

Boekbespreking **Levensbeëindigend handelen: van praktijk naar norm¹**

H. Jochemsen

Ontwikkelingen

De ontwikkelingen ten aanzien van levensbeëindigend handelen staan niet stil. Op 1 november 1998 werd een nieuwe regeling van melding van levensbeëindigend handelen van kracht en werden regionale commissies formeel ingesteld die de gemelde gevallen van euthanasie moeten gaan beoordelen. Tot 1 november moesten gevallen van levensbeëindigend handelen via de gemeentelijke lijkschouwer worden gemeld bij de Officier van Justitie. Nu gaat de melding van een arts die euthanasie toepaste, samen met de verklaring van de gemeentelijk lijkschouwer, eerst naar een regionale commissie die moet beoordelen of de zorgvuldigheidseisen goed zijn toegepast. Samen met dit oordeel van de commissie gaat dan de melding naar justitie. Justitie is dus meer op afstand gezet. De bedoeling hiervan is dat artsen meer gevallen van euthanasie gaan melden dan ze tot nu toe deden (in 1995 was dit slechts 41%). Onduidelijk is nog of door de nieuwe regeling werkelijk het aantal en het percentage van gemelde gevallen van euthanasie zal toenemen.

Wel lijkt het erop dat de nieuwe regeling gezien kan worden als een stap naar verdere decriminalisering van euthanasie. Inmiddels is namelijk een wetsvoorstel in behandeling dat een strafwettelijke aanvaarding inhoudt van euthanasie door een arts als aan een bepaalde voorwaarden is voldaan. Terwijl nu euthanasie formeel niet mag en de arts dus moet kunnen aantonen dat hij aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan, zal onder de nieuwe wet de bewijslast dat een geval van euthanasie eventueel *niet* volgens de zorgvuldigheidseisen is uitgevoerd, liggen bij de Officier van Justitie. Euthanasie is dan ook juridisch gewoner geworden, zoals het in de praktijk op veel plaatsen feitelijk al is. De norm volgt de praktijk.

Discussiebijdrage

Een belangrijke bijdrage aan de discussie vormt het boek dat mede onder verantwoordelijkheid van de KNMG op 12 juni 1998 uitkwam. Op die dag vond een door de KNMG georganiseerd symposium plaats over 25 jaar euthanasiebeleid. In dat teken staat ook dit boek getiteld: "Levensbeëindigend handelen door een arts: tussen norm en praktijk". Het is een bundel van 15 bijdragen samengesteld door prof. mr. J. Legemaate en KNMG-medewerker dr. R.J.M. Dillmann en geschreven door verschillende auteurs die diverse aspecten van de euthanasiepraktijk en -regeling bespreken. Ik geef een kort overzicht van de inhoud.

Onbarmhartig

Na een inleiding van de redacteurs waarin kort hoofdpunten uit de euthanasiediscussie van de afgelopen 25 jaar worden genoemd volgt een hoofdstuk van Dillmann over de morele legitimatie van de arts om tot euthanasie over te gaan. Hij stelt dat die morele legitimatie ligt in het 'ondraaglijk lijden', niet primair in het verzoek van de patiënt. De arts moet zich dus een oordeel vormen over het lijden van de patiënt, wil hij zich niet als morele actor uitschakelen. Dillmann pleit dan ook voor nadere verheldering van dit criterium ondraaglijk lijden en voor toetsing hiervan wanneer euthanasie is toegepast. In bepaalde situaties niet overgaan tot euthanasie kan volgens Dillmann worden opgevat als onbarmhartigheid. Toepassing van euthanasie betekent weliswaar een overschrijding van een fundamentele morele norm, maar de nood van de patiënt kan van deze overschrijding met een beroep op barmhartigheid, een deugd maken. Een belangrijke voorwaarde is dan wel dat adequate palliatieve zorg (en dat is meer dan pijnbehandeling) beschikbaar is, aldus Dillmann. Inmiddels is bekend dat in veel situaties dat onvoldoende het geval is. Daarmee heeft volgens de regel van Dillmann een groot gedeelte van de huidige euthanasiepraktijk dus een wankel morele basis. Een gevaar van Dillmanns stelling

