

J. POOL*

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

Probleemstelling

Een dertigjarige man met 3 jonge kinderen wordt na een ernstig verkeersongeluk bewusteloos opgenomen en moet kunstmatig beademd worden. Het is duidelijk dat hij bij overleving ernstig gehandicapt zal blijven. Hij draagt een codicil bij zich waarin hij te kennen heeft gegeven dat in dit soort situaties van kunstmatig in leven houden afgezien moet worden. Zijn vrouw vraagt echter alles te doen wat mogelijk is.

Een veertigjarige vrouw is door haar echtgenoot verlaten en ziet het niet meer zitten. Zij vraagt de huisarts om zware slaaptabletten, omdat zij niet kan slapen.

Een vijftachtigjarige vrouw, redelijk gezond, is nog alleen over. Haar man en kinderen zijn overleden. Het enige kleinkind is geëmigreerd. Broers en zusters heeft zij niet meer. Zij vindt dat ze geen taak meer heeft en vraagt haar arts om een middel om voorgoed in te slapen.

Een man van zeventig jaar verkeert in het eindstadium van longkanker. Hij heeft veel pijn en aanvallen van ernstige benauwdheid. Hij vraagt zijn arts er een eind aan te maken.

Een vijftientwintig jarig meisje wordt opgenomen na het innemen van een overdosis slaapmiddelen. Zij heeft een brief geschreven waarin het verzoek staat verder met rust gelaten te worden. Zij leed aan ernstige depressies maar had daartussen perioden waarin zij een volledig normaal leven leidde.

Een ouder paar krijgt een (derde) kind dat een ernstige aangeboren afwijking heeft. Het is geestelijk en lichamelijk ernstig gestoord maar zal nog wel enkele jaren kunnen blijven leven. De ouders vragen de dokter of deze het kind een spuitje wil geven om het uit haar lijden te verlossen.

Een demente zeventigjarige man krijgt een longontsteking. De kinderen vragen de huisarts hem niet meer te behandelen.

Dit zijn een aantal voorbeelden die een ieder uit zijn naaste omgeving of van horen zeggen wel kent. In een enkel geval lijkt de beslissing eenvoudig, vaak echter stelt het de omgeving en de betrokken arts voor een moeilijk probleem. Zelfs de tijd voor zorgvuldig overleg ontbreekt soms. Op de achtergrond speelt dan nog de mogelijke strafbaarheid van degene die zijn medewerking aan euthanasie of zelfdoding verleent.

*De hier geformuleerde stellingen zijn voorbereid door een studiegroep van de Werkgroep Volksgezondheid van 1966, bestaande uit: Ruud J. M. Engels, Bernard M. Goslings, Jo W. Gruijters, Jan Pool en Heleen Terborgh-Dupuis.

Politieke verantwoordelijkheid

In de afgelopen paar jaar is er naar aanleiding van enkele gevallen zowel in de landelijk pers als in enkele vaktijdschriften een discussie op gang gekomen over deze problematiek. Van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie verscheen in 1980 een rapport 'Suicide en Strafrecht' en van de Stichting Vrijwillige Euthanasie een discussienota 'Euthanasie en Zelfdoding'.

Van een partij als d'66, die zo de nadruk legt op de persoonlijke vrijheid, mag in deze een weloverwogen standpunt worden verwacht. Een kleine studiegcommissie heeft zich hierin verdiept en is tot een aantal stellingen gekomen die als uitgangspunt van een verdere discussie kunnen dienen. Enkele van die stellingen zijn reeds in het partijprogramma opgenomen.

Begripsomschrijving

De begrippen euthanasie en zelfdoding worden te pas, maar vaak ook te onpas door elkaar gebruikt en met elkaar verward. Hoewel een sluitende definitie wellicht niet mogelijk is en er altijd twijfelgevallen overblijven, is het voor een goed begrip noodzakelijk tot een zo goed mogelijke omschrijving te komen.

