

Hulp bij zelfdoding en euthanasie

Bio-ethische kanttekeningen

1. Een toenemende belangstelling

Dit editoriaal werd ingegeven door een krantenbericht over de uiteindelijk geslaagde zelfmoord van Daniella N. (27 jaar) te Karlsruhe op 23/12/87. Zij was quadriplegisch¹ geworden na een ongeval enkele jaren geleden, wilde uitdrukkelijk sterven en vroeg hulp hieromtrent. Westduitse rechtbanken konden aan de behandelende geneesheer geen toelating geven, maar uiteindelijk kreeg zij cyaankali — een uitzonderlijk snelwerkende giftige stof — van een sympathiserend lid van een Westduitse organisatie die het recht op waardig sterven propageert.

De ethische, medische en juridische problemen, gesteld door de benadering van het eindigende leven, zijn geenszins nieuw maar kennen ongetwijfeld een hernieuwde belangstelling. De redenen hiervoor zijn sterk uiteenlopend.

1. De dood als natuurlijk verschijnsel wordt meer en meer bespreekbaar gesteld en hoe langer hoe minder gescotomiseerd.

2. De veroudering van de bevolking confronteert ieder van ons met het probleem van de geleidelijke fysieke en/of mentale aftakeling. In ons land sterven meer dan 50 % van de mensen op de leeftijd van 75 jaar of ouder. Hoe kan deze maatschappij hun een waardige en menselijke doodsbelevens verzekeren?

3. De steeds meer complexe en ingrijpende medische technologie en behandelingsmethoden kunnen het leven — en het lijden! — van patiënten onnodig rekken, d.w.z. zonder voldoende gelijklopende verbetering van de kwaliteit van het resterende leven. Naarmate het handelen van gezondheidswerkers niet langer gericht is op een niet meer haalbare genezing of herwinning van gezondheid, groeit het met steeds meer aandrang naar verzachtend medisch handelen in de laatste levensfase.

4. Nieuwe en voorlopig onbehandelbare ziekten zoals AIDS werken allicht stimulerend voor het wetenschappelijk onderzoek. Zij confronteren anderzijds de behandelaars met het probleem van hun eigen therapeutisch onvermogen en de noodzaak een waardig overlijden te verzekeren aan de betrokken patiënten.

5. De hedendaagse geneeskunde wordt o.a. gekenmerkt door de opkomst van een derde partij in de arts-patiënt relatie, namelijk een rijksorganisme voor ziekteverzekering of een particulier verzekeraar. De enorme kosteninflatie van de geneeskunde stelt de verantwoordelijken van Volksgezondheid — en bij ex-

1. Verlamming van beide bovenste en beide bovenste ledematen.

tensie elke belastingbetalende burger — voor belangrijke ethische en beleidsproblemen. Zoals elke burger is de arts medeverantwoordelijk voor het algemeen welzijn en hij kan dus de problemen gesteld door de kosten-baten analyse niet omzeilen. Zelfregulatie van het medisch korps op dat vlak komt als onvermijdelijk over.

Velen vragen zich in dat verband af of de beschikbare middelen niet bij voorkeur voorbehouden moeten worden aan hen die er baat bij hebben, en of men patiënten die dure behandelingen vragen zonder te kunnen genezen niet beter kan laten sterven en hen zo nodig daarbij helpen.

Een maatschappij die geen geld kan vinden voor de soms dure behandeling van patiënten die anders zullen sterven, programmeert eigenlijk euthanasie op maatschappelijk vlak. Erger nog, het gaat om onvrijwillige euthanasie op grote schaal. De betrokken patiënten, die zullen sterven door de niet beschikbaarheid van medische zorg, worden hieromtrent niet geraadpleegd.

2. Actualiteit anno 1987

1. Tijdens het congres van de 'International Association for Suicide Prevention' (IASP, Los Angeles 1987) hield een geneesheer — zelf AIDS-lijder — een ontroerend pleidooi ten voordele van de wettelijke erkenning van hulp bij zelfdoding en actieve euthanasie op uitdrukkelijke vraag van de patiënt. Hiermede werd voornamelijk bedoeld de terminale AIDS-lijder met een secundaire en doorgaans fatale (in 86 % van de gevallen) opportunistische infectie² met pneumocystis carinii. Het staken of weigeren van pijnlijke en doorgaans nutteloze intensieve zorgen werd in dergelijke omstandigheden door de spreker onvoldoende geacht om een zachte en waardige dood te verzekeren.

