

# BESLISSEN OM TE STERVEN

## Beschouwingen bij euthanasie en zelfdoding

*Koen Raes<sup>1</sup>*

SUMMARY – *Deciding to die. Reflections on decisions to die by means of euthanasia and suicide.* – In this essay a comparison is made between euthanasia and suicide. Whilst the first asks for legal initiative in order that euthanasia is handled with care, but perhaps also for preventive measures in view of the fact that most euthanasia decisions are a result of 'avoidable deaths', the second asks for socio-cultural measures, which take into account the ideological climate in postmodern society.

### 1. Sterven in Vlaanderen

In Vlaanderen sterven zo'n 56.000 mensen per jaar (55.426 in 1997, 56.354 in 1998) op een totale bevolking van zo'n 5,9 miljoen inwoners. Het bruto sterftecijfer bedraagt aldus 9,7 per 1.000 mannen en 9,1 per duizend vrouwen. (Vlaamse Regionale Indicatoren, 1999: 180) In vergelijking met andere landen heeft Vlaanderen merkelijk hogere sterftecijfers als gevolg van zelfdoding, verkeersongevallen en kanker en van longkanker bij mannen in het bijzonder. Vroegtijdige sterfte bij mannen tussen 15 en 64 jaar wordt veroorzaakt door zelfdoding, verkeersongevallen, ischemische hartziekten<sup>2</sup> en longkanker. Bij vrouwen zijn dat borstkanker, zelfdoding, verkeersongevallen en cerebrovasculaire aandoeningen.<sup>3</sup>

Naast de oorzaken van het sterven kan ook worden onderzocht *hoe* gestorven wordt. Zo heeft Vlaanderen bijzonder hoge zelfdodingscijfers, niet alleen bij jongvolwassenen, maar ook bij volwassenen in het algemeen. Volgens de Vlaamse Vereniging voor Suicidologie van de Universiteit Gent waren er in Vlaanderen in 1997 in de leeftijdscategorie 10 tot 14 jaar 3 zelfdodingen, in de leeftijdscategorie 15-19 jaar 31, in de leeftijdscategorie 20 tot 24 jaar 62 en in totaal 1027 zelfdodingen of 1,85% van alle sterftegevallen.<sup>4</sup> Volgens het Jaarboek Gezondheidsindicatoren bedroeg het aantal zelfdodingen in 1998 1062. (Gezondheidsindicatoren, 1998)

<sup>1</sup> De auteur is hoogleraar rechtsfilosofie en toegepaste ethiek, *vakgroep Geschiedenis en grondslagen van het recht*, Universiteit Gent.

<sup>2</sup> Aandoeningen van het hart ten gevolge van atherosclerotische vernauwingen van de kransslagaders.

<sup>3</sup> <http://fred.vlaanderen.be/statistieken/nieuwsarch/januari99/zelfdoding.htm>.

<sup>4</sup> <http://allserv.rug.ac.be/~cvheerin/epidem.html>.

## 2. Beslissingen tot levensbeëindiging

Ook het onderzoek naar beslissingen tot levensbeëindiging in Vlaanderen in 1998 is uiteindelijk een onderzoek naar de manier waarop gestorven wordt. (Deliens e.a., 2000: 1806-1811) Van alle sterftegevallen is 1,3%, m.a.w. zo'n 740, een gevolg van het toedienen van een letaal middel met de uitdrukkelijke bedoeling het leven van de patiënt, op diens verzoek, te beëindigen, m.a.w. van euthanasie. In 3,2% van de gevallen – bijna drie maal zo veel, dus – werd een letaal middel toegediend zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. Het toedienen van pijnbestrijdende middelen die een levensverkortend effect kunnen hebben gebeurde in 18,5% van de gevallen en beslissingen tot het stopzetten van de behandeling in 16,4% van de gevallen (waarbij in 5,8% het de uitdrukkelijke bedoeling was het leven van de patiënt te beëindigen). Dat wil zeggen dat aan 40% van alle sterftegevallen één of andere medische beslissing is voorafgegaan. In 33,3% is er sprake van een plotse en onverwachte dood.