Voor euthanasie is daarbij uitgegaan van definities geformuleerd door de Commissie Medische Ethiek van de Gezondheidsraad in haar Interim Advies inzake Euthanasie, uitgebracht in 1972. Voor 'zelfdoding' is gebruik gemaakt van de reeds eerder genoemde discussienota 'Euthanasie en Zelfdoding'. Het is van belang de begrippen euthanasie en zelfdoding goed te onderscheiden.

De letterlijker vertaling van *euthanasie* (uit het Grieks) is 'zachte dood'. Het begrip euthanasie wordt in de vakdiscussies gereserveerd voor die situaties waarin de hulpverlener, bijna altijd de behandelend arts, degene is die de dood versnelt.

Dit kan actief gebeuren door een bepaald middel toe te passen, maar ook passief door een behandeling te onthouden. Het gaat daarbij om ongeneeslijke patiënten.

Bij *zelfdoding*, een goed nederlands woord voor suicide en minder emotioneel beladen dan 'zelfmoord', is het de betrokkene zelf die de handeling uitvoert. Deze dood kan 'zacht' zijn, bijv. bij het innemen van een overdosis van bepaalde slaapmiddelen, maar ook 'hard', bijv. bij ophanging of voedselweigering. De betrokkene kan daarbij lichamelijk of geestelijk ziek zijn, maar ook volledig gezond.

Er wordt nog een onderscheid gemaakt tussen balanszelfdoding en crisis-zelfdoding. Bij balanszelfdoding wordt er vanuit gegaan dat de betrokkene weloverwogen en op goede gronden tot zijn dood komt; bij crisis-zelfdoding is vaak sprake van een acute wanhoopsuiting, een reactie op een onverwerkte of onverwachte gebeurtenis of een geestesziekte in een bepaalde fase. Naar schatting is er slechts in een gering percentage van de pogingen tot zelfdoding sprake van balans-zelfdoding.

Definitie Commissie Medische Ethiek van de Gezondheidsraad

Onder *euthanasie* wordt verstaan een opzettelijk levensverkortend handelen (*actieve euthanasie*) óf een opzettelijk nalaten van levensverlengend handelen (*passieve euthanasie*) bij een ongeneeslijke patiënt in diens belang.

Onder *vrijwillige* (gevraagde) euthanasie wordt verstaan het toepassen van euthanasie met uitdrukkelijke en geldige instemming van de betrokkene. Onder *onvrijwillige* (ongevraagde) euthanasie wordt verstaan het toepassen van euthanasie zonder uitdrukkelijke en geldige instemming van de betrokkene.

Definitie Stichting Vrijwillige Euthanasie

Onder *hulp bij zelfdoding* wordt verstaan het geven van middelen (als regel medicamenten), opdat de betrokkene zelf zijn sterven kan versnellen.

Een *balans-zelfdoder* is iemand die een poging tot zelfdoding doet en op dat moment aan *alle* onderstaande kenmerken *tegelijk* voldoet.

1. Hij moet in een voor hem ondraaglijke situatie zijn of stellig op zeer korte termijn daarin komen.
2. Die situatie moet onverbeterbaar zijn tot een voor hem leefbaar niveau.
3. Hij moet in staat worden geacht tot het overzien en begrijpen van zijn situatie en zijn toekomstmogelijkheden. Hij moet dus informatie daarover hebben verkregen en begrepen.
4. Hij moet in staat zijn zijn toekomst (als hij doorleeft) af te wegen tegen de gevolgen van zijn zelfdoding voor zichzelf en andere direct daarbij betrokkenen. Hij moet voldoende tijd, inzicht en energie hebben (gehad) om de beslissing tot zelfdoding weloverwogen te nemen.
5. Hij moet na die afweging vrijwillig en volhardend zijn dood willen.

Een *crisis-zelfdoder* is iemand die een poging tot zelfdoding doet en bij wie minstens één der bij de balans-zelfdoder genoemde voorwaarden niet is vervuld.