2. Organisaties die het 'recht' van eenieder om over eigen leven en dood te beslissen verdedigen, kennen ongetwijfeld een groeiend succes. 'Gidsen' voor een zachte zelfdoding worden steeds talrijker.

Deze gespecialiseerde verenigingen stellen brochures met praktische informatie voor het bewerkstelligen van een 'zachte dood' ter beschikking van hun leden, soms nochtans slechts na één jaar lidmaatschap!

In Frankrijk hebben 2 journalisten, Claude Guillon en Yves le Bonniec, een boek geschreven met expliciete en zakelijke informatie 'Suicide, mode d'emploi'. Het werd een bestseller met 120.000 verkochte exemplaren. De zangeres Dalida had het bij haar suïcide naast haar bed, zoals 78 andere minder beroemde Franse zelfmoordenaars sinds het verschijnen van het boek in 1982.

Deze feitelijke situatie heeft politieke verantwoordelijken in beroering gebracht en Jacques Barrot, de Franse ex-minister van Volksgezondheid, zorgde voor een wetsvoorstel ter beteugeling van de 'provocatie tot zelfmoord of zelfmoordpoging door derden'. Het wetsvoorstel beoogt hierbij zowel de provocatie

2. Vrij ongewone vorm van infectie te wijten aan de deficiënte immunitaire verweermogelijkheden van de patiënt.

als elke vorm van propaganda (ook audiovisuele) of publiciteit voor euthanatica³ of andere zelfdodingsmethoden.

In december '87 werd dit wetsvoorstel in de 'Assemblée Nationale' goedgekeurd en naar de Senaat verwezen.

3. De Nederlandse situatie is totaal anders en uit menig oogpunt enig voor Europa. Geneesheren worden er jaarlijks actief betrokken bij ongeveer 5 à 6 duizend gevallen van euthanasie. Een commissie ad hoc werd opgericht teneinde de regering te adviseren i.v.m. een beleid inzake preventie en hulpverlening — zowel levenshulp als eventueel stervenshulp — bij suïcide.

In Nederland bestaan er reeds officieuze regels over de voorwaarden en omstandigheden onder de welke euthanasie toegelaten wordt zonder strafrechterlijke vervolging.

Nochtans, indien de noodtoestand van de patiënt uitsluitend uit een psychisch of psychosociaal lijden bestaat, mag, volgens de commissie, geen euthanasie worden toegepast. De adviezen worden nochtans verdeeld omtrent de vraag of in zulke gevallen hulp bij zelfdoding mag worden verleend. Een aantal leden bepleiten de handhaving van het verbod. Andere leden zijn van mening dat de Strafwetbepaling moet gehandhaafd worden, maar dat anderzijds buitenwettelijke criteria moeten geformuleerd worden die het de arts mogelijk maken te beoordelen of hij aan het verzoek om hulp bij zelfdoding kan voldoen.

Betreffende euthanasie heeft de 'Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst' (KNMG) een belangrijk standpunt ingenomen in 1986 (Brief gericht aan Advocaat-Generaal Feder te 's-Gravenhage). De KNMG spreekt zich niet uit over de toelaatbaarheid van euthanasie, maar gaat uit van het feit dat euthanasie toegepast wordt.

Wel beantwoordt zij de vraag wanneer euthanasie mag worden toegepast en welke eisen gesteld kunnen worden aan een medisch verantwoorde beslissing.

In deze tekst wordt de nadruk gelegd o.a. op de noodzakelijke consultatie van een tweede arts, niet betrokken bij de behandeling van de patiënt, die ervaring heeft met de euthanasieproblematiek en kan toetsen of er inderdaad sprake is van een ondraaglijk en uitzichtloos lijden. In '86 verstrekte het Hof van Beroep van den Haag een advies volgens hetwelk euthanasie toegepast door een geneesheer op een patiënt om psychologisch ondraaglijk lijden te verkorten niet langer vatbaar zou zijn voor juridische vervolging. Deze standpunten betreffen euthanasie en niet hulp bij zelfdoding maar zoals verderop zal blijken bestaat er duidelijk een verwantschap tussen beide.

