

Het vraagstuk euthanasie, Inleiding en analyse

Jo Caris, Theo Poiesz, Freek Lapré, januari 2018

In bovenstaand artikel over Complexe Sociale Vraagstukken is een analysemodel beschreven, bestaande uit drie dimensies die een kubus vormen. Dit analysemodel is bedoel als hulpmiddel bij het verkennen van complexe sociale vraagstukken. Het is de tegenhanger van eendimensionale uitspraken over sociale problemen die een bredere verkenning behoeven en verdienen. Het model bestaat uit drie dimensies:

1. EPOS. Op deze dimensie wordt het object beschreven bestaande uit de essentiële waarden (E) , de betrokken personen (P) en organisaties (O) en de samenleving (S).
2. VAKT. Via deze dimensie kan de ontwikkeling van het vraagstuk zoals die plaatsvond en zoals die verwacht wordt, beschreven worden in Vroeger (V), Acuu (A), op Korte termijn (K) en in de verdere Toekomst (T).
3. VSOP. Deze dimensie heeft betrekking op het doel en het beleidsproces bestaand uit de visie (V), de strategie (S), de operationalisatie (O) en de praktijk (P).

Als voorbeeld wordt de 'kubusanalyse' toegepast op het vraagstuk 'euthanasie'.

Er spelen vele vragen rondom het thema van de hulp bij zelfdoding:

- Zou het wel of niet strafbaar moeten zijn c.q. onder welke condities wel en niet?
- Is het een medisch vraagstuk of een juridisch, een religieus of een ethisch of alle vier?
- Is er een maatschappelijke verantwoordelijkheid of is het een privéaangelegenheid?
- Zou er een hulpmiddel moeten komen waardoor hulp van derden niet nodig is?
- Is er een grijs gebied tussen euthanasie en moord?
- Hoe om te gaan met de tegenstelling tussen een absoluut veto en de uitdrukkelijke wens?
- Is er een compromis mogelijk tussen het religieuze veto en de wens om te sterven?

Deze en andere vragen kunnen mogelijk alleen beantwoord worden echter na een grondige en integrale analyse van het thema, d.w.z. als er een overzicht is van alle achtergronden, wensen, mogelijkheden, overtuigingen, voor- en nadelen en emoties.

De discussie lijkt zich nu te voltrekken als een zogenaamd 'avoidance-avoidance conflict' of een 'approach-approach conflict' (Kurt Lewin) of, nog sterker, een combinatie van beide.

Bij het avoidance-avoidance conflict gaat het erom dat mensen iemand niet dood willen (of kunnen) maken (avoidance) en tegelijkertijd niet onmenselijk willen laten lijden (avoidance). Bij het approach-approach conflict gaat het erom dat we iemand uit zijn lijden willen verlossen en tegelijkertijd in leven willen houden. Een approach – avoidance conflict betekent dat we iemand wel willen helpen (approach) maar om ethische of emotionele redenen niet willen helpen sterven (avoidance).

Waarschijnlijk spelen bij (vrijwel) iedereen beide conflicten zich met verschillende en wisselende accenten af. Een risico van principiële (politieke en andere) discussies is, dat tegenstellingen over en weer worden aangescherpt en posities verhardend omdat nuances en verwarringen die de belevingen m.b.t. dit thema zullen kenmerken, vervagen.

Het conflict kan dus sterker worden naarmate de concrete uitvoering dichterbij komt. Op afstand zoals bij een politieke discussie of een tv-praatprogramma gaat het om een moreel-ethische tegenstelling die wat betreft emotionele lading per persoon kan verschillen maar toch grotendeels rationeel, vanuit min of meer geabstraheerde standpunten, gevoerd wordt. De lading van het conflict verandert indien mensen concreet voor de keuze staan en zeker als de uitvoering van de keuze dichterbij komt. Een arts kan principieel voorstander zijn van euthanasie (approach) maar veel moeite hebben met het beëindigen van iemands leven als het zover is (avoidance). Dat geldt misschien nog meer voor de betrokkene en voor de naasten. Omgekeerd bestaat de mogelijkheid zeker ook dat tegenstanders, wanneer ze een dierbare zien lijden en smeken om 'verlost' te worden, daar andere gevoelens bij krijgen en vrede hebben met de hulp bij deze zelfdoding.