Dat zijn niet echt schokkende cijfers – ze bevestigen grotendeels de gegevens uit het pilootonderzoek dat in Hasselt werd uitgevoerd (Deliens e.a., 1998) – maar ze zijn des te meer relevant om een inschatting te maken van de verschillen tussen beslissingen tot levensbeëindiging in Vlaanderen – waar dergelijke beslissingen in wezen nog strafrechtelijk verboden zijn – en in andere landen. De studie vermeldt zelf dat het aantal sterftegevallen die worden voorafgegaan door een beslissing tot levensbeëindiging niet significant verschillen van die in Nederland, hoewel er daar een wettelijke regeling bestaat. Anderzijds blijkt het aantal gevallen waarin beslist wordt tot levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt significant groter te zijn in Vlaanderen (3,2% van alle sterftegevallen) dan in Nederland (0,7% van alle sterftegevallen).

Gezien in ethisch opzicht een beslissing tot levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt heel wat problematischer is dan een beslissing die door de patiënt zelf werd genomen (op grond van welke criteria onttrekt men iemand zijn leven?), is dit zeker een gegeven waar de wetgever rekening mee zal moeten houden in de op til staande wetgeving rond medisch begeleid sterven, opdat ook hier de zorgvuldigheidsnorm zou worden gerespecteerd.

## 3. Begrip voor beslissingen tot levensbeëindiging

Dat beslissingen tot levensbeëindiging op verzoek van de patiënt op steeds ruimer begrip kunnen bogen moge blijken uit het Europees waardenonderzoek. Werd euthanasie in 1981 nog door 58% van de Belgische bevolking nooit of zelden gerechtvaardigd geacht dan is dat in 1999 nog maar 22%. (Dobbelaere e.a., 2000: 156) Volgens de auteurs is dit een implicatie van een ethische transitie, waarbij de normering van de omgang van het lichaam, zoals dat ook geldt inzake abortus, seksuele geaardheid en zelfs echtscheiding, in toenemende mate het voorwerp is geworden van zelfbeschikking. België is kennelijk geëvolueerd van een cultuur waarin tegenover het lichaam vooral de norm van de zelfbeperking gold naar een cultuur waarin lichamelijke zelfbeschikking overweegt. Maar dat gaat niet volledig op, want helemaal anders ligt dat voor wat zelfdoding betreft. Ook hier is er een duidelijke trend waarneembaar naar groter begrip, maar die is beduidend minder sterk dan bij euthanasie. In 1981 vond nog 78,4% van de Belgen dat zelfdoding nooit gerechtvaardigd is, in 1999 is dat toch nog 61,2%.

Het afwijzen van het uitzichtloos lijden bij het naderend levenseinde is kennelijk een motief dat groter respect opwekt dan het uitzichtloos lijden bij een fysiek gezond persoon. Opmerkelijk want er zijn proportioneel heel wat meer beslissingen tot zelfdoding dan euthanasie beslissingen, zeker indien we ook nog de pogingen tot zelfdoding zouden meerekenen. Uit onderzoek van de Vlaamse Vereniging voor Suicidologie blijkt dat in het jaar 2.000 5% van alle jongens tussen 13 en 18 jaar reeds een keer een poging tot zelfdoding ondernomen hebben en 3% zelfs meerdere keren. Bij de meisjes heeft 8% reeds een keer een poging tot zelfdoding ondernomen en 2% reeds meerdere keren. Vooral onder jongeren in het beroepsonderwijs blijken de cijfers bijzonder hoog: 9% van de jongens een keer en 5% meerdere keren; 14% van de meisjes een keer en 7% meerdere keren.<sup>5</sup> Een duidelijker bewijs dat de lage scholingsgraad wel degelijk het zelfbeeld aantast, is er niet.

Het geringere begrip voor zelfdoding dan voor euthanasie, niettegenstaande het kwantitatief meer gebeurt, moet wellicht verklaard worden door het grote taboe dat in onze samenleving nog steeds op zelfdoding rust.