4. Op verzoek van Wivina de Meester-De Meyer, Staatssecretaris voor Volksgezondheid en Gehandicaptenbeleid, werd in '87 een nationaal wetenschappelijk denk-colloquium georganiseerd over 'Bio-ethica in de jaren 1990'. Naast genetica en moleculaire biologie, vruchtbaarheidstechnieken en medisch experimenteren met mensen, kende het thema 'de benadering van het eindigende leven' ver-

3. Middelen die niet toegediend worden om te genezen maar wel om een zachte dood te bewerkstelligen.

uit de grootste belangstelling. De bedoeling van het colloquium was de voorbereiding en uitstippeling van beleidslijnen voor de jaren 1990 in deze gevoelige materies.

3. Hulp bij zelfdoding en euthanasie

Tussen hulp bij suïcide en euthanasie bestaan er beslist gelijkenispunten: er wordt in beide gevallen vrijwillig een daad gesteld met de bedoeling een persoon vroeger te doen overlijden dan natuurlijk kon verwacht worden.

De vergelijking gaat maar op met de actieve en vrijwillige euthanasie, d.w.z. het positief stellen van een levensverkortende of beëindigende daad bij iemand die daar uitdrukkelijk en ondubbelzinnig om vraagt.

Het essentiële verschil is gelegen in de praktische uitvoeringsmodaliteiten van de daad, enerzijds door de betrokkene zelf (suïcide) en anderzijds door een derde (euthanasie). Aan dit onderscheid hechten juristen een groot belang: de dader is diegene die het strafbare feit pleegt, terwijl de helper er maar is om de daad van de eerste voor te bereiden of te vergemakkelijken. Wie hulp geboden heeft aan een suïcidant wordt voor deze medeplichtigheid gedekt door de straffeloosheid van zelfmoord zelf. Daar zelfmoord niet strafbaar gesteld wordt, is het niet logisch de deelname aan een niet strafbaar feit wel te vervolgen. Hieruit mag geenszins besloten worden dat er een 'recht' op suïcide zou bestaan. Medeplichtige derden kunnen, theoretisch althans, steeds vervolgd worden op basis van het verzuim hulp geboden te hebben aan een in gevaar verkerend persoon of op basis van doodslag door onvoorzichtigheid. In de juridische praktijk blijken dergelijke gevallen maar zeer uitzonderlijk voor te komen.

Wanneer de betrokken suïcidant maar een passieve rol speelt terwijl een derde actief de dodende handeling uitvoert (vrijwillige actieve euthanasie) kan van moord gesproken worden.

De juridische strafconsequenties voor hulp bij suïcide en euthanasie zijn radicaal verschillend alhoewel zij soms maar twee moeilijk te onderscheiden facetten uitmaken van een gemeenschappelijke problematiek.

Ook de geneeskundige deontologie hecht een groot belang aan het actief zijn of passief blijven van de arts bij euthanasie. De 'Code van geneeskundige plichtenleer', opgesteld in '75 door de Nationale Raad van de Geneesheren, verbiedt uitdrukkelijk actieve euthanasie in artikel 95 'bewust de dood veroorzaken van een zieke, om welke reden ook, is een misdad' en artikel 96 'het uitdrukkelijk verzoek hierom vanwege een zieke geeft volstrekt geen rechtvaardigingsgrond aan deze daad'. Passieve euthanasie is deontologisch mogelijk met artikel 97 'de geneesheer moet vermijden een behandeling die geen uitkomst biedt, hardnekkig voort te zetten'. Een ziekteproces dat onomkeerbaar tot de dood leidt mag niet door een geneeskundig handelen onderbroken worden wanneer de behandeling de levenskwaliteit niet gunstig beïnvloedt. Therapeutische maatregelen mogen in sommige gevallen opgegeven worden, zelfs indien zij het sterven van de betrokken patiënt voor gevolg hebben. Patiënten kunnen vanuit medisch-deontologisch standpunt beslist ingrijpende medische behandelingen weigeren die

veel miserie betekenen zonder hun toestand te kunnen verbeteren.

Rechtbanken in de Verenigde Staten hebben overlijdens na zulke behandelingsweigeringen niet beschouwd als zijnde zelfmoorden vanuit juridisch standpunt, met alle gevolgen vandien voor de aangesloten verzekeringen.