Stellingen

Als basis voor een discussie binnen d'66 om tot een nadere standpuntbepaling te komen zijn de volgende stellingen geformuleerd.

a. Betreffende euthanasie

1. Indien het recht erkend wordt dat een ieder in principe¹ zijn leven mag inrichten op basis van eigen levensovertuiging dient ook het recht op

een keuze ten aanzien van het sterven in principe volledig te worden gerespecteerd.

2. De erkenning van dit zelfbeschikkingsrecht omvat ook de vrijheid van een patiënt om de hulp van anderen in te roepen, het recht op euthanasie.²
3. De beschikkingsbevoegdheid van de zieke of stervende mens over zijn eigen naderend einde mag hem niet ontnomen worden. Met name dient voorkomen te worden dat dit recht door hulpverleners ontkracht of ontkend wordt.
4. Het verlenen van het recht van zelfbeschikking van een patiënt impliceert recht op informatie. Dit houdt niet alleen informatie over behandelingsmogelijkheden en het verwachte effect daarvan in, maar ook de mogelijkheid van euthanasie.
5. Hulp bij euthanasie dient niet strafbaar te zijn, indien aan de volgende voorwaarde is voldaan:
 - de hulp wordt door een arts gegeven;
 - de euthanasie vindt plaats op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt;³
 - de patiënt bevindt zich in de laatste fase van zijn leven.
6. In bepaalde gevallen dient ook onvrijwillige (ongevraagde) euthanasie mogelijk te zijn. De legitimatie hiervan lijkt wettelijk niet af te bakenen, maar vraagt een 'marginale toetsing' van de toelaatbaarheid van medisch handelen in het algemeen.

b. Betreffende zelfdoding

1. De erkenning van het zelfbeschikkingsrecht van de mens omvat mede de vrijheid tot beëindiging van het leven.
2. De erkenning van deze vrijheid brengt mede dat een beroep op de hulp van anderen kan worden gedaan in het geval dat zelfdoding zonder die hulp op onaanvaardbare wijze kan plaatsvinden. Die onaanvaardbare wijze betreft niet alleen de betrokkene zelf, maar ook de

omgeving en de nabestaanden.

3. Balans-zelfdoding⁴ dient te worden erkend als gelijkwaardig alternatief voor actieve euthanasie en verdient soms zelfs de voorkeur.
4. Hulp bij zelfdoding is slechts dan aanvaardbaar als het een balans-zelfdoding betreft⁴ en als deze hulp door een arts wordt gegeven.
5. De hulp dient op zodanige wijze te worden verstrekt dat anderen geen onevenredig leed wordt aangedaan.
6. Artikel 294 van het Wetboek voor Strafrecht dient te worden gewijzigd in die zin dat het verlenen van hulp bij zelfdoding niet strafbaar is indien is komen vast te staan dat aan de criteria sub 4 en 5 is voldaan.
7. Deze vaststelling dient op deskundige wijze te geschieden door anderen dan degene die de feitelijke hulp bij zelfdoding verleent.

Overwegingen

Zoals al gezegd, zijn deze stellingen geformuleerd door een kleine studiegcommissie, die o.a. gebruik heeft gemaakt van rapporten van de gezondheidsraad, de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie en de Stichting Vrijwillige Euthanasie. Het is in het kader van dit artikel onmogelijk diepgaand op alle achtergronden in te gaan. De lezer kan daartoe het beste deze rapporten zelf raadplegen. Door de werkgroep zijn een aantal keuzen gemaakt die hier in het kort zullen worden besproken.

In stelling a.1 is 'in principe' toegevoegd omdat men in onze gecompliceerde maatschappij niet los van vele anderen kan leven (en sterven). Veel van ons handelen heeft directe en indirecte gevolgen voor het leven van anderen. Wat voor de één een voordeel is, kan ten nadele strekken van de medemens.

Als men, zoals in stelling a.2 het recht op euthanasie erkent, moet de hulp ook kunnen worden gegeven. De hulpverlener kan echter nooit gedwongen worden dingen te doen die in strijd zijn met zijn eigen morele normen. Wel heeft hij naar onze mening de plicht de hulpvrager naar anderen te verwijzen.

