

Is weigeren van euthanasie onbarmhartig?

**Br. dr. René Stockman, Generale Overste
Broeders van Liefde**

Deze tekst werd geschreven in april 2012

Met de discussie over de toepassing van euthanasie bij psychiatrische patiënten met zwaar psychisch lijden dat door sommige gezondheidswerkers en ethici als een nieuwe verworvenheid werd geprezen, kwam het debat over euthanasie weer even in de media. Sommigen gingen zelfs zo ver om diegenen die deze “redelijkheid” zouden afwijzen als onbarmhartig te beschouwen. Mensen die euthanasie fundamenteel afwijzen, zouden zich overgeven aan een onbarmhartige biomedische ethiek die zich dreigt te verliezen in therapeutische verbetering. Dit zijn allemaal zware uitspraken die toch ook enige nuancering vragen, tot zelfs enige correctie.

Aan iedere discussie rond euthanasie zou steeds een duidelijke stellingname moeten voorafgaan; namelijk de visie die men heeft over het respect voor het leven en het daaraan gekoppelde beschikkingsrecht van een mens over zijn eigen leven en dood. In vele discussies wordt daar nog amper bij stilgestaan en wordt voorondersteld dat er een consensus bestaat dat het zelfbeschikkingsrecht op de beschermwaardigheid van het leven primeert. “Het is toch logisch dat de mens van vandaag aanneemt dat...”, klinkt het dan bij wijze van inleiding, waarbij iedereen die nog een andere mening zou kunnen hebben zich a priori oubollig voelt of het etiket wordt opgekleefd “vast te zitten aan een paternalistische visie en een preconciëair katholicisme. Wie zou zich daar nog mee willen vereenzelvigen? En dus gaat men onmiddellijk over tot het concreet invullen van de voorwaarden waaraan moet worden voldaan om euthanasie te kunnen en te mogen toedienen. Men hanteert dan de begrippen “uitzichtloos” en “ondraaglijk”, een objectieve en een subjectieve factor om de kwaliteit van het leven te meten en eventueel te bepalen wanneer de noodzakelijke minimale kwaliteit niet meer bereikt wordt.

We willen in onze reflectie dus eerst even stil staan bij het respect voor het leven, de kwaliteit van het leven en de absolute van het beschikkingsrecht. Het zijn m.i. deze fundamentele die men eerst moet uitbouwen en uitklaren vooraleer over de mogelijkheid tot euthanasie te kunnen spreken. Anders bouwt men op losse grond, en vele visies die over euthanasie worden geformuleerd en geproclameerd lijken me dikwijls op deze losse grond gebouwd. Door de begrippen “respect voor het leven”, “kwaliteit van het leven” en “beschikkingsrecht” nog louter als slogans te gebruiken en er geen inhoudelijke reflectie meer aan te wijden maar ze veeleer te banaliseren, ontnemt men aan de ethische reflectie de noodzakelijke ethische onderbouw.

Eén van de fundamentele uitgangspunten van de ethiek, i.c. de medische ethiek, is het mensbeeld dat men hanteert. Hier luidt onmiddellijk de vraag of het lichaam als dusdanig een intrinsieke waarde heeft of slechts een instrumentele waarde vertegenwoordigt. Vanuit de katholieke visie op de mens – waarbij we belijden dat de mens geschapen is naar het beeld van en de gelijkenis met God, en daardoor een universele en essentiële waardigheid ontvangt die voor alle mensen geldt – moeten we formeel stellen dat het lichaam een intrinsieke dimensie is van de mens en daarom deelt in diens essentiële waardigheid (cfr. Mgr. Eijk in zijn “Handboek Katholieke Medische Ethiek”). Daaruit volgt dat de mens niet opgesplitst kan worden in een lichaam en een geest en nog minder tot een louter biologisch-fysiek niveau kan worden gereduceerd. Dit legt onmiddellijk een grens aan het beschikkingsrecht dat de mens heeft op zijn lichaam en op dat van een ander, omdat het lichaam steeds een essentieel onderdeel is en blijft van de menselijke persoon, en dan ook als veruitwendiging van de persoon geëerbiedigd en bejegend moet worden. De mens in deze visie heeft slechts het rentmeesterschap over zijn leven en niet het absolute beschikkingsrecht. Iedere zorg voor de medemens zal dan ook steeds gericht zijn en gericht blijven op de zorg voor het lichaam in zijn totaliteit, op het herstellen van de lichamelijke integriteit wanneer deze verstoord is, het reduceren van de pijn en de poging om het lijden draaglijker te maken bij ziekte en lijden, zonder zich te verliezen in de therapeutische hardnekkigheid.