Het klassiek zo gewaardeerde onderscheid tussen actieve en passieve euthanasie — iets doen of het nalaten van een handeling — is mijns inziens aanvechtbaar, zowel op medisch als op ethisch vlak. Niet behandelen impliceert immers een medische beslissing, apparaten loskoppelen van de patiënt is een handeling, en de beoogde uitkomst van passieve euthanasie is dezelfde als voor de actieve, namelijk een vervroegd overlijden van de patiënt. Is de toediening van hoge dosissen analgetica of sedativa die pijn en angst bestrijden maar tevens het overlijden bespoedigen, niet eerder te beschouwen als een indirecte vorm van actieve euthanasie dan als passieve euthanasie? Is de ethische verantwoordelijkheid van de geneesheer in deze gevallen niet nagenoeg gelijk? Het criterium handelen of onthouden van handelen betreft de uitvoeringsmodaliteit van een ethisch geladen beslissing. Het lijkt mij geen geldig criterium om de ethische waarden van de gekozen principiële beslissing te beoordelen.

4. De waarde van het leven: absoluut of relatief?

Twee ethische begrippen overheersen het huidige debat over hulp bij suïcide en euthanasie: de beschermwaardigheid van het menselijke leven en de individuele autonomie.

Niemand zal ontkennen dat het menselijke leven een uitzonderlijke waarde vertegenwoordigt. Het is kenmerkend voor de mens dat hij betekenis geeft aan zijn leven, en elk gewaardeerd leven verdient eerbied en respect. Aan het menselijk leven een fundamentele waarde, maar geen absolute waarde toekennen, is een stelling rond dewelke een toenemende consensus waar te nemen is, zelfs vanuit een religieus geïnspireerde moraal. Er bestaan voorbeelden genoeg waar de waarde van het eigen leven als ondergeschikt beschouwd wordt in functie van een hoger goed. Vaak worden eerder uitzonderlijke situaties bedoeld waar het eigen overleven op een ethisch verantwoorde wijze geschiedde ten koste van een ander leven, b.v. gevallen van overmacht bij reddingsoperaties of zelfverdediging, martelaren, zelfopoffering in sommige oorlogssituaties...

Indien het menselijke leven eerbiedwaardig is, dan geldt hetzelfde voor de dood. De vraag voor een waardig sterven of liever waardig leven tot het overlijdensmoment lijkt mij een ethisch verantwoorde menselijke bezorgdheid. Wat nu als iemand zijn huidig en nog te verwachten bestaan als mensenwaardig beschouwt? Het rekken van het leven van een patiënt die er niet meer om vraagt en zonder verbetering van zijn levenskwaliteit is eigenlijk onverantwoord. Als deze patiënt aan de arts stervenshulp vraagt, wordt het probleem van hulp bij zelfdoding gesteld.

Wie bepaalt de waarde en betekenis van het leven en de dood?

In beginsel elke mens zelf, als autonoom wezen.

5. Autonomie

Respect opbrengen voor de hulpvrager is een basishouding van een hulpverlener. Dit veronderstelt betrokkenheid met het welzijn van de hulpvrager en respect voor zijn wensen of hulpvraag.

De individuele autonomie en het daaraan gekoppeld zelfbeschikkingsvermogen vormen een hoeksteen van onze problematiek.

Het nemen van 'volslagen autonome beslissingen' is hoogstwaarschijnlijk een ideaal begrip. In de praktijk wordt dit autonoom beslissingsvermogen op vele manieren ondermijnd. De voornaamste zijn:

- defecten in het individueel vermogen om zijn impulsen en/of gedragingen te controleren, zoals bij psychotici;
- defecten in het redeneringsvermogen, zoals de logische denkfouten in de redenering van depressieve mensen;
- defecten in de stabiliteit van de wensen van het individu: in geval van ambivalentie of twijfel, moeten mensen inderdaad verhinderd worden irreversibele handelingen te stellen – zoals suïcide – die zij later zouden kunnen betreuren;
- defecten in de beschikbare informatie waarop het individu zijn/haar keuze moet staven. Deze informatie zal vaak van de geneesheer moeten komen. 'Informed consent' is een deontologische verplichting geworden en de keuze niet behandeld te worden moet kunnen gerespecteerd worden... voor zover er geen andere defecten bestaan dan het gebrek aan degelijke informatie.

