

OMGAAN MET EUTHANASIEWENSEN NA HET RAPPORT VAN DE COMMISSIE-SCHNABEL

Behandel euthanasieverzoek multidisciplinair

De rol van de behandelend arts bij een euthanasieverzoek is complex: behandelaar, toetsers, beslisser en uitvoerder. Het is beter om deze taken over meerdere disciplines te verdelen.

In februari verscheen het rapport van de Adviescommissie voltooid leven, verkort: commissie-Schnabel, die juridische mogelijkheden onderzocht voor hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten.¹ Wat daarvan vooral is blijven hangen, is dat de commissie vindt dat de huidige wet- en regelgeving inzake euthanasie voldoet.² De politieke en maatschappelijke reacties zijn verdeeld.³ De zaak-Heringa, de man die zijn moeder hielp met zelfdoding, ligt bij de Hoge Raad. Intussen stellen diverse partijen, waaronder de NVVE, een proef voor met een laatstewilpil voor mensen die hun leven voltooid achten. D66 heeft een wetsvoorstel aangekondigd.⁴

De huidige wet voorziet niet in de erkenning van een recht op zelfbeschikking bij het levenseinde. Volgens de wetgever is euthanasie nog steeds een medisch uitzonderlijke situatie. Zelfdoding middels een pil of drankje vergt een heel andere juridische constructie, die – simpel gesteld – niet in de eerste plaats in een medisch-ethisch kader hoeft te worden geplaatst. De vrije beschikbaarheid van een euthanaticum is de logische consequentie van de wens om niet afhankelijk te zijn van het oordeel van een derde, de arts.⁵ De betrokkene is geen patiënt noch wil als patiënt in relatie tot een arts

komen te staan over dit vraagstuk. De vraag is echter of met de koers die nu wordt ingezet, de aanbevelingen van de commissie-Schnabel als geheel wel voldoende aandacht krijgen (zie *kader* voor een kort overzicht).¹ Ook kunnen we ons afvragen of de erkenning van het belang van zelfbeschikking op dit terrein voldoende aansluit bij ideeën over goede zorg. Misschien is er ook nog voldoende ruimte voor verbetering binnen het huidige wettelijk kader?

AANBEVELINGEN COMMISSIE-SCHNABEL

1. Voltooid leven is vaak mede terug te voeren op stapeling van ouderdomskwalen.
2. Arts in hoofdrol: veiligheid, deskundigheid, toetsing.
3. Vastleggen verwijsplicht arts.
4. Complexe gevallen: raadplegen tweede consultant (in te roepen door SCEN-arts).
5. Meer aandacht voorlichting publiek.
6. Vaker hulp bij zelfdoding (patiënt actief).
7. Preventie: voorkom eenzaamheid, vergroot zelfredzaamheid en herwaardeer ouderdom.

Subjectieve factoren

De uitspraak dat ‘voltooid leven’ mede is terug te voeren op een stapeling van ouderdomskwalen is vooral gebaseerd op de huidige juridische vormgeving van de regels. De open norm van ‘ondraaglijk en uitzichtloos lijden’ is geëvolueerd van een primair lichamelijk gegeven naar een ruimere erkenning van subjectieve factoren, te weten draagkracht, de wijze van het hanteren van emoties en de individuele levensloop. Elk mens, en dus iedere casus, is uniek. De wetgever kan hiermee echter niet uit de voeten. De commissie-Schnabel geeft in het hoofdstuk ‘ethiek’ aan dat het biologische leven soms doorgaat waar het biografische (werk, kinderen, zinvolle invulling) ophoudt. Er is dus een groot verschil tussen een juridische definitie van lijden en de persoonlijke ervaringen van het individu omtrent zijn levenseinde.⁶ En er is een verschil in problematiek tussen ouderen die hun dagen zat zijn en mensen die vooral bang zijn om afhankelijk te raken op gevorderde leeftijd. De vraag is of de beoordeling van een arts of een leven voltooid is vanwege een stapeling van ouderdomskwalen, recht doet aan een mensbeeld dat uitgaat van niet alleen lichamelijk en cognitief functioneren, maar ook van een sociaal leven met betrokkenheid en betekenis voor anderen en een leven van betekenis en waarde – de zogeheten spirituele of existentiële dimensie. Dit ‘holistische’ mensbeeld is in de palliatieve zorg gemeengoed. Waarom zou dit bij euthanasie anders zijn?⁷ Christelijke partijen zetten in op goede