Heel de palliatieve zorg is op dit laatste gericht en we mogen dankbaar zijn om de grote vorderingen die op dit vlak zijn gemaakt

en nog steeds worden gemaakt. Ook de aandacht die de palliatieve zorg heeft gekregen binnen de gezondheidszorg dankzij de inzet van een Zuster Leontine mag hier zeker vermeld worden, en we kunnen alleen maar hopen dat binnen ons hele gezondheidszorgsysteem de palliatieve zorg op hetzelfde niveau wordt gebracht als de puur medische zorg, niet alleen in de somatische maar ook in de geestelijke gezondheidszorg, en dat het ook grotere waardering en aandacht mag krijgen vanuit de wetenschappelijke wereld.

Wanneer men echter een dualistische mensvisie hanteert die aan het lichaam slechts een extrinsieke waarde toekent, zal men het levensbeëindigend handelen als één van de middelen zien en ook legitimeren om aan uitzichtloos en ondraaglijk lijden een radicaal einde te stellen, omdat men, volgens deze visie, met het raken aan het lichaam niet de persoon in zijn totaliteit raakt. Het lichaam opofferen om de persoon te helpen, is in deze visie volstrekt verdedigbaar. Echter, stellen dat men zich verliest in een therapeutische hardnekkigheid wanneer men deze visie niet deelt en dan ook weigert om euthanasie toe te passen, is op zijn minst een uitspraak die haar gronden mist. Het weigeren van euthanasie en het zich verliezen in een therapeutische hardnekkigheid kunnen niet op dezelfde lijn worden geschreven, zoals ook het weigeren van euthanasie niet beschouwd kan worden als een uiting van een onbarmhartige biomedische ethiek. Het hele palliatieve verhaal is daar het levende bewijs van en baadt juist in een uiting van grote barmhartigheid en het weigeren om aan de therapeutische hardnekkigheid het laatste woord te geven. In een zorgverleningsrelatie heeft men dan ook het recht om vanuit deze grondhouding naar de patiënt te gaan en dat houdt helemaal niet in dat de eventuele vraag naar euthanasie a priori onbespreekbaar zou zijn. Wel houdt dat in dat men vanuit deze visie alles in het werk zal stellen om alternatieven aan te bieden en samen met de patiënt te zoeken hoe deze alternatieven een evenwaardig en zelfs beter alternatief kunnen worden voor euthanasie. Indien de patiënt dan toch bij zijn beslissing wenst te blijven, kan er gezocht worden hoe hij op een therapeutisch verantwoorde manier doorverwezen kan worden en kunnen in de bestaande medisch-ethische commissies concrete werkwijzen worden uitgewerkt, waarbij respect voor de beslissing van de patiënt en respect voor de visie en houding van de hulpverlener weliswaar in een conflictueuze, maar niet in een uitzichtloos dilemma terechtkomen. Het welzijn van de patiënt en de

rechten van de patiënt blijven de focus van het handelen, en daarin gaat de hulpverlener zolang mee tot hij eventueel moet afhaken omdat de uiteindelijke vraag van de patiënt niet strookt met de visie die hij heeft en daarom moet doorverwezen worden.

Sommigen willen het respect voor het leven laten afhangen van de waardigheid, de levenskwaliteit, het perspectief en de therapeutische mogelijkheden en verlaten daarmee de fundamentele houding van het onvoorwaardelijke respect voor alle leven. Centraal staat bij hen de kwaliteit van het leven dat de absolute van het leven als dusdanig overneemt. Niet het leven als dusdanig is nog absoluut, maar wel de kwaliteit van dit leven; niet het leven als dusdanig wordt nog als criterium gebruikt bij medische beslissingen rond het levenseinde, maar de kwaliteit van dit leven. Er zijn reeds vele studies gebeurd om te pogen het begrip "kwaliteit van het leven" in meetbare termen uit te schrijven. De vraag klinkt dan steeds wat het aanvaardbare minimum is om nog te kunnen spreken van een kwaliteitsvol leven. Dit zijn zeer pertinente vragen bij mensen met een zware mentale handicap, bij mensen met een dementerend proces en ook bij hen die een "uitzichtloos en ondragelijk" lijden moeten doorstaan.

