

Reactie op 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus'

Psychiaters De Boer en Oei (2011) zetten de recente ontwikkelingen binnen de problematiek van 'euthanasie' bij psychiatrische patiënten op een rij, uitgaande van een van de casussen uit het jaarverslag van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie over 2008. De auteurs concluderen: 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie zal vaker kunnen worden geboden, nu procedures en ijkpunten beschikbaar zijn gekomen die in overeenstemming zijn met het rechtstelsel.' Opvallend genoeg wordt vrijwel dezelfde argumentatie gehanteerd na de geruchtmakende casus van 'euthanasie' bij gevorderde dementie die, nog steeds, veel stof doet opwaaien. Ook die hulp zou nu vaker kunnen worden geboden volgens de voorzitter van de toetsingscommissie (Reerink 2012). In beide casussen wordt daarmee echter slechts voldaan aan de noodzakelijke voorwaarden. De vraag naar de voldoende voorwaarden wordt echter niet gesteld.

De rechtvaardiging voor het ingaan op een verzoek tot levensbeëindiging is binnen de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) in *ultimis* gelegen in het bestaan van een overmacht- of noodsituatie: het conflict van plichten dat zich voor de arts kan voordoen tussen, kortweg, de plicht tot behoud van het menselijk leven en de plicht tot het verlichten van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. De WTL kent daarbij twee varianten: doden op verzoek en hulp bij zelfdoding, samen: 'artseneuthanasie'.

'Doden op verzoek' en/of 'hulp bij zelfdoding' door de arts is gedefinieerd als: 'opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek' (het overhandigen van een dodelijk drankje door de arts behoort ook tot zulk 'handelen'). In overeenstemming hiermee bestaat er echter ook 'zelfeuthanasie' in de betekenis van: 'opzettelijk levensbeëindigend handelen, dóór de betrokkene zelf, áán de betrokkene zelf, na

een heldere afweging besloten, op zorgvuldige wijze uitgevoerd'. Anders dan artseneuthanasie gaat deze zelfeuthanasie noodzakelijk gepaard met zelfbeschikking: 'het zelf verkrijgen en/of behouden van regie én zeggenschap bij het op zorgvuldige wijze voorbereiden, besluiten en bewerken van het eigen levenseinde'. Die zelfbeschikking gaat op haar beurt weer gepaard met verantwoordelijkheid voor de manier waarop er zelf wordt beschikt.

Nu kun je in dit verband de vergeten vraag stellen met welk moreel recht (dus niet het noodzakelijke juridisch recht van de WTL) de ene mens de andere mens kan vragen hem/haar te doden, waarbij die andere mens dan op dat verzoek ingaat, terwijl het voor die ene mens mogelijk is zélf op een zorgvuldige wijze het leven te beëindigen. Anders gezegd: mag je een ander belasten met de vraag jou te doden, als je dat zelf kunt? (Op een zorgvuldige, weloverwogen en betrouwbare manier.)

Als zelfeuthanasie een reële mogelijkheid is voor iemand die na rijp beraad beëindiging van zijn leven als de enige resterende optie ziet, welke voldoende reden resteert er dan nog voor een arts of psychiater om in te gaan op een verzoek tot (hulp bij) levensbeëindiging?

Bij somatische problematiek is het antwoord niet ver te zoeken: de patiënt kan immers door zijn lichamelijke conditie niet meer in staat zijn de levensbeëindiging onder eigen zeggenschap en regie zorgvuldig voor te bereiden en uit te voeren. Zoals gebruikelijk is de somatische problematiek helderder en de somatische arts heeft het 'makkelijker'. Maar zelfs bij de somatische arts kun je je afvragen of deze niet te vaak zijn toevlucht tot doden op verzoek neemt en te eenvoudig voorbijgaat aan de mogelijkheid van hulp bij zelfdoding (of het alternatief van zelfeuthanasie).