WERRY CRONE/HOLLANDE HOOGTE

Er is een verschil in problematiek tussen ouderen die hun dagen zat zijn en mensen die vooral bang zijn om afhankelijk te raken op gevorderde leeftijd.

voor vraagstukken in relatie tot de sociale of spirituele/existentiële dimensie een andere deskundige wordt geraadpleegd. De visie van deze persoon speelt geen formele of doorslaggevende rol in de toetsing. Deze aanbeveling is op te vatten als een zekere erkenning van een ruimer mensbeeld, zoals hierboven al benoemd en ook van het feit dat diverse vormen van lijden in een verschillende mate voor een persoon meespelen bij een doodswens. De vraag is echter wel waarom het hier een verzoek van de SCEN-arts moet betreffen. Ligt dit niet beter in handen van de behandelend arts? En waarom is dit alleen relevant voor complexe gevallen? Waarom kan er niet een multidisciplinair team worden samengesteld met de behandelend arts die als coördinator verantwoordelijk is voor de afhandeling van een euthanasieverzoek en de begeleiding bij de uitvoering ervan?

Hoewel er meer te zeggen is over de diverse aanbevelingen afzonderlijk en in hun samenhang, is er vanuit de hierboven genoemde visie wat voor te zeggen om bij euthanasie te kiezen voor een multidisciplinaire benadering. Waarom bij palliatieve zorg wel een multidisciplinair overleg houden en bij een euthanasieverzoek niet? Waarom is er geen (wettelijke, beleidsmatige en financiële) ruimte voor het communicatief bijstaan van betrokkenen en toekomstige nabestaanden door een geestelijk verzorger die veel ervaring heeft met gespreksvoering die verder gaat dan een medische beoordeling en behandeling? Het is tijd voor een multidisciplinaire benadering van de zorg rond het zelfgekozen levenseinde. ■

contact

marjolein@notos.info
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

De voetnoten en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

palliatieve zorg, liberale op euthanasie, waarmee een wonderlijke splitsing ontstaat in het denken over en doen in de zorg.

Veelheid van rollen

Onder de huidige wet is de arts behandelend, toetsend, beslissend en uitvoerend. De toets gaat niet alleen over de vraag of iemand voldoende compos mentis is om te beseffen wat hij of zij wenst (in casu dood), maar de eerste zorgvuldigheidseis gaat ook over de vraag of het verzoek vrijwillig is gedaan, dus zonder druk van anderen (mantelzorger, partner, kinderen, erfgenamen et cetera). Wordt de arts in die veelheid van rollen en taken niet overvraagd? Mij lijkt het goed om de verschillende rollen bij verschillende personen neer te leggen en dus een team van personen met aparte kwalificaties en specialisaties te formeren. Belangrijk

voordeel is dat (huis)artsen dan minder kans lopen overbelast te raken vanwege de zwaarte en eenzaamheid van de begeleiding van een sterfbed. In zorginstellingen en ziekenhuizen is het wat gebruikelijker om een patiënt of bewoner vanuit verschillende perspectieven te benaderen. Zodoende kan recht worden gedaan aan verschillende aspecten van mens-zijn – de arts is vooral gespecialiseerd in ziekteproblematiek (somaatich, psychosomaatich, psychiatrisch), maar heeft minder ervaring met sociale en zingevingsaspecten, laat staan dat hij deze aspecten in een beperkte tijd alle kan uitdiepen. Behandelaren kunnen dan samen ervaring opdoen, in multidisciplinair overleg (mdo) ervaringen delen en een casus achteraf evalueren.

Ruimer mensbeeld

Het rapport beveelt onder meer aan dat