

Nog een toetsingscommissie?

Ongeveer een jaar geleden verscheen in het artsblad *Medisch Contact* een spraakmakend artikel van de hand van arts en ethica Suzanne van de Vathorst, getiteld 'De dood als beste optie'. Van de Vathorst beschreef daarin de lijdensweg van een jongetje, geboren met een open ruggetje en een waterhoofd. Vanwege de slechte vooruitzichten van hun zoon hadden zijn ouders geen toestemming gegeven voor een operatie; zij hadden zich voorbereid op zijn aanstaand overlijden. De baby overleed echter niet. Het kindje lag niet aan een beademingsapparaat en het dronk uit een flesje. Men kon natuurlijk besluiten eventuele complicaties en infecties niet te bestrijden, maar complicaties komen niet op bestelling en het effect van dergelijke 'niet-behandelbeslissingen' is ongewis.

In dit soort gevallen zouden artsen eigenlijk de moed moeten hebben actief het leven van het kind te beëindigen, aldus Van de Vathorst. In de commissie die zich moest beraden over de behandeling van de baby met het waterhoofd was geen arts die dat aandurfde. "Zelfs het niet-voeden van het jongetje, waarvoor in dit geval geen voedingssonde verwijderd hoefde te worden leek een meer aanvaardbare manier van de dood dan het geven van een dodelijke injectie. Niets scheidt de arts van de dood die hij veroorzaakt door de naald: geen tijd, wat bij het onthouden van vocht en voeding wel het geval is, en geen andere fysiologische processen, zoals koorts bij een infectie of zuurstoftekort na het staken van beademing," aldus Van de Vathorst. En daar komt dan nog bij dat artsen niet weten wat de juridische gevolgen zouden zijn als zij het leven van dat arme jongetje wel zelf zouden beëindigen.

Dat laatste probleem moet volgens de artsenfederatie KNMG worden opgelost door het instellen van een toetsingscommissie, naar analogie van de toetsingscommissies bij euthanasie, maar toch een beetje anders omdat het Openbaar Ministerie bij deze nieuwe toetsingscommissie een belangrijker rol zou moeten blijven spelen. Vanuit de beroepsgroep wordt gepleit voor "een procedure van melding en toetsing waarin het accent ligt op een multidisciplinaire beoordeling van aangebrachte zaken."

Wat zou zo'n multidisciplinaire toetsingscommissie moeten doen? Over levensbeëindiging bij wilsonbekwame patiënten kunnen tal van lastige ethische vragen worden gesteld. Mag een arts het leven van het kind alleen beëindigen als het kind ondraaglijk lijdt en sowieso op korte termijn zal overlijden? Of mag het ook als het kind aan zijn aandoening vermoedelijk niet zal sterven, maar wel een "onleefbaar" leven tegemoet gaat? En wat is dan een onleefbaar leven? Impliceert dat veel fysieke pijn? Of is een leven ook onleefbaar als het kind nooit zal kunnen denken en communiceren, maar ogenschijnlijk niet lijdt? Moet de eventuele toetsingscommissie daar zelf allemaal jurisprudentie over ontwikkelen, wellicht in samenspraak met het Openbaar Ministerie en met de medische professie, die daarover in de jaren negentig lezenswaardige rapporten heeft gepubliceerd? Of gaat het kabinet deze criteria opstellen, al of niet in overleg met het parlement?

En als die criteria geformuleerd zijn, zal de toetsingscommissie daar dan strak aan vast gaan houden, omwille van de duidelijkheid, of zal zij zo mild mogelijk oordelen over het handelen van artsen, om hun meldingsbereidheid te verhogen en aldus de transparantie van het medisch handelen te bevorderen?

Transparantie heet altijd het grote voordeel van het Nederlandse beleid rond medische hulp bij het sterven. Wij weten tenminste wat onze dokters uitspoken, in andere landen moeten ze daar maar naar gissen. Het siert de KNMG dat deze organisatie mee gaat met dit verlangen naar openheid, toetsbaarheid en publieke verantwoording.

De hang naar transparantie kan echter ook te ver gaan. De Groningse rechtssocioloog Schwitters heeft ooit uitgelegd dat de drang tot steeds meer openheid een mechanisme is waarlangs je in Nederland, ondanks alle zorgvuldigheid, toch nog op een hellend vlak terecht zou kunnen komen. Stel dat je levenbeëindiging op verzoek (praktijk A) acceptabel vindt. Artsen kunnen dat melden en worden dan niet vervolgd. In de medische praktijk vindt echter ook levensbeëindiging zonder verzoek plaats. Hoe vaak weet je niet precies. Om wat voor soort gevallen het gaat weet je ook niet precies. Het zou kunnen gaan om praktijk B (zeg, levensbeëindiging in de situaties als door Van de Vathorst beschreven), maar ook om praktijken C, D en E, die je minder wenselijk vindt. Om maximale melding en maximale

transparantie te bereiken zou je B tot en met E moeten legaliseren. Anders blijf je grijze gebieden houden, en dat was nu juist niet de bedoeling. En wie garandeert dat er na legalisering van B, C, D en E niet nog een grijs gebied F gaat ontstaan waar ook toezicht geboden is en dus melding en legalisering? Transparantie en verantwoording is mooi, maar niet zaligmakend.

Kortom zo'n toetsingscommissie, ik weet het niet. Staatssecretaris Ross van VWS heeft in een brief geschreven dat zij de Kamer in het najaar nader hoopt te kunnen informeren. Ik kan me wel voorstellen dat zij er nog eens rustig over wil nadenken.