#### 4. Medische levensbeëindiging

De gegevens uit het onderhavige onderzoek tonen nog maar eens aan hoe sterk het sterven in onze samenleving is gemedicaliseerd enerzijds en het voorwerp is geworden van wilsbeslissingen (van artsen en/of patiënten) anderzijds, iets wat we ook kunnen vaststellen voor wat betreft bevruchtingen (die in ons land reeds in 7% van de gevallen door artificiële reproductietechnieken worden ingeleid). De medische wetenschap verwerft aldus een steeds grotere greep op de menselijke levensloop: bij het levensbegin door bevruchting, bij de bevalling, bij de levensbeëindiging. Enerzijds sterven mensen in ongeveer 2/3 van de gevallen in ziekenhuizen en rust- en verzorgingsinstellingen en slechts in ongeveer 1/3 thuis. Anderzijds wordt 40% van alle sterftes voorafgegaan door een medische beslissing die levensbeëindiging tot gevolg heeft. Dat de wil steeds belangrijker wordt bij het *beëindigen* van het leven is een gevolg van het gegeven dat de wil ook steeds belangrijker wordt bij het *verlengen* van het leven. In die zin staan beslissingen tot levensbeëindiging niet haaks op de zogenaamde ‘therapeutische hardnekkigheid’, maar zijn zij er een gevolg van. Precies omdat in ‘intensive care-afdelingen’ het leven artificieel kan worden verlengd, dringt zich de vraag op ‘hoe lang’ het moet worden verlengd en welke levenskwaliteit men uiteindelijk redt. De situatie waarin de patiënt zélf verzoekt om zijn leven te beëindigen is hierbij nog de meest zuivere situatie, want wie kan beter dan de betrokkene zélf oordelen over de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van diens lijden. Bij beslissingen om niet te reanimeren, om een behandeling stop te zetten of om een letaal middel toe te dienen aan een niet-competente patiënt ontbreekt een dergelijke geïnformeerde instemming (meestal, tenzij er een alsnog niet-wettelijk levenstestament voorhanden is). Hier heeft de arts of het artsenteam een verpletterende verantwoordelijkheid en daarom blijft het opmerkelijk dat, hoewel dergelijke beslissingen tot levensbeëindiging heel wat meer worden genomen dan euthanasiebeslissingen, die laatste zoveel en die eerste zo weinig commotie veroorzaken. Wellicht wordt in de meeste gevallen wel degelijk zorgvuldig gehandeld, maar niettemin beschikt de arts hier

<sup>5</sup> <http://allserv.rug.ac.be/~cvereeck/hbsc/Z2%20zelfmoord.htm>.

over een macht die erg versluierd wordt, omdat hij in dergelijke gevallen – zoals in euthanasiegevallen – op het certificaat dat de doodsoorzaak meldt, eenvoudig kan acteren dat de onmiddellijke of oorspronkelijke doodsoorzaak een ziekte of een ongeval was. Over de deliberaties die aan dergelijke beslissingen vooraf gaan weten we niets.

Interessant is dat kennelijk de *aard* van de aandoening doorslaggevend is dan de *leeftijd* bij een medische beslissing tot levensbeëindiging. De aard van de aandoeningen die een vroegtijdige sterfte door een medische beslissing tot gevolg hebben zijn hoofdzakelijk kanker (65% van de sterftegevallen door kanker), gevolgd door aandoeningen van het zenuwstelsel (40% van de sterftegevallen door die aandoening) en cardiovasculaire aandoeningen (19% van de sterftegevallen door die aandoening). Leeftijd blijkt dan weer minder een rol te spelen. In 35,5% van de gevallen werd een beslissing tot levensbeëindiging genomen bij de leeftijdscategorie van 1 tot 64 jaar, in 37,2% bij de leeftijdscategorie van 65 tot 79 jaar en in 38,2% van de gevallen bij de leeftijdscategorie boven de tachtig jaar. ‘Uitzichtloos en ondraaglijk lijden’ is dus niet leeftijdsgebonden, maar kan iedere leeftijdscategorie overkomen.