Het autonoom functioneren en het zelfbeschikkingsvermogen van de patiënt verbeteren is een fundamentele doelstelling van de hulpverlener. De waarde bepalen van het leven is in beginsel een act van de mens zelf en niet van de behandelaar. Slechts in aanwezigheid van manifeste defecten zal de hulpverlener tijdelijk de verantwoordelijkheid voor het verder leven of sterven aan de patiënt ontnemen en naar zich toetrekken. Maar de redenering mag niet omgedraaid worden: om suïcide vragen betekent niet a priori dat de betrokkene defecten zou vertonen in zijn vermogen autonoom te functioneren! In geval van twijfel hieromtrent is interventie, ethisch gezien, absoluut noodzakelijk maar dan eventueel beperkt tot het opheffen van de bestaande twijfel.

6. Voorlopig besluit

Beslissingen genomen door artsen in overleg met de patiënt en/of zijn familie over de stervensmodaliteiten zijn uiterst delicaat. Vele factoren spelen een rol in het beslissingsnemingsproces dat zich niet laat vatten in eenvoudige statistische regels. Geneesheren zijn anderzijds steeds betrokken bij de te nemen beslissing en haar praktische uitvoering. In het geneeskundig korps bestaat er een brede consensus ten voordele van de deontologisch verantwoorde passieve euthanasie en ten nadele van de actieve euthanasie en hulp bij zelfdoding. Dit principiële standpunt van medische ethiek werd nogmaals plechtig en officieel bekrachtigd tijdens de 39^e algemene vergadering van de 'World Medical Association' in oktober '87 te Madrid, tenminste wat euthanasie betreft, want hulp bij zelfdoding kwam in de eindresolutie niet voor.

Over hulp bij zelfdoding leert de klinische praktijk ons ongetwijfeld dat suïcidanten in beginsel in aanmerking komen voor levenshulp. De problematiek van hulp bij zelfdoding bestaat, maar is kwantitatief duidelijk onbelangrijk te noemen in de medische praktijk. Volgens sommige onderzoeken zouden in 3 tot 5 % van de zelfdodingen stervenshulp aangewezen zijn (van Tol, 1985). Naar schatting betekent dit voor gans België ongeveer 100 gevallen per jaar. Het probleem van hulp bij zelfdoding wordt bespreekbaar gesteld maar is zeker nog niet genoeg gerijpt, opdat men tot enige consensus zou komen. Hier en daar hoort men de vraag opkomen naar de opportuniteit van wetgevende initiatieven over dit thema. Artsen reageren bijna reflexmatig met een uiterste terughoudendheid tegenover dergelijke voorstellen. De rechtspositie van de patiënt versterken betekent niet per se zijn welzijn.

Nochtans zou de wetgeving in een pluralistische maatschappij eenieder moeten kunnen toelaten te leven en te sterven volgens zijn eigen overtuiging. Voorlopig zal het individuele geweten de richtgevende rechtsregel blijven in deze delicate materie. Geneesheren zullen in overleg met de patiënt en/of zijn familie verder in eer en geweten de menselijk meest verantwoorde oplossing blijven geven, geval per geval, zoals zij in de praktijk voorkomen.

Aanbevolen literatuur

Bio-ethica in de jaren '90, volume I, Omega Editions, 1987.

Bio-ethica in de jaren '90, volume II, Omega Editions, 1987.

Ethische aanspreekbaarheid in christelijke verzorgingsinstellingen, Verbond der Verzorgingsinstellingen, Studiën, VVI, XXIX-2 1986

FARBER, J., 'World Medical Association, Madrid, oktober 1987', *Tijdschrift Nationale Raad Orde van Geneesheren*, nr. 38, 61-69, 1987.

HARRIS, J., *The Value of Life, an Introduction to Medical Ethics*, Routledge en Kegan, 1985.

SAKINOFFSKI, I. and SWART, G.T., 'Suicidal Patients and the Ethics of Medicine', *Canadian Journal of Psychiatry*, Volume 31, 91-96, 1986.

SPEIJER, N. en DIEKSTRA, R.F.W., *Hulp bij zelfdoding*, Van Loghum Slaterus, 1980.

VAN TOL, D., *Hulp bij zelfdoding, medische en juridische problemen*, Elsevier, 1985.

Paul Cosyns
januari 1988