Maar voor de psychiater doet zich hier een curieuze situatie voor. Als hij/zij zich ervan vergewist heeft dat zowel hij/zij zelf als ook de patiënt die het verzoek doet, aan alle voorwaarden van de wet voldoet, inclusief expliciete (en extra) aandacht voor de wilsbekwaamheid van de psychiatrische patiënt, dan vervalt op hetzelfde moment de

voldoende grond om op het verzoek in te gaan! Waarom? Omdat er in de vorm van zelfeuthanasie een alternatief is dat in principe binnen het bereik van de patiënt ligt en waarmee het ontstaan van een conflict van plichten wordt voorkomen. De patiënt heeft immers geen plicht tot het behouden van zijn leven en het alternatief doorbreekt de afhankelijkheid van de patiënt van de arts (en doet zo aan álle betrokkenen recht).

Mocht er niet meer (voldoende) van wilsbekwaamheid sprake zijn, dan vervallen in feite álle mogelijkheden, inclusief zelfeuthanasie. En om dan zo'n patiënt de mogelijkheid te bieden voor de trein te springen is inderdaad, in de woorden van Ad Kerkhof, 'een demonstratie van armoede'.

In 1994 sprak de Hoge Raad zich uit in de geruchtmakende zaak tegen psychiater B. Chabot die een patiënte dodelijke middelen had gegeven om haar leven te kunnen beëindigen. In een interview door Stella Braam, opgenomen in *Uitweg. Een waardig levenseinde in eigen hand*, zegt Chabot desgevraagd: 'Ik zou het weer doen, als zelfeuthanasie nu nog steeds niet mogelijk zou zijn.' (Chabot & Braam 2010)

Chabot bevestigt hier dat het weigeren van levensbeëindiging door de psychiater niet problematisch hoeft te zijn, op voorwaarde dat dit gepaard gaat met volledige openheid (eventueel in de vorm van een verwijzing naar een consultant van Stichting de Einder). Die openheid biedt de (wilsbekwame) patiënt de mogelijkheid de zeggenschap en regie over het eigen levenseinde te verwerven, ook wanneer dit tot het feitelijk bewerken van dat levenseinde voert.

LITERATUUR

- Boer AP de, Oei TI. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 543-50.
- Reerink A. De vrouw die niet meer wist dat zij dood wilde. *NRC Handelsblad*, 4 februari 2012.
- Chabot B, Braam S. *Uitweg, een waardig levenseinde in eigen hand*. Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar; 2010 (5de, uitgebr. herz. druk, 2012), p. 220.

AUTEUR

TON VINK is filosoof (www.ninewells.nl) en werkt samen met Stichting de Einder.

Correspondentieadres: dr. Ton Vink, Ommershofselaan 10, 6881 RT Velp.

E-mail: tonvink@ninewells.nl.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Assisted suicide in psychiatry; current situation and notes on a recent case'

ANTWOORD aan Vink

Filosoof Vink werpt een belangwekkende vraag op. Hij is niet de eerste, maar behoort wel tot de besten in het euthanasiedebat. Vink is de inspirator van Stichting De Einder, waar mensen met een wens tot levensbeëindiging terecht kunnen die elders in de officiële medische wereld geen gehoor (meer) vinden. De consultants van De Einder geven kundige voorlichting en wijzen de weg aan wanhopigen.

Zij hoeden zich ervoor daadwerkelijke hulp bij zelfdoding te verlenen, omdat zij er grondig weet van hebben dat dat strafbaar zou zijn. Dit kwam ook duidelijk tot uitdrukking in de zaak tegen Gerard Schellekens, voormalig voorzitter van Stichting Vrijwillig leven, die als niet-arts veroordeeld werd voor hulp bij zelfdoding tot gevangenisstraf en een hoge geldboete.

In minder dan een op vijf gevallen volgt een daadwerkelijke autonome levensbeëindiging. De andere 80% ziet ervan af en vervolgt gesterkt door de verschaft informatie het levenspad. De stichting De Einder betoont zich in de persoon van voorman Vink een bezielde voorstander van zelfeuthanasie als alternatief voor artseneuthanasie.