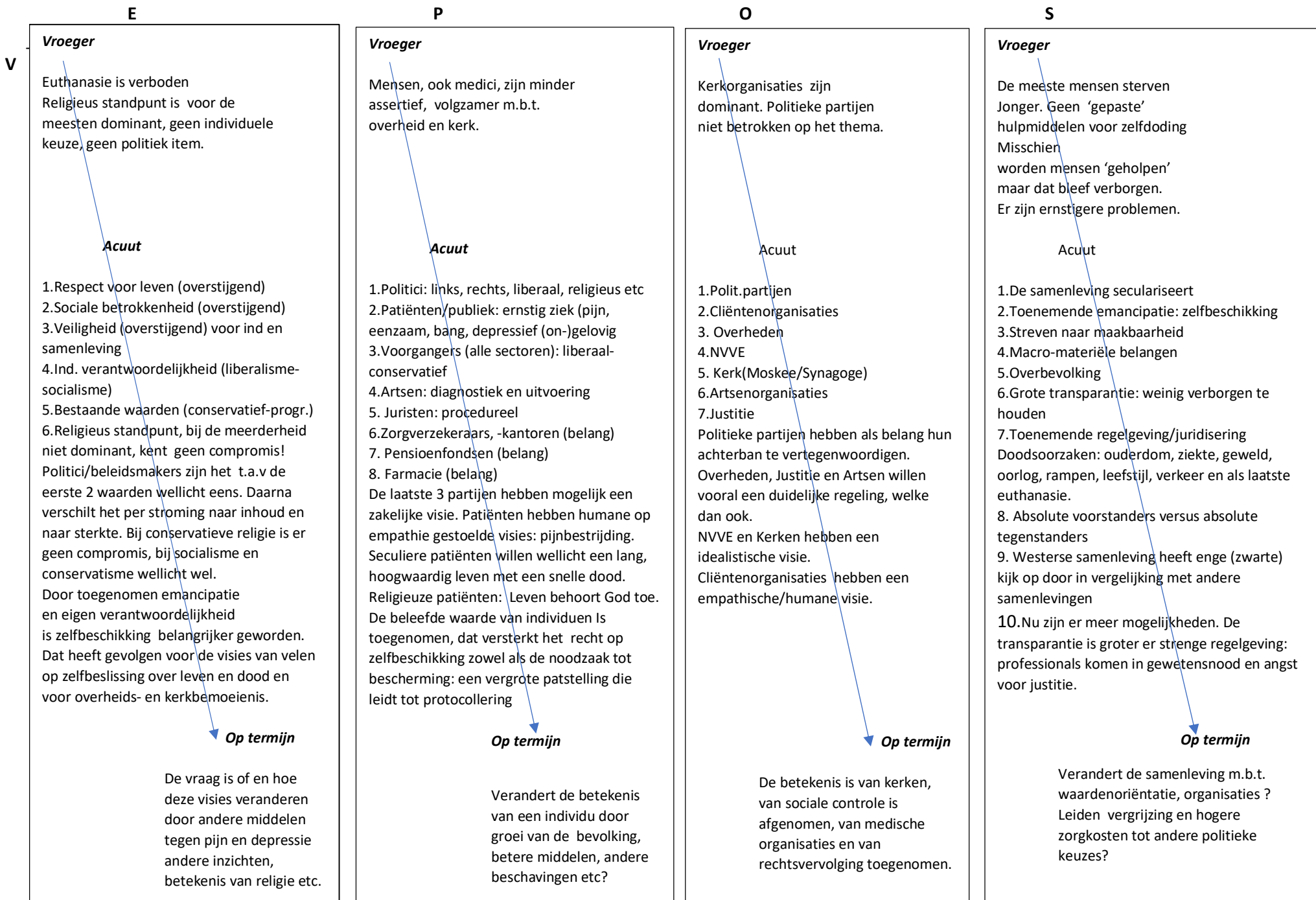
Op dergelijke conflictsituaties zijn er grofweg drie reactiemogelijkheden:

1. Fight: Er wordt gekozen voor één kant en het afzetten tegen de andere kant is de rechtvaardiging voor de gemaakte keuze.
2. Flight: Het vraagstuk wordt ontkend, genegeerd of gebagatelliseerd. Zie de opmerking van ex-minister VWS Hoogervorst: "Hoe kun je van hulp bij zelfdoding nu een kroonjuweel maken?"

3. Freeze: Besluiteloos wordt de middenpositie ingenomen.

Alle drie de reacties kunnen ongewenst zijn, zoals in de situatie waarin zaken geregeld moeten worden (bijvoorbeeld op politiek niveau) of mensen in nood verkeren. Op dergelijke complexe vraagstukken past het simpele democratische principe van 'besluiten bij meerderheid van stemmen' niet. Deze thema's vragen om gewogen en betrokken besluitvorming na een integrale verkenning en weging van argumenten. Het gaat om een integrale discussie over kwaliteit van leven, over respect voor leven, over ondraaglijk lijden, over euthanasie, (zelf-)moord, over medische juridische, vooral over morele/ ethische en emotionele aspecten. Een discussie gericht op wederzijds respect en het accepteren van elkaars posities kan gesteund worden door een overzicht waarin de veelheid van aspecten is weergegeven.

