

Zorgen om zachte dood sterven niet

Over weinig ethische kwesties hebben christenen zich de afgelopen decennia zoveel blaren op de tong gepraat als over euthanasie. Toen de nieuwe euthanasiewet in 2001 werd aangenomen, schudden gelovigen wereldwijd het hoofd in ongeloof. *Principieel* beschouwd is de nieuwe euthanasiewet een dieptepunt. Maar pakt de nieuwe regelgeving in de *praktijk* nu echt zo slecht uit, of zijn er lichtpuntjes? In de aanloop naar het aangekondigde evaluatiedebat in de Tweede Kamer – dat door de val van het kabinet vermoedelijk pas ná de zomer van 2003 zal plaatsvinden – een gesprek met anesthesist en pijnarts Paul Lieverse.

Door Gert-Jan Schaap in *cv-koers* van november 2002

Ook voor mensen die euthanasie om principiële redenen afwijzen, lijkt de nieuwe euthanasiewet die in april 2002 van kracht werd niet alleen verliesposten te hebben. Zo spreekt de wet uitdrukkelijk van palliatieve (leedverzachtende) zorg, en is de *second opinion* verplicht. Ook is nog steeds in de regelgeving vastgelegd dat euthanasie alleen mag worden toegepast als de patiënt daar uit vrije wil om vraagt (zie kader). Het aantal euthanasie-meldingen neemt af sinds de registratie ervan, melden de vijf regionale toetsingscommissies in hun jaarverslag, en de KNMG meent dat ook het aantal niet-gemelde gevallen navenant terugloopt, mede door de inzet van deskundige euthanasieconsulenten (SCEN-artsen). Ondanks dat overheerst bij dr. Paul Lieverse, sinds 1989 als anesthesist en pijnarts verbonden aan de Daniël den Hoed Kliniek in Rotterdam, de sceptis: „De nieuwe euthanasiewet is geen verbetering.”

Dood voor ogen

Neem de palliatieve zorg aan ernstig zieke patiënten. In een online toelichting op de nieuwe euthanasiewet verzekert het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur dat ‘alle mogelijke vormen van (palliatieve) zorg zijn aangewend’ voordat een arts euthanasie toepast. Dat klinkt mooi. „Maar wat verstaat men onder palliatieve zorg?“, wil Lieverse weten. „Het doel van palliatie is optimale zorg bieden aan patiënten met een vergevorderd, progressief verlopend ziektebeeld en een beperkte levensverwachting. De focus hierbij is de kwaliteit van leven, niet een langer leven. Anders gezegd: ‘leven aan dagen toevoegen in plaats van dagen aan het leven’. De patiënt en zijn naasten moeten geholpen worden om – ook met de dood voor ogen – zo goed mogelijk te kunnen léven. Maar de nieuwe euthanasiewet doet iets heel anders: die beoogt levensbeëindiging te reguleren.”

In medische kringen bestaat grote behoefte aan bij- en nascholing rond pijnbehandeling en palliatieve zorg. Dat geldt zelfs voor drukke verpleeghuisartsen en huisartsen, stelt Lieverse met vreugde vast. Maar een punt van zorg blijft een goede beschikbaarheid en de toegankelijkheid van palliatieve zorg, „Er is wel een politieke consensus over bijvoorbeeld uitbreiding van faciliteiten voor bijscholing en financiële steun voor instellingen, maar helaas blijft het vaak bij bevlogen woorden en blijven concrete beleidsvoornemens uit.”

Een heel fundamentele zorg van Lieverse – sinds 2000 duo-raadslid van de ChristenUnie-fractie in de gemeente Bleiswijk – betreft het schijnbaar sterkste argument van voorstanders van euthanasie: het criterium van de vrijwilligheid. Euthanasie mag ook onder de nieuwe euthanasiewet alleen worden toegepast als de patiënt daar vrijwillig om vraagt. Een beroep

op het autonomieprincipe of zelfbeschikkingsrecht staat volgens Lieverse in de praktijk echter bepaald niet sterk. Volgens hem is het een zeldzaamheid dat een euthanasieverzoek werkelijk vrijwillig is. Het is voor hem een wezenlijke vraag in hoeverre een ernstig zieke een onafhankelijk en vrijwillig verzoek kan doen om euthanasie.

