buiten het medische domein plaatste, stelde de KNMG meteen de commissie Dijkhuis in om daar een oplossing voor te vinden. Dat nog altijd interessante rapport nuanceerde de rol van de artsen echter. De KNMG heeft er (daarom?) verder niets mee gedaan. Pas het succesvolle initiatief in 2010 van de groep ‘Uit Vrije Wil’ die in een week tijd meer dan 116.000 handtekeningen wist te verzamelen voor een ‘Voltooid leven’-alternatief (zoals dat toen genoemd werd), prikkelde de KNMG weer tot actie. Het kwam in juni 2011 met een nieuw rapport[[5]](#endnote-5), dat poogde het Brongersma-arrest grotendeels buiten spel te zetten. Met de *‘stapeling van ouderdomsklachten’* meende de KNMG de ‘Voltooid leven’-problematiek[[6]](#endnote-6) weer binnen het medische domein te kunnen trekken. Daarmee worden ondergeschikte klachten opgeblazen tot een majeure legitimatie voor medisch handelen. De werkelijk door de betrokkenen genoemde redenen voor hun stervenswens wordt genegeerd en weggeredeneerd. Hoewel zij met deze ‘Grote leugen‘ wel geholpen konden worden, geeft het ook aan dat de KNMG hier juridisch en ethisch een onzuiver pad is opgegaan. Dat gaat nu zelfs zover dat zij, mede o.i.v. het door haar zelf ‘gesponseerde’ rapport Schnabel (zie punt 10), durven te betwijfelen of er nog wel mensen zijn die buiten het door hen geherdefinieerde ‘medische domein’ vallen. Op deze manier bevordert de WTL de medicalisering van het hele bestaan en komt alles onder de bevoegdheid en de verantwoordelijkheid van de arts terecht. God beware.
9. **Over het Zwitserse model.** Onze WTL gaat geheel voorbij aan de al langer bestaande (!) ervaring in Zwitserland. Daar is euthanasie weliswaar verboden, maar bestaat een succesvolle, zorgvuldige, legale praktijk van hulp bij zelfdoding, door speciaal opgeleide, niet-medische hulpverleners. De hulp is gebaseerd op een buitengewoon eenvoudige legale basis: er mag **geen eigen belang** in het spel zijn! De vraag van de burger staat centraal en de uitvoering is toevertrouwd aan gespecialiseerde particuliere organisaties. Er wordt gewerkt met vergelijkbare zorgvuldigheidscriteria, maar die zijn niet in een wet juridisch dichtgetimmerd.   
   Zonder de Zwitserse situatie als het perfecte alternatief te willen presenteren, toont het wel aan dat veel medische veronderstellingen die nu vaak worden aangevoerd, vooral te maken hebben met een overschatting van het belang van de medische betrokkenheid. Artsen zijn nuttig en soms onmisbaar, maar hun deskundigheid is vaak in veel opzichten beperkt en eenzijdig, zoals niet alleen de Zwitserse praktijk aantoont.
10. **Over het rapport ‘Voltooid leven’.** Het rapport van de commissie Schnabel[[7]](#endnote-7), feitelijk de derde poging om uit de door de Hoge Raad geschapen impasse te komen, heeft die rol niet kunnen vervullen. Hoewel het dus met name om die niet-medische problematiek zou moeten gaan, was juist de medische inbreng heel dominant (4 van de 7 leden). Met alleen twee *strafrecht*juristen was ook juridische inbreng erg eenzijdig. Voor niet-medische (psychologische, sociale, levensbeschouwelijke en filosofische) leden was er nauwelijks of geen plaats. Schnabel zelf was tegen dit eenzijdige geweld kennelijk niet opgewassen en is voorspelbaar onderuit gegaan.[[8]](#endnote-8) De conclusies zijn eenzijdig en vooringenomen. Ook de ethicus prof dr. G. den Hartog laat weinig heel van dit rapport, dat paternalisme, betweterij en maatschappelijk wantrouwen ademt.[[9]](#endnote-9)
11. **Over een wenselijk alternatief.** De onwenselijkheid van **twee afzonderlijke wetten** op dit gebied naast elkaar, kan ik begrijpen. Een goede manier om vele problemen rond de huidige WTL en het D66-plan voor stervenshulp voor ouderen op te lossen, is door beide visies als het ware in elkaar te schuiven, of over elkaar heen te leggen.  