Het onderstaande overzicht is het resultaat van poging tot een integraal en analytisch overzicht ten behoeve van zo'n discussie.



S

Vroeger

Er waren geen (bekende) strategieën. Lijden was nodig, Door God bepaald en reinigend? Eventuele vormen van hulp zoals het 'genadeschot' waren onzichtbaar.

Acuut

1. Abstracte discussie over voor en tegen.
2. Erg concrete voorstellen (75+voltooid)
3. Accent op medische en juridische procedures
4. Opnemen in regeerakkoord.
5. Medische en juridische protocollering zijn de belangrijkste strategie om het 'recht op' te koppelen aan bescherming van individuen en van geloofsovertuigingen.

Op termijn

Vragen nieuwe inzichten en mogelijkheden om andere strategieën? Zijn protocollen wel de oplossing voor ethische vraagstukken?

Vroeger

Geboden en verboden waren helder. Gezag was groot maar op afstand.

Acuut

1. Accent op medische toezicht
2. Accent op juridische beveiliging
3. Geen morele/ethische toevoeging, bijv geestelijk leider/metal coach.

Op termijn

De overheid komt achter de voordeur, ook omdat het conflict tussen voor- en tegenstand uitvergroet wordt. Of meer individuele gewetensvrijheid, minder medische protocollering.

Vroeger

Geen actieve organisaties, Zoals bij geboortebeperving

Acuut

1. Ontwikkeling procedures voor cliënten/patiënten
2. Ontwikkeling zelfdodingsmiddelen
3. Toenemende protocollering bij artsen (en juristen?)
4. Ontbreken morele steun noch voor noch tegen.

Op termijn

Zullen andere, ethische en politieke inzichten leiden tot een andere organisatie? (zie Zwitserland)

Vroeger

N.V.T. ?

Acuut

1. Het politieke debat wordt gevoerd, maar niet openlijk en met argumenten
2. Er is een medisch-technische ontwikkeling m.b.t. 'hulpmiddelen' voor mensen
3. Er is geen gerichte opdracht tot ethische ontwikkeling. De ethiek volgt wederom de techniek.

Op termijn

Wat wordt de invloed van andere religies? En van conservatieve naties om ons heen? Komende er betere hulpmiddelen om pijn en depressie tegen te gaan?

O

Vroeger

N.V.T.

Acuut

1. Strikte regels omtrent mogelijkheden voor euthanasie: vrijwillig verzoek, onomkeerbaar ondraaglijk lijden, goede voorlichting, onafhankelijke arts, scen-arts, palliatieve teams, verslaglegging, gemeentelijke lijkschouwer-> officier van justitie. Klachten- en toetsingscommissies.
2. Mogelijkheid tot vervolging bij onzorgvuldigheid
3. De moreel-ethische afweging is niet geregeld.

Op termijn

Wat is de invloed van andere religies, van andere landen? Wat is het effect van andere hulpmiddelen?

Vroeger

N.V.T.

Acuut

1. Artsen zijn 'bepalend'.
2. Patiënten en familieleden toch
3. Artsen ervaren het dilemma van 'beschermen van het leven' en 'lijden voorkomen of verhelpen'.
4. Pijnbestrijding en palliatieve zorg wordt beter

Op termijn

Mensen kiezen meer zelf, middelen maken dat mogelijk. De afstand tussen palliatieve sedatie en euthanasie wordt kleiner en daarmee ook het dilemma

Vroeger

N.V.T.

Acuut

1. Strikte regels NVVE
2. Politieke lobby
3. Psychiatrie op de bres voor de mogelijkheden voor patiënten met mentale problemen

Op termijn

Komt er een andere opzet van de mogelijkheden tot euthanasie waarbij de arts diagnosticeert, de betrokkene uitvoert, ect met hulp, de iurist controleert?

N.V.T. ?

Vroeger

Geen discussie over de waarde.

Acuut

1. Politici gaan over de discussie voor-tegen
2. Maatschappelijke organisaties en Kerken etc blijven buiten beeld.
3. Niet-wilsbekwame mensen kunnen geen geldig verzoek indienen (demente en psychiatrische patiënten)
4. Grijs gebied tussen 'voltooid leven' en 'perceptie van onvoltooid leven'.
5. Grijs gebied tussen palliatieve pijnbestrijding die dood kan versnellen en euthanasie.