Hij legt uit dat een patiënt dit verzoek doet in de meest afhankelijke, onvrijwillige en soms onmondige situatie in zijn leven. Er zijn *lichamelijke* factoren die de capaciteit om beslissingen te nemen aantasten. De terminale fase en de medicijnen die in deze situatie vaak worden toegediend, bemoeilijken een helder en normaal functioneren van de hersenen. Maar ook *psychisch* bevindt de patiënt zich in een afhankelijke situatie: hij is afhankelijk van artsen die de informatie geven; hun houding, gebaren en *'tone of voice'* kunnen – zelfs onbewust – een verzoek van de patiënt om euthanasie uitlokken. Daarbij komt nog de *druk van de samenleving*, die bij een bepaalde mate van ziek zijn het toepassen van euthanasie meer en meer als normaal ervaart. Dit alles kan ertoe leiden dat de patiënt zichzelf als een overbodige last gaat zien. Daarnaast is er nog de mogelijkheid dat de patiënt aan een *psychiatrische stoornis* leidt. Bij patiënten met kanker komt bijvoorbeeld depressie veel voor. „Al met al”, concludeert Lieverse, „is het twijfelachtig of het in de meeste situaties wel om een echt vrijwillig euthanasieverzoek gaat. Bovendien kan het in de praktijk nog erg moeilijk zijn om vast te stellen dat een verzoek vrijwillig is.”

Triomfantelijk

Niemand weet hoeveel, maar er zijn nog altijd artsen die euthanasie verrichten zonder dit te melden. De regionale toetsingscommissies vermoeden zelf dat 40 a 50 procent van de euthanasieverrichtingen niet wordt gemeld. De nieuwe euthanasiewet wil dat bestrijden door de consultatie van een tweede arts verplicht te stellen. Lieverse is echter ook op dit punt niet gerust. „Keer op keer wordt in de media triomfantelijk geroepen hoeveel meldingen van euthanasie de toetsingscommissies bereiken, alsof het aantal meldingen een garantie is van kwalitatief goede zorgverlening. Om die stiekeme praktijk werkelijk te bestrijden, zou voorafgaande consultatie van een in de palliatieve geneeskunde geschoolde arts een wettelijke vereiste moeten zijn.”

In een commentaar op de nieuwe euthanasiewet schreef het *Reformatorisch Dagblad* dat de verplichte consultatie van een tweede arts praktisch gezien niets voorstelt, omdat de eigen huisarts het verzoek om euthanasie feitelijk al heeft ingewilligd. Klopt deze constatering? „Het ligt sterk aan de bedoeling van de arts die om zo'n verplichte *second opinion* vraagt. Is het niet meer dan een procedureel detail, een laatste hobbel die genomen moet worden? Uiteraard vraag je dan een collega van wie je weinig tegengas verwacht”, antwoordt Lieverse. „Het wordt anders als zo'n *second opinion* bedoeld is als een betekenisvolle consultatie. In de wetstekst is een zorgvuldigheidseis opgenomen, die in deze laatste zin kan worden uitgelegd. Voordat men namelijk tot euthanasie mag besluiten, moet de arts met de patiënt tot de overtuiging gekomen zijn dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is.” Medici lijken steeds vaker kritisch te staan tegenover ontwikkelingen op het vlak van zorg voor het levenseinde. Daar is Lieverse blij mee. „Ik hoor collega-artsen geregeld de verzuchting slaken dat sommige patiënten – of hun familie – wel erg snel over euthanasie beginnen. Veel artsen achten de huidige euthanasiepraktijk doorgesloten. En dan heb ik het dus niet over artsen die uit principe al negatief staan tegenover euthanasie.”