Maar tegelijk duiden de studies aan hoe moeilijk het is om deze kwaliteit te meten, daar het steeds gaat over een individueel oordeel dat quasi onmogelijk door anderen te kwantificeren is. Om uit deze impasse te geraken, hanteren sommigen het onderscheid tussen de "essentiële" en "accidentele" kwaliteit van het leven, waarbij het leven als dusdanig als een essentiële kwaliteit wordt beschreven, terwijl de fysieke, psychische, sociale en existentiële condities als accidentele kwaliteit wordt beschreven.

Dit onderscheid is volgens mij zeer zinvol, omdat ervaring leert dat mensen met eenzelfde proportie lijden hun leven als dusdanig totaal verschillend kunnen ervaren. Voor de één zal met het uitzichtloze lijden het leven zelf ook een uitzichtloos perspectief krijgen, terwijl een ander dit uitzichtloze kan blijven overstijgen door aan zijn leven als dusdanig zin te blijven geven. Daar zouden wij dan ook als hulpverleners al onze energie moeten in kunnen steken: door mensen met een zwaar lijden te helpen om een zin te blijven vinden in hun leven, inderdaad vanuit onze visie dat de essentiële kwaliteit van het menselijke leven een objectieve waarde heeft waaraan we niet wensen te raken, terwijl we ons inspannen om de accidentele

kwaliteit te verbeteren waarmee hopelijk ook de essentiële kwaliteit wordt herontdekt. En opnieuw geldt onze redenering dat we daarmee de vraag naar euthanasie niet van ons wegschuiven, maar wel samen met de patiënt op zoek gaan om de zinvraag over het leven een ruimer perspectief te geven dan de “accidentele” kwaliteit die hij of zij op dit ogenblik beleeft. Dit zal nooit een gemakkelijke opdracht zijn, maar vraagt van de hulpverlener een extra vaardigheid om naast zijn veeleer technische vaardigheden waarmee hij vooral de accidentele kwaliteit probeert te verhogen, ook op een professionele manier met de existentiële vragen te kunnen omgaan. Want tenslotte gaat het hier om existentiële vragen die niet via de somatische of psychologische weg beantwoord kunnen worden, maar binnen de existentiële dimensie hun antwoord moeten krijgen.

Het vraagt een holistische aanpak in de gezondheidszorg, en opnieuw moeten we vaststellen dat binnen de sterk medisch-technische omgeving van een ziekenhuis de professionaliteit juist aan dit holisme soms inboet omwille van de tijdsdruk die er heerst, vanuit de beperkingen die worden opgelegd op financieel-economische vlak, omwille van het gebrek aan personeel waarmee de gezondheidszorg in onze streken wordt geconfronteerd en het gebrek aan eigen existentiële diepgang bij bepaalde van onze gezondheidswerkers. Het begeleiden van zieken die zwaar lijden is steeds zeer confronterend, ook voor de hulpverlener, waarbij eigen onmacht soms heel sterk wordt aanvoeld en waarbij de eigen existentiële dimensie van de hulpverlener heel rechtstreeks wordt geraakt.

Is weigeren van euthanasie onbarmhartig? Dat is de vraag die we bij het begin hebben gesteld. We kunnen daar niet zomaar een bevestigend of afwijzend antwoord op te geven. Het komt erop aan om als hulpverlener in geweten eerst duidelijkheid te creëren over de fundamentele van het leven die men onvoorwaardelijkheid wenst te eerbiedigen, om dan te zien hoever men met de patiënt kan meegaan die de vraag naar euthanasie stelt, welke alternatieven men kan en wil aanbieden en waar onze grenzen liggen. Hier klinkt geen fundamentalisme of extremisme, maar eerlijkheid en openheid om gewetensvol te handelen.

Br. René Stockman is de generale overste van de Broeders van Liefde, doctor in de maatschappelijke gezondheidszorg, verbonden aan een aantal universiteiten wereldwijd.

Deze tekst werd geschreven in april 2012