

Uitzichtloos lijden niet alleen bij terminale patiënten

Ook ongeneeslijk oud kan ondraaglijk zijn

D.H. Arentz,
huisarts te Haarlem en
SCEN-arts

beeld:iStockphoto

De KNMG is huiverig voor een te laagdrempelige manier van hulp bij zelfdoding. Maar we moeten ons sterk afvragen of criteria als 'uitzichtloos' en 'ondraaglijk' niet te strikt worden gedefinieerd. Ook chronische klachten kunnen de kwaliteit van het leven ernstig aantasten.

Hoe zat het ook alweer?

Recentelijk riep de initiatiefgroep Uit Vrije Wil op om de hulp bij zelfdoding bij een 'voltooid leven' uit het Wetboek van Strafrecht te halen. De KNMG ziet geen taak voor artsen bij deze hulp, omdat het gaat om existentiële en niet om medische problematiek. Niettemin zal er een beroep op medici worden gedaan, zo vermoedt de federatie. Bijvoorbeeld om na te gaan of er geen sprake is van een behandelbare depressie. Ook bij de uitvoering is medische kennis onontbeerlijk.

Artsen zullen echter niet bereid zijn als louter uitvoerende instantie op te treden. Onder andere omdat de rechtvaardiging van hun handelen niet duidelijk is: van uitzichtloos en ondraaglijk lijden in de zin van de euthanasiewet is immers geen sprake. Bovendien vindt de KNMG dat het voorstel een alternatieve, niet-medische en laagdrempelige deur opent naar hulp bij zelfdoding, wat de transparantie en zorgvuldigheid van de huidige euthanasiepraktijk in gevaar zal brengen.

Redactie

met de KNMG, dat de goed functionerende euthanasiepraktijk uitgehold zal worden als er een laagdrempeliger manier komt van hulp bij zelfdoding.

Maar de onzekerheid en meningsverschillen onder de collega's zijn groot. Sommigen werken er principieel niet aan mee, anderen gaan meer of minder ver bij het invoelen van de ondraaglijkheid van het lijden. De door de KNMG ingestelde commissie-Dijkhuis kwam tot een relatief ruime definitie van voltooid leven: 'Lijden aan het vooruitzicht verder te moeten leven op een zodanige manier dat daarbij geen of gebrekkige kwaliteit van leven wordt ervaren, hetgeen aanleiding geeft tot een persisterend doodsverlangen, zonder dat de hoofdoorzaak kan worden gevonden in een somatische of psychische aandoening'. De commissie adviseerde onder meer een methode te ontwikkelen om ondraaglijkheid en uitzichtloosheid beter te taxeren.² Met dat advies is nog niets gedaan.

Ondertussen is er meer vraag naar euthanasie en/of hulp bij zelfdoding dan er nu geboden wordt. Er is dus alle reden te stellen dat de euthanasiepraktijk voor verbetering vatbaar is.

Gert van Dijk, beleidsmedewerker ethiek bij de KNMG, vraagt zich af welke rechtvaardiging er bestaat om het leven van een patiënt actief te beëindigen als de context van uitzichtloosheid en ondraaglijkheid wordt verlaten.¹ Van Dijk vreest,

Niet-medische uitweg

Artsen verschillen in hoge mate in hun opvattingen over het medisch domein, zowel in hun interpretatie van de ondraaglijkheid als de uitzichtloosheid van de situatie. Het is dan ook begrijpelijk dat sommigen een niet-medische



heid blijft bestaan en de arts is minder actief bij de levensbeëindiging dan in geval van euthanasie.

- De rol van de arts zoals geschetst door het burgerinitiatief 'Uit Vrije Wil' bestaat uit de handtekening voor het recept. Deze mogen wij, artsen, niet weigeren. De patiënt heeft de actieve rol als zelfbeschikker, onze rol wordt bescheidener.

- Ook omdat wij als artsen de mogelijkheid moeten hebben om onze eigen grenzen te trekken en we niet verplicht zijn aan een euthanasiever-

uitweg zoeken. Ik meen dat het daarom tijd wordt om de volgende stappen te zetten:

- Er moet discussie worden gevoerd over het medisch domein. Er hoeft niet per se sprake te zijn van kanker of een andere classificeerbare aandoening. Het gaat om klachten, ook psychische of 'vage', die de kwaliteit van leven ernstig aantasten. Deze komen vaker voor bij chronische aandoeningen en veroudering. Misschien is ongeneeslijk oud net zo erg als ongeneeslijk ziek, of erger! Ik heb als huisarts patiënten meegemaakt die achteraf spijt hadden dat zij hun medische aandoening hadden laten behandelen, omdat zij daardoor hun leven, zonder

voldoende kwaliteit, moesten vervolgen.

- Bij een verzoek om hulp bij versterven moet die hulp ruimhartig worden aangeboden: in de vorm van informatie als de

hulpvraag zich voordoet en

in de vorm van palliatie bij klachten van pijn en slapeloosheid.

- Ook zou het beter zijn de koppeling tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding los te laten, zodat het terrein van de hulpverlener in het geval van hulp bij zelfdoding ruimer kan zijn dan nu het medisch domein bij euthanasie is. Het feit dat er bij hulp bij zelfdoding een grotere rol en verantwoordelijkheid van de patiënt is dan bij euthanasie, betekent dat de arts een stapje terug doet. Misschien geeft dat ook een antwoord op Van Dijks vraag naar rechtvaardiging: de context van ondraaglijkheid en uitzichtloos-

zoek te voldoen, moet er een alternatieve, niet-medische route ontwikkeld worden. Op zijn minst moeten we dat niet tegenwerken.

Babyboomers

Als we deze discussie niet aangaan en niet met oplossingen komen, zullen we ingehaald worden door de generatie van babyboomers die niet meer verplicht willen worden tot verder leven als hen de zin daarvan ontgaat.

Ik ben van mening dat de kans op uitholling van de huidige euthanasieregeling niet zo groot is. In de eerste plaats is de regeling niet zo fraai als ze lijkt en biedt aan meer dan tweeduizend mensen per jaar niet de oplossing die zij wensen.³ Daarnaast is het mijn ervaring dat in de euthanasiepraktijk er regelmatig mensen terugschrikken voor hun eigen rol bij hulp bij zelfdoding. Zij schuiven de verantwoordelijkheid graag door naar de arts. Bij zelfeuthanasie neemt men kennelijk wel zijn verantwoordelijkheid. Een regeling die leidt tot meer hulp bij zelfdoding mag je dus mijns inziens niet laagdrempeliger noemen. Mocht men het gevaar van een niet-medische route te groot vinden dan zou een toetsing vooraf nog het overwegen waard zijn.

Van Dijk besluit zijn artikel met de prangende vraag aan artsen: 'Welke rol zien jullie voor jezelf bij het begeleiden van patiënten die hun leven voltooid achten?' Ik sluit me daar graag bij aan, maar voeg eraan toe: zie hoe hoog de nood is en hoe groot de leemte in de huidige regelingen, en stel je loyaal op tegenover het burgerinitiatief 'Uit Vrije Wil'. 

Zie hoe hoog de nood is en hoe groot de leemte in de huidige regelingen



De referenties bij dit artikel en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u in het dossier 'Klaar met leven' bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Referenties

Medisch Contact 2010, 13: 603.

Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven. Verslag van de werkzaamheden van een commissie onder voorzitterschap van prof. J.H. Dijkhuis. Utrecht, 2004.

Chabot B, Auto-euthanasie, Verborgene stervenswegen in gesprek met naasten. Amsterdam, Uitgeverij Bert Bakker, 2007.