De zelfeuthanasie kenmerkt zich door:

- een goed voorbereide beslissing zelf een eind aan het leven te maken;
- de keuze voor een effectieve, niet gruwelijke methode (overdosis pillen of stoppen met eten en drinken);
- de regie en verantwoordelijkheid blijven strikt in de eigen hand;

Uiterst belangrijk is hierbij dat de vraag om hulp bij zelfdoding niet langer aan de arts /psychiater dient te worden voorgelegd. Deze zou daarmee niet langer in een situatie van overmacht terechtkomen en zou niet langer voor het dilemma gesteld worden: het leven koste wat het kost verdedigen/verlengen versus op nadrukkelijk weloverwogen verzoek van de patiënt beëindigen van diens leven. De zelf te bewandelen stervensweg zou een universele oplossing bieden.

Vink stelt dat psychiaters zich nodeloos onoplosbare problemen op de hals halen door de mogelijkheid van zelfeuthanasie over het hoofd te zien. Hij stelt eigenlijk ook dat de patiënt die de arts om hulp bij zelfdoding vraagt moreel verwijtbaar handelt. De pil van Drion zou er immers al zijn. De praktijk is anders; de weg naar de pillen is moeilijker dan menigeneen denkt: veel internetten en apotheken in België of Mexico bezoeken en voorwenden dat die vele medicijnen voor de zieke hond bestemd zijn. Ook Chabot en Koerselman betonen zich duidelijk voorstander van zelfeuthanasie.

Wij maken daarbij de volgende kanttekeningen: ten eerste bestaat er geen duidelijk onderscheid tussen zelfeuthanasie en gewone suïcide. Ten tweede staat de weg die Vink bepleit haaks op datgene wat de Euthanasiewet bepleit:

- het traject naar euthanasie dient goed beargumenteerd en gedocumenteerd te worden;
- het verslag van de artsen inzake euthanasie of hulp bij zelfdoding wordt getoetst;
- de arts schakelt ten minste een andere arts/consulent in;
- de arts verstrekt de dodelijke middelen en staat garant voor de kwaliteit;
- de arts is bij de levensbeëindiging aanwezig en geeft een veiligheidsnet;
- indien de orale methode faalt, zal hij of zij met intraveneuze middelen ingrijpen;
- de tuchtrechter en het Openbaar Ministerie houden van verre toezicht.

Een derde kanttekening is dat de verzekeringsmaatschappijen ook positie kiezen: zij betalen een levensverzekering alleen uit als de hulp bij zelfdoding is verleend door een arts. In ons artikel constateerden wij een verschuiving van de juridische en beroepsethische normen omtrent hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. Deze opvatting kan niet langer als afwijkend van het huidige beroepsethos worden opgevat. Juist de normering binnen de beroepsgroep (de richtlijn) getuigt van een grote verantwoordelijkheidszin en het zoeken naar een maximum aan waarborgen en een optimum aan hulpverlening. De waarborgen betreffen niet alleen de besluitvorming, maar zeker ook de uitvoering. Buiten het medische circuit bestaan op die terreinen grote gevaren.

Onze conclusie is dat euthanasie en hulp bij zelfdoding terecht door de wetgever aan dokters zijn toebedeeld. Het handelen van dokters wordt daarbij goed gereguleerd door de Wet op Toetsing Levensbeëindigend Handelen. Het voornaamste bezwaar tegen Vinks redenering is dat hij voorbij gaat aan de kwaliteitsgaranties die deze wetgeving biedt.

Het is van groot belang dat meer psychiaters hun verantwoordelijkheid daarbij niet (langer) uit de weg gaan. Het gedachtegoed dient in de hele beroepsgroep meer te verwortelen. Wij danken de filosoof Ton Vink voor zijn leerzame bijdrage aan het debat.

AUTEURS

ARDAAN DE BOER, psychiater/SCEN-arts, GGZ Noord-Holland-Noord.

KAREL OEI, emeritus hoogleraar forensische psychiatrie, Tilburg University.

Correspondentieadres: prof. dr. Karel Oei, Postbus 431, 3720 AK Bilthoven.

E-mail: T.I.Oei@uvt.nl.