

HET HOE EN WAAROM VAN DE VERSCHUIVENDE GRENZEN

## Vijftien jaar euthanasiewet: dilemma's en rekbaarheid

Tussen de tekst en intenties van de euthanasiewet uit 2002 en de praktijk in 2017 is veel ruimte ontstaan. Voormalig SCEN-arts Ed Kenter zet de ontwikkelingen op een rij.

**P**sychiater Boudewijn Chabot zegt dat de euthanasiewet geruisloos wordt uitgehold. De geest is uit de fles. Zorgvuldigheidseisen, zoals een vrijwillig en weloverwogen verzoek en ondraaglijk en uitzichtloos lijden worden door de toetsingscommissie niet inhoudelijk getoetst (NRC 17 juni 2017). Jacob Kohnstamm, coördinerend voorzitter van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, ontkent dat sprake is van *slippery slope*. 'Het feit dat wij de stok achter de deur zijn, leidt ertoe dat de artsen en consulenten buitengewoon goed wegen of er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden (NRC 22 juni 2017).' Waar tegenstanders spreken van een 'hellend vlak', dat nogal negatief klinkt, hebben voorstanders het liever over 'verruiming' van de zorgvuldigheidseisen: een positieve framing. Maar hoe we het ook noemen, niemand kan ontkennen dat euthanasie bij dementie, depressie, stapeling van klachten, duo-euthanasie bij echtparen, ondraaglijk lijden door het lijden dat men vreest – bijvoorbeeld voor opname in een verpleeghuis – en de schriftelijke wilsverklaring als optie bij wilsonbekwaamheid, bij de invoering van de wet in 2002 ontoelaatbaar waren.

Dat is nu wel anders. Waardoor zijn deze veranderingen erin geslopen?

**1** Ten eerste biedt de toetsing de ruimte. De toetsingscommissie toetst de zorgvuldigheidseisen zoals ondraaglijk lijden niet inhoudelijk, maar zij checkt of de wet is nageleefd, dus of ondraaglijk lijden is vastgesteld door de arts. Op afstand krijgt de commissie gefilterde informatie van de behandelend arts en de SCEN-arts. Dat biedt ruimte voor een eigen interpretatie van het ondraaglijk lijden, dat zodoende soms wat aangezet en uitvergroet kan worden.

**2** In de tweede plaats is ondraaglijk lijden een circulair begrip. Het is zoals de patiënt zegt dat het is, subjectief en dus niet te meten. En daarmee ook een rekbaar begrip; in de loop der jaren is de eis van ondraaglijk lijden opgerekt tot gebrek aan kwaliteit van leven.

**3** Ten derde is er een mechanisme van selffulfilling prophecy werkzaam dat de grenzen beïnvloedt. Kohnstamm zegt: 'Jarenlang is zeer angstig aangekeken tegen de mogelijkheden die de wet

bood aan dementerenden en psychiatrische patiënten. Je zou kunnen beredeneren: zij zijn, sinds de wet in 2002 van kracht werd, in de kou blijven staan.' Dat deze mensen nu niet meer 'in de kou staan' komt door een soort haasje-over-effect: dokters staan meer open voor euthanasie, patiënten krijgen vaker gehoor en vragen eerder om uitvoering, artsen gaan mee in die wensen, patiënten worden mondiger en willen meer inspraak, enz. Een dergelijk maatschappelijk proces verloopt als een selffulfilling prophecy volgens de Thomas-theorie: wanneer mensen situaties als werkelijkheid definiëren, krijgen die situaties werkelijke gevolgen. Bijvoorbeeld: de opvatting dat het verpleeghuis de hel op aarde is, maakt euthanasie om opname te voorkomen heel normaal.

**4** In de vierde plaats is de euthanasiepraktijk ruimhartiger geworden sinds een arts gevolg kan geven aan een schriftelijk verzoek van een inmiddels wilsonbekwame patiënt, indien dit is opgesteld toen deze nog wilsbekwaam was. Hiermee wordt een optie genomen op de besluitvorming. Maar weten wij wel waarover wij praten als we nog niet terminaal zijn? Wat is een schriftelijke wilsverklaring waard als een demente patiënt zich niet ongelukkig toont in omstandigheden die hij eerder omschreef als ondraaglijk en uitzichtloos? Als huisarts heb ik herhaaldelijk ervaren dat patiënten uit voorzorg hun grenzen in een schriftelijke wilsverklaring vast-



GETTY IMAGES

De eis van ondraaglijk lijden is opgerekt tot gebrek aan kwaliteit van leven.

legden, maar eenmaal bij die grenzen beland, verschoven ze deze en kozen voor langer leven, ondanks het lijden.

5 Ten slotte, in de meeste gevallen maken artsen en consulenten buitengewoon goede afwegingen bij de besluitvorming rond euthanasie. Maar er zijn nog zaken die onderbelicht of onbesproken blijven. Bijvoorbeeld, hoe ondraaglijk lijdt een patiënt die de uitvoering van de euthanasie een aantal weken wil uitstellen tot zijn verjaardag? Wordt daarbij voldoende deskundig tegenspel geboden door artsen? En hoe gaat de arts om met druk door de naasten van de patiënt?

Nederland wil graag als gidsland richting geven op veel gebieden. We zijn slim in gedoogconstructies, zoals vroeger met schuilkerken en nu met de wietinkoop

via de achterdeur. Zo ook de dubbele bodem van de euthanasiewet, die het op zich goed doet, maar ook sluipenderwijs te veel ruimte kan bieden.

Het verder oprekken van de grenzen van het toelaatbare, zoals – het volgende haasje-over – het voltooid leven, lijkt mij voorlopig niet wenselijk. De discussie over de huidige grenzen is nog lang niet uitgekristalliseerd. ■

**contact**

edkenter@xs4all.nl;  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

**web**

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

**31 OKTOBER**  
ARMINIUS  
ROTTERDAM  
aanvang  
16.00 uur

MEDISCH  
CONTACT  
**Live**

## DE DOKTER EN DE DOOD 2017

MET ONDER ANDEREN:

**Gert van Dijk, Sander de Hosson,  
Mieke Kerkhof, Wilma Duijst en  
Awee Prins**

**AANMELDEN VIA**  
**MEDISCHCONTACTLIVE.NL**  
3 Accreditatiepunten ABAN