Zelf beantwoordt hij geregeld vragen van collega's die vastlopen in hun zorg voor ernstig

zieke patiënten. Ook wanneer hij proeft dat zij euthanasie overwegen, geeft hij zo goed mogelijk advies. „Ik steun de dokter; ik geef géén ondersteuning aan euthanasie. Ik geef eerlijk aan wat mijn grenzen zijn. Mijn motivering is duidelijk. Veel studies tonen aan dat verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding afnemen, wanneer artsen geschoold zijn in zorg voor het levenseinde en zich vaardigheden op dit terrein hebben verworven. Zo'n vaardigheid is bijvoorbeeld het onderkennen dat een patiënt die een euthanasieverzoek doet, daar heel verschillende dingen mee kan willen uitdrukken. De meest voorkomende reden is angst. Patiënten zijn bang om hun waardigheid te verliezen, bang om pijn te hebben, bang om te stikken, bang om alleen te zijn. In de regel is de vraag om euthanasie een noodkreet: een vraag om een uitweg uit het lijden.”

Christelijke inbreng

De nieuwe euthanasiewetgeving zou na een jaar – dus in april 2003 – worden bekeken in een evaluatierapport, zegden de Paarse bewindslieden Borst (Volksgezondheid) en Korthals (Justitie) met enige tegenzin toe. Van het kabinet-Balkenende viel aanzienlijk meer te verwachten. CDA-staatssecretaris Clemence Ross-van Dorp – die zich in haar tijd in de oppositiebanken behoorlijk kritisch toonde over de nieuwe regelgeving – kondigde aan dat er grondig geëvalueerd en gedebatteerd zou gaan worden in de Tweede Kamer. Nu het kabinet gevallen is, staat dit mogelijk op losse schroeven. In elk geval zal het debat over het zomerreces 2003 heen getild worden, is de verwachting.

Aan Lieveerse de vraag wat de christelijke inbreng zou moeten zijn in dat evaluatiedebat. Zijn suggestie is om in te steken op drie kernpunten, te beginnen bij toetsingscommissies. „Waarop toetsen zij? Vragen zij zich de meest wezenlijke vragen af: Is er genoeg gedaan om te voorkomen dat de patiënt wel om euthanasie moest vragen? Hoe was de deskundigheid van de geconsulteerde arts? Waren er behandelingsmogelijkheden aanwezig?” Een tweede kernpunt is de deskundigheidsbevordering. „De komende evaluatie vormt een goede aanleiding om na te gaan of daar voldoende aan gebeurt. Iedereen weet van de demografische feiten van vergrijzing en toename van het aantal kankerpatiënten. Neemt de capaciteit van de medische en verpleegkundige opleidingen in gelijke mate toe? Is er voldoende aanbod van scholing in palliatieve zorg?”

De wachtlijsten vormen het derde kernpunt. „Hoe staat het met de aanpak daarvan? Ook dit punt is relevant. Een patiënt is afhankelijk van verzorging en verpleging; een beperkte beschikbaarheid van personeel kan leiden tot een gevoel 'te veel' te zijn en tot de vraag om euthanasie. Hoeveel mensen kunnen niet of veel te laat naar huis wegens personeelstekort bij de thuiszorg? Hoe vaak moeten verpleeghuizen bezuinigen op zorg wegens te krappe budgetten?”

Lieveerse voelt er overigens weinig voor om een persoonlijke kruistocht tegen de euthanasiepraktijk te voeren. „Mijn taak is niet een soort anti- euthanasiepropaganda te voeren, maar als pijnarts zorgen voor patiënten. Daarbij spreek ik vaak met patiënten over wat hen zoal bezighoudt, dus ook over hun mogelijke zorgen over het naderend sterven. Wanneer daarbij euthanasie ter sprake komt, voel ik me wel eens belast. Maar tegelijkertijd voel ik mij ook bijna vereerd dat zij zo'n gevoelige kwestie met mij willen bespreken. Ik heb dan weinig behoefte aan een ethische discussie, maar wil veeleer zoeken naar de beste manier van reageren op iemand die zich zo kwetsbaar voelt en wellicht geen uitweg meer ziet. Samen met een heel team zorg ik dan niet voor 'een stervende', maar voor een levende, mijn naaste. Tot en met het einde.”