## 5. Euthanasie en vermijdbare sterfte

Indien we de aard van de aandoeningen die inspireren tot een beslissing tot levensbeëindiging relateren aan het criterium ‘vermijdbare sterften’, dan komen we tot de verrassende bevinding dat vooral vermijdbare aandoeningen beslissingen tot levensbeëindiging inspireren. Immers waren er in 1998 (zelfdodingen niet meegerekend) 2.742 voortijdige en vermijdbare overlijdens in het Vlaams Gewest, 42,1% van alle overlijdens in de leeftijdsgroep van 0 tot 64 jaar. Het grootste deel hiervan kan worden voorkomen door primaire preventie van longkanker, ischemische hartziekten, verkeersongevallen en levercirrose. Bij vrouwen waren er 1.499 voortijdige en vermijdbare sterftegevallen, die vooral door primaire preventie en medische interventies, in casu door het terugdringen van borstkanker door vroegtijdige opsporing zouden kunnen worden voorkomen. (Gezondheidsindicatoren, 1998)

De wil zou dergelijke sterftes dus kunnen voorkomen, ofwel door te beslissen om niet te – beginnen – roken of te stoppen met roken, ofwel door geregeld een borstonderzoek uit te (laten) voeren.

Willen sterven is dus vaak een gevolg van een aandoening die men had kunnen vermijden. Sterven aan longkanker gaat gepaard met één van de meest ondraaglijke vormen van lijden, en het is dus zeer begrijpelijk dat hierbij vaak een vraag om euthanasie wordt gesteld. (Nuland, 1997) Hoe komt het dat deze wil sterker is dan eerder de wil was om met roken te stoppen? Het werpt de vraag op naar onze diachrone solidariteit met ons toekomstige zelf maar ook naar de plaats die het preventiedenken inneemt in onze gezondheidscultuur, waarin het curatieve denken (en handelen) nog steeds primeert, ook als het daarvoor te laat is. (Raes, 1997: 39-52)

## 6. Niet-medische levensbeëindiging

Ook in dit opzicht kan men een vergelijking maken met de zelfdodingscijfers in onze cultuur, want die zijn zonder twijfel grotendeels gerelateerd aan ons samenlevingstype:

hoe 'individueel' een beslissing tot zelfdoding ook mag zijn, zij wordt in sterke mate bepaald door sociologische determinanten. (Durkheim, 1997) Natuurlijk is de aard van de preventiemaatregelen in geval van zelfdoding onvergelijkbaar moeilijker dan de preventiemaatregelen om kanker te voorkomen, maar niettemin staat in beide gevallen preventie centraal en is die preventie nauwelijks 'medisch' van aard. Het lijkt er, met andere woorden, op dat vroegtijdige sterftes, die vaak de aanleiding vormen tot een beslissing tot levensbeëindiging, zouden kunnen worden voorkomen door gezondheidsbevorderende maatregelen en waarden in het geheel van onze maatschappelijke cultuur.

Immers zijn zelfdodingen, die in de leeftijdscategorie tussen 15 en 44 jaar bijna 1/5 van alle sterftes vertegenwoordigen, uiteraard ook beslissingen tot levensbeëindiging, zij het (meestal) niet om medische redenen en evenmin met 'medische' middelen (in de helft van de gevallen betreft het verhangingen). Niet-medische beslissingen tot levensbeëindiging overtreffen in ons land dus duidelijk beslissingen tot euthanasie. En dat betekent wellicht ook dat niet-fysiek lijden een belangrijker motief is om te willen sterven dan fysiek lijden, want als motieven om over te gaan tot een zelfdoding of poging tot zelfdoding worden vooral vermeld: scheiding of verlies van dierbaren, financiële problemen, ernstige somatische problemen, psychiatrische stoornissen en vereenzaming.

Het vergelijken van zelfdodingscijfers met medische beslissingen tot levensbeëindiging op vraag van de patiënt kan misschien bevreedend overkomen, maar is niettemin relevant omdat het licht werpt op de motieven die iemand ertoe aanzetten om te willen sterven. In geval van euthanasie gaat het om mensen die hoe dan ook, op relatief korte termijn, zullen sterven, maar het uitzichtloos en terminaal lijden geen zin kunnen of willen verlenen. In geval van zelfdoding is die uitzichtloosheid eerder existentieel of psychisch van aard, al zijn er wellicht ook hier gevallen van uitzichtloos fysiek lijden.