Op termijn

Moreel besef en individuele keuzes zijn afhankelijk van de ethische en technische ontwikkelingen, alsmede de ontwikkelingen op gebied van privacy versus transparantie .

Vroeger

Mensen hadden geen mogelijkheid noch technisch noch ethisch. Ook geen levensverlengende mogelijkheid. Wellicht is euthanasie geen reële gedachte, mogelijk een verzuchting. Misschien werden mensen 'geholpen'.

Acuut

1. Patiënten gaan door of raken in de war, gewetensnood
2. Artsen klampen zich vast aan protocollen
3. Hulpverleners met moreel goede bedoelingen worden vervolgd. Komen in gewetensnood.
4. Voor-en tegenstanders bestoken elkaar
5. Patiënten en familieleden staan toch vaak teleurgesteld vanwege de onmogelijkheid. Het echte leed wordt vaak niet gezien
6. Hoe om te gaan met vrijwilligers als hulp bij levensbeëindiging?

Op termijn

De vraag is hoe het gedrag van professionals zowel als van betrokken cliënten zich ontwikkelt mede gelet op de waardeoriëntatie en technische ontwikkeling. Of duiken mensen weer in de onzichtbaarheid zoals in veel landen m.b.t. abortus?

Vroeger

Behalve de kerken zijn er geen organisaties. Maar omdat de vraag niet (openlijk) gesteld werd, was er geen werk op dit thema.

Acuut

1. Organisaties blijven buiten beeld, behalve de NVVE en een enkele politieke partij.
2. Wellicht worden er middelen ontwikkeld die het gemakkelijker maken voor individuen.

Op termijn

De positie van organisaties zal afhankelijk zijn van de technische en ethische ontwikkelingen en de ontwikkeling van de vraag.

Vroeger

Misschien wordt euthanasie bij ondraaglijk lijden wel als luxeprobleem gezien, gelet op vroegsterfte, oorlog en doodstraf. Waar mensen 'geholpen' worden, is dat niet zichtbaar. De samenleving is niet transparant.

Acuut

1. Zelfdoding vindt soms plaats onder gruwelijke omstandigheden (trein, brug, ophanging)
2. Samenleving wordt transparanter
3. Enerzijds meer tolerantie, anderzijds meer opsporing en sanctie
4. Maatschappelijke onrust i.v.m. met mogelijk misbruik.
5. Dwangmatig feit is de irreversibiliteit. Dat zaait twijfel.

Op termijn

Zal de techniek het problemen doen verdwijnen?
Gaan vraagstukken over wereldvrede en milieu (natuurrampen) de aandacht overnemen?
Gaan ouderen en ernstig zieken meer het gevoel hebben van toegevoegde waarde te zijn (meaning and belonging) in en aan de samenleving??

Opmerkingen en vragen:

1. De discussie wordt niet gevoerd over wel of geen respect voor leven. Mensen zonder respect voor leven zijn geen partij in de discussie. Juist bij 'respect voor leven' en bij 'kwaliteit van leven' geldt de vraag of euthanasie daaraan bijdraagt of daar afbreuk aan doet. De politieke dialoog ging en gaat over het wel of niet strafbaar stellen van hulp bij zelfdoding. In de religieuze-ethische opvatting dat het leven heilig en onaantastbaar moet zijn, is geen ruimte voor onderhandeling (de deur is open of dicht, niet een beetje dicht).
2. Zodra een meerderheid beslist dat euthanasie mogelijk moet zijn zonder straf wordt artikel 23 van het Wetboek van Strafrecht aangevuld met de zogenaamde Euthanasiewet (2002). Vervolgens ontstaan andere discussiepunten:
 - a. Onder welke condities is euthanasie niet strafbaar?
 - b. Hoe kan misbruik worden voorkomen?
 - c. Hoe ver reikt overheidsbemoediging?

De punten a. en b. leiden tot medische en juridische protocollen. Bij onomkeerbaar ondraaglijk lijden (medisch vast te stellen) kan euthanasie uitgevoerd worden door een arts (en apotheker), indien hij het protocol in acht neemt (geverifieerde diagnose, verklaring van de betrokkene, scen-arts, bedenktijd etc) te toetsen door een gemeentelijke lijkschouwer.

De discussie onder c. lijkt er toe te leiden dat het om een privékwestie gaat. De moreel-ethische dilemma's worden immers niet geregeld. Er wordt niet (protocollair of anderszins) voorzien in het begeleiden van de afweging bij betrokkenen.