Het staat ter discussie (stelling a.5) of de hulp door een arts moet worden gegeven. De werkgroep heeft hiervoor om verschillende redenen gekozen. Ten eerste behoort het overwegen en bespreken van euthanasie tot de 'normale' behandeling van de ongeneeslijke ziekte. In de tweede plaats is het de arts die het beste in staat is te beoordelen welke wijze van euthanasie voor de betrokken patiënt in aanmerking komt. Tenslotte is de arts de enige wettelijk bevoegde tot het voorschrijven en toedienen van medicamenten.

Met de laatste fase van het leven wordt niet alleen de korte periode voorafgaand aan een 'natuurlijke' dood, de stervensfase, bedoeld, zoals bij een longkanker patiënt die ernstig benauwd is. Hier is ook gedacht aan die patiënten die ernstig ziek zijn, zonder uitzicht op genezing, en bij wie de dood nog enige maanden op zich kan laten wachten.

Bij zelfdoding ligt de problematiek veel moeilijker. Veelal is (een poging tot) zelfdoding een vragen van een wanhopige om hulp en aandacht. Vaak ook is de patiënt dusdanig ziek dat voor hem de dood de enige oplossing lijkt. Hieraan doet niet af, dat genezing nu of in de toekomst eventueel zeer goed mogelijk kan zijn, waarna de patiënt het leven zonder problemen weer aan zou kunnen.

Om in deze problematiek orde te brengen, is het begrip 'balanszelfdoding' gehanteerd en zo goed

mogelijk omschreven. Daarbij is getracht de situatie waarin de betrokkene verkeert te omschrijven, evenals de relatie tot de hulpverlener en diens plicht tot informatie, alsmede de criteria waaraan de besluitvorming van de betrokkene dient te voldoen. De wijze van toetsing is in stelling b.7 omschreven.

De studietoelichting acht slechts hulp bij balanszelfdoding aanvaardbaar (stelling b.4). Ook hier is als voorwaarde gesteld dat de hulp door een arts wordt verleend. Een van de redenen hiervoor is dat zorgvuldig moet worden nagegaan in hoeverre van een te genezen ziekteproces sprake is. Ook komt hier weer de wettelijke bevoegdheid tot het voorschrijven van medicamenten aan de orde.

Met 'onaanvaardbare wijze' (stelling b.2) en 'onevenredig leed' (stelling b.5) wordt bedoeld dat de betrokkene zonder deskundige hulp aangewezen is op methoden die hemzelf (overbodig) doen lijden en die voor de omgeving, bijv. degene die de betrokkene dood aantreft, schokkend zijn.

De werkgroep neemt aan dat lang niet iedereen binnen 1966 het met deze stellingen eens zal zijn.

Voor de één gaan ze veel te ver, voor de ander niet ver genoeg. Voor een nadere standpuntbepaling door de partij zal aan geïnteresseerden de mogelijkheid geboden worden om samen met de werkgroep over deze stellingen te discussiëren. Wellicht bieden ook de kolommen van *idee '66* een mogelijkheid voor reacties.

december 1981

Noten

1. Deze basisrechten worden beperkt door de eis dat anderen niet belemmerd worden in datzelfde recht.
2. Artsen die op grond van hun levensovertuiging niet aan de wens willen voldoen hebben de plicht de patiënt naar anderen te verwijzen.
3. Deze stelling handelt alleen over vrijwillige (gevraagde) euthanasie. Het is de vraag of deze stelling ook kan gelden voor onvrijwillige (ongevraagde) euthanasie (zie stelling 6).
4. Zie de onder begripsomschrijving genoemde criteria voor balanszelfdoding.

Literatuur

- Interim adviezen van de commissie Medische Ethiek van de Gezondheidsraad*, 1972 en 1975.
Suicide en Strafrecht, Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie, 1980.
Euthanasie en Zelfdoding, Stichting Vrijwillige Euthanasie, 1980.