## 7. Zelfbeschikking?

Ik heb het in deze notities niet gehad over beslissingen tot levensbeëindiging zonder vraag van de patiënt. Duidelijk is dat er hier een schrijnend vacuüm in de wetgeving bestaat en dat er dringend nood is aan regelgeving terzake, zoals bij euthanasie. Anderzijds zal toekomstig onderzoek moeten uitmaken in welke mate palliatieve zorgvoorzieningen, die momenteel in de meeste ziekenhuizen ontbreken, de euthanasievraag zouden terugdringen, zoals door voorstanders wordt beweerd. (Zuster Leontine, 1995) Hoe dan ook vereist een erkenning van het recht op waardig sterven niet alleen de erkenning van het recht op euthanasie, maar ook van het recht op palliatieve zorg, thuis zowel als in de ziekenhuizen.

Onze cultuur heeft het sterven al te sterk uit de samenleving gedrongen en gemedicaliseerd. Anderzijds blijkt diezelfde cultuur behoorlijk wat mensen tot een stervenswens te motiveren, ook zonder dat er sprake is van uitzichtloos fysiek lijden. In beide gevallen gaat het om zelfbeschikking en het recht op zelfbeschikking, dat respect verdient, en dat in toenemende mate ook verwerft in onze cultuur, die zich bevrijd heeft van een extrinsieke gehoorzaamheidsethiek. Respect voor individuele autonomie impliceert ook erkenning van het recht op lijfelijke zelfbeschikking. Maar terwijl dit respect voor de eerste groep wetgeving veronderstelt opdat bij euthanasie zorgvuldig

zou worden gehandeld, kan men zich niet zomaar neerleggen bij de beslissingen van de tweede groep.<sup>6</sup> Niet in de zin dat hun beslissing niet ook hoort te worden gerespecteerd, maar wel in de zin dat onze samenleving zich grondig dient te bezinnen over de vraag waarom zoveel mensen de dood verkiezen boven het leven. Hier dient niet het sterven maar wel het leven gehumaniseerd...

Hoewel er in onze samenleving een duidelijke tendens waarneembaar is naar grotere erkenning van lijfelijke zelfbeschikking is die tendens niet absoluut. Commerciële zelfbeschikkingsrechten over lichaamsdelen of organen wordt niet erkend en men blijft huiverig staan tegenover zelfdoding en hulp bij zelfdoding. Terwijl er een toenemend begrip is voor euthanasie, abortus of echtscheiding, is dat heel wat minder het geval voor wat betreft overspel, zelfdoding en prostitutie. (Kerkhofs e.a., 1992: 232 e.v.) Terwijl men dit eerste nog in termen van zelfbeschikkingsrechten kan duiden ('wie trouw belooft, hoort zijn woord te houden') is dat voor de twee laatsten niet het geval. Het lichaam voor 'seksueel gebruik' verkopen of het doden worden niet als zelfbeschikkingsrechten gezien. Wellicht is het daarom ook beter te spreken van zelfbeslissingsrechten, waaronder het recht op zelfbeschikking valt, zij het dat het niet integraal wordt erkend. Er worden grenzen getrokken op grond van de motieven die tot zelfbeschikking inspireren. Winstbejag wordt, noch in de context van orgaandonatie, noch in de context van bloed of spermadonatie, noch in de context van prostitutie erkend, terwijl er ook hevige discussies blijven bestaan over commercieel draagmoederschap. Uitzichtloos en ondraaglijk fysiek lijden wordt daarentegen wel erkend. Psychisch, emotioneel of existentieel lijden wekt daarentegen nog vaak gevoelens van afwijzing op. Waarom? Wellicht enerzijds uit onbegrip voor mensen die hun leven geen zin meer kunnen geven. Maar anderzijds wellicht ook omdat hier ook verantwoordelijkheden van anderen en van de samenleving in haar geheel aan de orde zijn. Indien het om onvermijdbaar ondraaglijk psychisch lijden gaat is er waarschijnlijk een toenemend begrip voor de stervenswens.<sup>7</sup> Maar die moet dan wel medisch, psychiatrisch of psychologisch worden vastgesteld. In alle andere gevallen roept de stervenswens eerder vragen op waarbij ook 'de anderen' betrokken worden.