Euthanasie is daarmee (voor politiek en publiek) een medisch en juridisch thema. De vraag kan gesteld worden of dit recht doet aan het (vooral ethische) onderwerp en aan de ernstige bezwaren van godsdienstige mensen. Zouden niet eerder zielzorgers en coaches ingezet moeten worden, waarbij artsen enkel verantwoordelijk zijn voor de uitvoering? Tevens geldt de vraag of artsen niet teveel belast worden met deze toch ook voor hun emotioneel zware taak. Het conflict (approach-avoidance) is ook of met name voor artsen (en naasten?) het grootst dichtbij het moment van uitvoering.

3. De angst voor misbruik of miscommunicatie met ongewenste afloop hangt samen met de voorwaarde dat de farmacologische middelen voor euthanasie niet door de betrokkene zelf maar alleen door een arts mogen worden toegediend. Zodra er in de toekomst (medicinale) middelen voor handen zijn waarmee mensen de zelfdoding ook zelf kunnen uitvoeren, verschuift de bescherming naar het beschikbaar stellen van farmaca en naar de eventuele invloed van naasten van de betrokkene.
4. Een belangrijke voorwaarde voor euthanasie is de vrije wilsverklaring van de betrokkene. Maar hoe vrij is die wil en die verklaring van mensen die lijden (aan pijn, angst, eenzaamheid of depressie) en hoe werkt de invloed van betrokkenen in de omgeving? Dat laatste geldt overigens in beide richtingen (voor- en tegenstand).
5. Een van de condities voor euthanasie is het vaststellen van 'ondraaglijk (en onomkeerbaar) lijden'. Het gaat hier uiteraard ook om een persoonlijke beleving. Het centraal vaststellen van (juridische verantwoorde) richtlijnen hiervoor doet altijd te kort of schiet voorbij aan de subjectieve werkelijkheid. In een discussie over een leeftijdsgrens (75 jaar en ouder) voor de mogelijkheid van euthanasie bij 'voltooid leven' geeft de willekeur en de hopeloosheid aan van het 'regelen' van gevoelige onderwerpen, in alle betekenissen van het woord.
6. De praktische mogelijkheid van palliatieve sedatie (waarbij de dood niet automatisch het gevolg is van de pijnbestrijding maar er wel door versneld kan worden) brengt voor- en tegenstanders dicht bij elkaar. Verschillen partijen over het recht op euthanasie, eensgezind is men erover dat zelfmoord, zeker op gruwelijke wijze, niet kan.
7. De vraag is nu hoe de posities bepaald worden op de volgende lijn:

1
2
3
4
5
6
7
8

ongezond leven->terminaal ziek met pijn-> stoppen behandeling->versterven (geen eten, drinken)-> palliatieve sedatie->versnellen dood->euthanasie-> (zelf-)moord

Hoewel 'ondraaglijk lijden' bij sommige religies als noodzakelijk of onoverkomelijk en als God-geleid beschouwen, speelt het dilemma in de discussie zich vooral af rondom de posities 5, 6, 7. Er is weinig of geen verschil van opvatting over de keuze om te stoppen met een medische behandeling. Evenmin is er discussie over de onwenselijkheid van zelfmoord. Iemand die perse dood wil, laat zich niet tegengehouden door regels. De regels, voortkomend uit de min of meer afstandelijke maatschappelijke opinie, kunnen ervoor zorgen dat lijdende mensen, hun naasten en de betrokken artsen er nog angst of schuldgevoel bijkrijgen. Tevens wordt hierdoor de mogelijkheid om waardig te sterven wordt kleiner gemaakt en de neiging vergroot tot (zelf-)moord soms onder ongewenste omstandigheden. Met het dichterbij elkaar komen van palliatieve sedatie en euthanasie, omdat de pijnbestrijding in de toekomst misschien doeltreffender wordt, wordt het grootste dilemma wellicht kleiner. Bij welke positie kunnen partijen elkaar vinden dan wel het standpunt van elkaar zover respecteren dat daar eensgezindheid over bestaat?

8. Waarom bestaan er geen regels over de eerste fase op de as: op ongezond leven (roken, alcohol gebruik, parachute springen, etc. Kennelijk wordt dat als een privékwestie gezien waarbij overheidsbemoeyenis niet past. De gevolgen van ongezond leven (ziekte en naderende dood) vallen weer wel onder de collectieve verantwoordelijkheid. De reikwijdte van overheidsbemoeyenis is niet altijd inzichtelijk.