    Kort samengevat kan dat er dan als volgt uitzien:
    1. Handhaaf de nuttig gebleken hoofdstructuur van de WTL, maar haal die uit de medische context en zet het belang van de burger voorop; zijn autonomie is een normaal juridisch uitgangspunt en iets anders dan individualisme!;
    2. Stel de ‘hulp bij zelfdoding’ open voor daartoe opgeleide levenseinde professionals op HBO niveau, die allerlei vooropleidingen gehad kunnen hebben, maar minimaal 30 jaar oud zijn. Het accent van de opleiding zal vooral bij de mentale en geestelijke aspecten van de mens en zijn stervensproces liggen, meer dan bij de fysieke kanten;
    3. Ook artsen, die op dit terrein bevoegd willen blijven, dienen die opleiding te hebben gevolgd. Zij blijven dan wel als enigen bevoegd ook actieve euthanasie te geven. Niet alle artsen worden zo met vragen lastig gevallen. Alleen die ervoor gekozen hebben;
    4. Het geven van stervenshulp blijft een daad van barmhartigheid en kan nooit verplicht worden, maar met de speciaal opgeleide, **adviserende** hulpverleners is maximaal verzekerd dat alleen professionele overwegingen bij de hulp aan de orde zijn. De uitvoering kan worden toevertrouwd aan gecertificeerde speciale particuliere organisaties, zoals nu de levenseindekliniek binnen de medisch context van de WTL.
    5. De opleiding van de hulpverlener dient er borg voor te staan, dat aan alle mogelijke biografische achtergronden van een stervenswens aandacht wordt gegeven. Een leeftijdsgrens voor ouderen die ‘klaar met het leven’ zijn is dan ook overbodig en onwenselijk.
12. **Over de ‘eigen regie’.** Wat in het huidige debat over de WTL te veel buiten beeld blijft is de onmiskenbare ontwikkeling op het gebied van ‘**zelfeuthanasie’**. Mede op grond van de onzekerheden die de WTL heeft doen ontstaan over de rol die een arts dient in te nemen, is de behoefte gegroeid een waardig en zorgvuldig levenseinde in eigen handen te kunnen nemen (al helpen naasten soms wel mee). Deze ontwikkeling blijft buiten elke statistiek en ondergronds door de formele strafbaarheid van het bezit van de dodelijke middelen en van de hulp bij zelfdoding, maar de roep om legalisering van die mogelijkheid is, sinds de het pleidooi van Drion in 1991, alleen maar sterker geworden. Velen nemen dan ook zelf tijdig de nodige maatregelen om niet van een arts afhankelijk te hoeven zijn. Ook die zelfwerkzaamheid kan de problematiek, die mede door de WTL in het leven is geroepen, helpen oplossen, als die uit de schemer kan worden gehaald.  
    Juist uit een oogpunt van zorgvuldigheid, zowel juridisch als medisch, is legalisering dringend gewenst. Door regulering en transparantie vooraf kan vermeden worden dat ondeugdelijke middelen worden gebruikt of kan de motivering medisch of juridisch worden ontraden. Legalisering die het belang van burger en samenleving serieus neemt, kan veel onnodige narigheid voorkomen, zowel privé als maatschappelijk.   
    Waar een wil is, is een weg!
