

Arts heeft veel macht over het tijdstip van een gewenste dood

Zelfeuthanasie als stil protest

dr. B.E. Chabot,
medisch socioloog en psychiater in ruste

Correspondentieadres: hbholt@hotmail.com

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De exclusieve regierol van artsen bij levenbeëindiging ligt onder vuur. Verruiming van de wettelijke mogelijkheden stuit op bezwaren. Burgers blijken ook in eigen regie een goede dood te kunnen bespoedigen.

Artsen hebben een bijzondere positie verworven in het grensverkeer met de dood. Door hun voorsprong in kennis, ervaring en wettelijke positie hebben zij de regie in handen bij alle belangrijke beslissingen rond het levenseinde. Die positie verleent hen aanzien en macht. Macht in die zin, dat een arts de keuzemogelijkheden van een patiënt sterk kan inperken om eerder een goede dood te sterven dan door ziekte of ouderdom te verwachten valt.

Hoe gaat dat in de praktijk? Om te beginnen is de euthanasiewet, de WTL, zo ingericht dat euthanasie nooit een recht is maar een gunst: artsen beoordelen of voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen en mogen een verzoek niet alleen op gewetensgronden afwijzen, maar ook aanvullende voorwaarden stellen die niet in de wet staan. Bijvoorbeeld: 'U hebt geen dodelijke

ziekte', of: 'U bent niet in de stervensfase'.¹ Onder SCEN-artsen bestaan verschillen van beoordeling en daarmee ontstaat een zekere willekeur in toe- of afwijzing van euthanasieverzoeken waarvan de om-

vang niet bekend is.² Een patiënt kan tegen de afwijzing van zijn euthanasieverzoek nergens in beroep gaan. De theoretische mogelijkheid van doorverwijzing naar een andere arts die het euthanasieverzoek opnieuw in overweging wil nemen, bestaat in de praktijk niet.³ Inperking van de keuzemogelijkheden van een patiënt gebeurt ook bij andere medische

beslissingen rond het levenseinde. Met name een verzoek te sterven door palliatieve sedatie kunnen artsen naast zich neerleggen door te wijzen op de 'medische indicatie' die daartoe vereist is.⁴ Wie eerder zou wensen te sterven door af te zien van ingrijpende behandelingen zoals bestraling of chemotherapie, krijgt lang niet altijd precieze informatie over de beperkte slaagkans en de langdurige belasting ervan. Dankzij de combinatie van wettelijke regelgeving en de interpretatieruimte daarbij, hebben artsen de exclusieve beslissingsmacht verworven over het vervroegen van het tijdstip van een gewenste dood.

Een goede dood

Wat verstaan we onder 'een goede dood'? Sociologen hebben in kaart gebracht dat men in veel samenlevingen het overlijden als een 'goede dood' beschouwt wanneer deze aan het eind van een geleefd leven plaatsvindt, omringd door familie en zonder ernstige pijn.⁵ Daarentegen vindt een 'slechte dood' of suicide plaats in eenzaamheid, voortijdig, impulsief en met gewelddadige methoden. In westerse landen is de wens opgekomen enige controle te kunnen uitoefenen op plaats en tijd van sterven. Dankzij de opkomst van de palliatieve zorg is het ook mogelijk geworden zonder ernstig ongemak of pijn te sterven.

Er blijken in Nederland nog twee andere mogelijkheden te zijn waarmee men het tijdstip van een gewenste en goede dood zelf stuurt. In een grote steekproef (n=21.500) uit de Nederlandse bevolking vond ik dat ernstig zieke

Er is een zekere willekeur in toe- of afwijzing van euthanasieverzoeken