

Toetsingscommissies

Wie het deze week verschenen jaarverslag van de regionale toetsingscommissies euthanasie doorleest zal zich met terugwerkende kracht verbazen over de behandeling van de euthanasiewet drie jaar geleden. De publieke en parlementaire discussie destijds ging voor een groot deel over medische hulp bij het levenseinde voor 'bijzondere groepen'. Kon euthanasie of hulp bij zelfdoding ook worden verleend aan psychiatrische patiënten? Moesten we een speciale regeling treffen voor stervenshulp aan minderjarigen? Kon levensmoeheid of existentieel leed ooit grond zijn voor medische hulp bij het sterven? Was het denkbaar dat artsen het leven van demente bejaarden zouden beëindigen op grond van een wilsverklaring, opgesteld toen zij nog niet dement waren?

Van al die discussies is in het jaarverslag van de toetsingscommissies geen spoor terug te vinden. In het jaar 2002 werden 1882 gevallen van euthanasie of hulp bij zelfdoding gemeld bij de commissies. De overgrote meerderheid van de patiënten leed aan een vorm van kanker. Andere genoemde doodsoorzaken waren hart- en vaatziekten, ziekten van het zenuwstelsel, longziekten, aids en overige aandoeningen, door de commissies uitgelegd als 'gecombineerde ziektebeelden'. De in het jaarverslag beschreven voorbeeldpatiënten waren tussen de 47 en de 96 jaar. De commissies doen uitvoerig uit de doeken hoe zij toetsen of voldaan is aan de in de euthanasiewet genoemde criteria voor zorgvuldige stervenshulp: Heeft men tijdig een tweede, onafhankelijke arts geraadpleegd? Heeft die arts de patiënt daadwerkelijk gezien? Is de euthanasie uitgevoerd met de juiste middelen? Was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek? Was er sprake van uitzichtloos en ondraaglijk lijden? Bij de beschreven voorbeeldpatiënten ben je zelf, als gewone burger, vrijwel direct overtuigd dat euthanasie gerechtvaardigd was. Sterker, soms bekruipt je de indruk dat met het criterium van ondraaglijk lijden ook wel iets minder streng had mogen worden omgesprongen. Moet er bij een patiënt met uitgezaaide dikke darmkanker echt worden gewacht tot 'faecaal braken' dreigt op te treden om te kunnen spreken van ondraaglijk lijden? Moet je om ondraaglijk te kunnen lijden bij je positieven zijn, zodat comateus, met doorligwonden in je eigen vuil liggen in beginsel niet als zodanig kan worden gekwalificeerd?

Wat ik maar bedoel is: de commissies laten hun mooie beoordeling los op standaard euthanasiegevallen, waar de gemiddelde Nederlander al jarenlang geen enkel probleem mee heeft. Verschillende onderzoekers hebben er op gewezen dat je een vrij strikte gedragscode moet volgen om in Nederland euthanasie te krijgen. Je moet je doodswens overtuigend presenteren, maar je moet niet op theatrale wijze voortdurend 'Ik wil dood!' roepen. Je mag wel verdrietig zijn, maar niet zo verdrietig dat je arts kan gaan denken aan een echte depressie. Je kunt benadrukken dat je familie het met je eens is, maar je moet zorgvuldig vermijden de indruk te wekken dat je doodswens mede is ingegeven door altruïstische motieven; het kan niet zo zijn dat je vooral je partner of kinderen jouw lijden wilt besparen. De commissies laten in hun jaarverslag zien dat ook artsen zich aan een code moeten houden, en dat zij daartoe steeds beter in staat zijn: door voorlichting en feedback van de commissies weten zij zo langzaam aan precies wat de commissies willen weten en wat zij moeten opschrijven op hun meldingsformulier.

Wat is er intussen gebeurd met die bijzondere vormen van euthanasie en hulp bij zelfdoding waar we drie jaar geleden zo mee bezig waren? Waar het gaat om hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten verklaren de toetsingscommissies zich onbevoegd, zo schreef een boze psychiater Tholen enkele maanden geleden in *Medisch Contact*. De toetsingscommissies beroepen zich hierbij op een besluit van het ministerie, maar de euthanasiewet zelf maakt geen onderscheid tussen somatische ziekten als kanker en psychiatrische aandoeningen als schizofrenie of manische depressiviteit. Beide laatste vormen van ziekte zouden ook aanleiding kunnen zijn voor hulp bij zelfdoding. Niettemin nemen de

commissies gevallen van hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten niet in behandeling, ook al zijn de betrokken psychiaters ervan overtuigd dat het ging om een weloverwogen verzoek en om ondraaglijk, uitzichtloos lijden. Het is niet onwaarschijnlijk dat artsen, gezien deze beleidslijn van de commissies, andere problematische vormen van stervenshulp (denk met name aan euthanasie bij demente patiënten op basis van een vooraf getekende wilsverklaring) helemaal niet melden. De commissies melden dat zij in de gangbare praktijk slechts zeer zelden met dergelijke gevallen zijn geconfronteerd. Natuurlijk kan dat betekenen dat euthanasie bij demente bejaarden sowieso nauwelijks plaatsvindt, zoals het dalende aantal meldingen ook kan duiden op een absolute afname van het aantal euthanasiegevallen.

Lezend in het jaarverslag bekruipt je echter het vermoeden dat artsen alleen die gevallen aanmelden die vallen onder de noemer klassieke euthanasie en waarvan zij zelf ook menen dat ze die correct hebben afgewikkeld. Juist deze gevallen worden dus onderworpen aan kritische toetsing. De commissies kunnen het niet helpen, maar dat houdt toch iets van zoeken naar je sleutels in het licht van de lantarenpaal. Niet omdat je ze daar hebt laten vallen, maar omdat je daar veel beter kunt zien.