13. **Over de weeffouten van de WTL. Samenvatting** 
    1. Door de bevoegdheid geheel bij de artsen te leggen, zonder dat die daarop aangesproken kunnen worden (het blijft een gunst die buiten het normaal medisch handelen valt!), is de zeggenschap van de burger over zijn eigen (waardige) levenseinde aangetast en is er een vorm van rechtsongelijkheid ontstaan (alleen de levenseindekliniek corrigeert dat een beetje). De arts is van een barmhartige, hulpverlenende **adviseur** van de zelfstandige burger, diens examinator geworden;
    2. Door alle artsen zonder uitzondering die bevoegdheid te geven, worden velen van hen opgezadeld met een verantwoordelijkheid die ze niet wensen, waarmee ze ongewild in een controversiële positie worden geplaatst; omdat het niet om normaal medisch handelen gaat, treedt bovendien een onontwarbare vervlechting op van professionele en persoonlijke overwegingen en argumenten, die maatschappelijk en juridisch ongewenst is;
    3. Door alleen artsen deze uitzonderlijke beslisbevoegdheid toe te kennen, is bij hen ook onwillekeurig de neiging ontstaan de verantwoordelijkheid voor het zelfgekozen levenseinde van de burger geheel naar zich toe te halen;
    4. De autonome medische belangengroep (KNMG) meent met de haar gegeven machtspositie eigen buitenwettelijke normen toe te kunnen voegen aan de wettelijke criteria. Dat geldt o.a. voor het opzij schuiven van het Brongersma-arrest, het ‘stapeling-van-ouderdomsklachten’-criterium en haar houding t.o.v. de schriftelijke wilsbeschikking, die daardoor zijn legale betekenis verliest.
    5. Door de verantwoordelijkheid bij artsen te leggen wordt het sterven vooral als een somatische (lichamelijke) aangelegenheid gezien, want dát is het terrein waarvoor artsen primair zijn opleid en waarop hun deskundigheid ligt. Impliciet heeft de Hoge Raad dat in het arrest Brongersma nog eens bevestigd. Daarmee is het mentale en existentiële aspect van het bestaan en van het sterven, op zijn minst op het tweede plan gekomen en zijn alle relevante anderen op dát terrein (zoals zielzorgers, psychologen, filosofen, psychotherapeuten) praktisch buitengesloten. Een verarming.

Het is te wensen dat de Tweede Kamer verder kijkt dan de merites van de WTL zelf en meer oog krijgt voor de reeds bewezen maatschappelijke werkelijkheid[[10]](#endnote-10). Dat het de moed heeft zich niet politiek te laten gijzelen door de opvattingen van minderheden, die sowieso tegen elk zelfgekozen levenseinde zijn, maar daar ook door niemand toe gedwongen worden. Ook dat is een vorm van maatschappelijke zorgvuldigheid.

Bennekom 22 oktober 2017  
Ereprijs 10, 6721 ZA

1. Ik ga hier alleen indirect in op de specifieke aspecten dementie en psychiatrie. Voor het functioneren van het toetsingssysteem verwijs ik graag naar het artikel van Den Hartogh, zie noot 3 . [↑](#endnote-ref-1)
2. ‘Filosofie, geneeskunde en de dood’; red. Ettema & Wobbes; de Tijdstroom, 2011 [↑](#endnote-ref-2)
3. De WTL: een potemkindorp?’; Govert den Hartogh in 15 jaar Euthanasiewet; NVVE, 2017 (p147) [↑](#endnote-ref-3)
4. Het emotionele DNA. Gevoelens bestaan niet, ze ontstaan.’; prof. Pierre Carels; Aerial, 2017 [↑](#endnote-ref-4)
5. ‘De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. KNMG standpunt’; KNMG, 2011 [↑](#endnote-ref-5)
6. Voltooid leven is, naast klaar met (het) leven, lijden aan het leven, levensmoe en verzadigd leven, slechts één van de termen die gebruikt worden om een aan de ouderdom gerelateerde stervenswens aan te duiden. Ze drukken nuances in een beleving uit, maar komen grotendeels op hetzelfde neer. [↑](#endnote-ref-6)
7. ‘Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten’; Adviescommissie voltooid leven, 2016 [↑](#endnote-ref-7)
8. ‘Een voltooid leven vraagt om veel wijsheid’; Albert Heringa; Het Besluit nr 84, december 2014 (periodiek van De Einder) [↑](#endnote-ref-8)
9. ‘Voltooid leven. Hoe verder na Schnabel?; Govert den Hartogh, NJB nr. 13, 1-4-2016. Pp 854-865. [↑](#endnote-ref-9)
10. Alle enquêtes van het laatste decennium laten zien dat globaal ca 2/3de van de respondenten positief is over een verruiming van de huidige mogelijkheden voor een zelfgekozen, waardig levenseinde. [↑](#endnote-ref-10)