Indien de belangrijkste redenen voor zelfdoding, naast ernstige somatische problemen en psychiatrische stoornissen, scheiding en verlies van dierbaren, financiële problemen en vereenzaming blijken te zijn, dan worden die zelfdodingen als vermijdbaar gezien, indien men tijdig had kunnen ingrijpen om mede aan die problemen te verhelpen. Het botweg poneren van een 'recht op zelfbeschikking' is hierbij als normatief kader onvoldoende.<sup>8</sup> Integendeel dreigt het ophemelen van individuele autonomie en zelfbeschikking veel mensen in de isolatie en in vereenzamingsprocessen te duwen, die op hun beurt een voedingsbodem zijn voor melancholie, depressie en, uiteindelijk, zelfdoding. (De Jong Gierveld, 1984: 54)

<sup>6</sup> Het vrij ter beschikking stellen van 'doe het zelf zelfmoordgidsen' is moreel verwerpelijk omdat het ook pogingen tot zelfdoding, die vaak een noodkreet om aandacht zijn, 'effectiever' zou maken.

<sup>7</sup> Dat kan men althans afleiden uit het gegeven dat in het thans voorliggende wetsvoorstel over medisch begeleid sterven ook ondraaglijk psychisch lijden als grond voor euthanasie wordt erkend, zij het onder striktere voorwaarden dan in het geval van ondraaglijk fysiek lijden. Omdat soms, zoals in het geval van depressie, de wens om dood te zijn deel uitmaakt van de pathologie, blijft hier nochtans uiterst grote omzichtigheid vereist.

<sup>8</sup> Voor zij het niet steeds terechte problematiseringen van het zelfbeschikkingsrecht zie Centrum Grondslagen van het Recht, Ufsia (1996), *Over zichzelf beschikken? Juridische en ethische bijdragen over het leven, het lichaam en de dood*, Maklu, Antwerpen/Apeldoorn.

## Literatuur

- ADMINISTRATIE PLANNING EN STATISTIEK VAN HET MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, Vlaamse Regionale Indicatoren (1999), Brussel, 180
- DE JONG GIERVELD J. (1984), *Eenzaamheid*, Van Loghum Slaterus, Deventer, 54
- DELIENS L., BILSEN J. et. al. (1998), *Handelwijzen van Hasseltse artsen rond het levenseinde van hun patiënten. Een onderzoek van 269 overlijdens*, Stadsbestuur Hasselt/Vrije Universiteit Brussel/Universiteit Gent
- DELIENS L., MORTIER F., BILSEN J., COSYNS M., VANDER STICHELE R., VANOVERLOOP J. & INGELS K. (2000), 'End of life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey', *The Lancet*, 356, 1806-1811
- DOBBELAERE K., ELCHARDUS M., KERKHOF J., VOYÉ L. & BAWIN LEGROS D. (2000), *Verloren Zekerheid. De Belgen en hun waarden, overtuigingen en houdingen*, Lannoo/Koning Boudewijnstichting, Tielt, 156
- DURKHEIM E. (1997), *Le suicide*, Presses Universitaires de France, (1930), Paris
- KERKHOF J., DOBBELAERE K., VOYÉ L. & BAWIN LEGROS B. (1992), *De versnelde ommekeer. De waarden van Vlamingen, Walen en Brusselaars in de jaren negentig*, Lannoo/Koning Boudewijnstichting, Tielt, 232 e.v.
- MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, *Gezondheidsindicatoren* (1998), Brussel
- NULAND S.B. (1997), *How we die*, Vintage, London
- RAES K. (1997), 'Gezondheid(szorg) als cultuur of als ziekte' in *Verslagboek Preventieve Gezondheidszorg, Vlaams Welzijnscongres 1997*, Kluwer, Diegem, 39-52
- ZUSTER LEONTINE (1995), *Waarom nog euthanasie?*, Davidsfonds, Leuven