¹ Gepubliceerd in het Reformatorisch Dagblad, 24 maart 1999

is dat hiermee de basis is gelegd voor overgang van euthanasie (dus op verzoek van de patiënt) naar levensbeëindiging niet-op-verzoek. Immers, ook wanneer een patiënt niet meer om levensbeëindiging kan vragen kan het lijden in de ogen van de arts zo ernstig zijn dat hij euthanasie geoorloofd zou achten. Als dan het lijden de belangrijkste grond is voor levensbeëindiging, zal de neiging bestaan voorbij te gaan aan de voorwaarde dat ook van een verzoek sprake moet zijn. Een tweede probleem met zijn stellingname is, dat als niet-toepassen van euthanasie in bepaalde situaties onbarmhartig is, dan handelen artsen die geen euthanasie toepassen dus onbarmhartig en ethisch laakbaar. Dit standpunt bevat dus een morele druk om een principiële afwijzing van euthanasie te laten varen.

Juridisch

In het volgende hoofdstuk laat Legemaate zien dat de medische professie een zeer belangrijke rol heeft gespeeld bij het aanvaardbaar maken van euthanasie. Toch meent hij dat "met betrekking tot euthanasie de verhouding tussen de juridische verantwoordelijkheden en die van de medische professie goed in balans is" (p.30). Vervolgens stelt hij: "Het primaat van de normontwikkeling ligt bij de medische beroepsgroep, maar de rechter houdt een eigen verantwoordelijkheid." Het is echter maar de vraag of het terecht is dat inzake beslissingen over opzettelijke levensbeëindiging de normontwikkeling moet liggen bij één bepaalde beroepsgroep, die bovendien gezien haar eigenlijke taak, namelijk het beoefenen van de geneeskunst, moeilijk controleerbaar is op dit punt. Interessant is ook dat Legemaate zegt dat een structurele toepassing van een beroep op 'overmacht' (art. 40 Str.) aan de bedoeling van de wetgever voorbijgaat. Dit is onder meer door het Lindeboom Instituut ook altijd beweerd. Maar de oplossing van Legemaate, te weten strafrechtelijk acceptatie van euthanasie, is niet aanvaardbaar. Overigens is Legemaate van mening dat euthanasie niet gerekend kan worden tot normaal medisch handelen (p.29).

Met betrekking tot de zorgvuldigheidseisen erkent Legemaate dat de vrijwilligheid van een verzoek om euthanasie niet is te garanderen. Maar hij acht dit geen reden om euthanasie af te wijzen. Opnieuw een vervaging van het onderscheid tussen levensbeëindiging wel en niet op verzoek. Een vaagheid die mijns inziens overigens in de praktijk onvermijdelijk is.

In hoofdstuk 3 gaat A. Kors, ambtenaar op het ministerie van justitie, in op de inhoud en strekking van de meldingsprocedure. Een tamelijk feitelijk verhaal. Interessant is zijn opmerking dat van de 6000 gevallen van euthanasie die tussen '91 en '95 gemeld werden, 120 gevallen uitvoeriger door de procureurs-generaal werden besproken. Al deze gevallen werden aan de minister van justitie ter besluitvorming voorgelegd (p.56). Dit lijkt mij een dubieuze zaak. Rechtsvinding en -handhaving kan zo op een wezenlijk punt afhankelijk worden van specifiek politieke belangen en afwegingen.

Installingsbeleid

In hoofdstuk 4 bespreekt prof. F.C.B. van Wijmen, gezondheidsjurist uit Maastricht, levensbeëindigend handelen in een institutionele context. De centrale vraag is of een instelling haar medewerkers, in casu artsen, kan verbieden euthanasie toe te passen of dat toepassing van euthanasie gerekend moet worden tot de professionele autonomie van de arts die zich onttrekt aan het bevoegd gezag van de instelling. Dit laatste wordt door Van Wijmen met nadruk verdedigd. "Bij een verbiedend beleid komt de instelling in strijd met de professionele autonomie" (p.65). Merkwaardig is zijn opmerking dat bij een verbiedend beleid vaak levensbeschouwelijke motieven een rol spelen (p.64). Alsof dat, althans impliciet, bij een toelatend beleid niet het geval zou zijn. Van Wijmen spreekt een voorkeur uit voor een veroorlovend beleid. In zijn verhaal zit evenwel een spanning. Want de professionele autonomie van de arts heeft betrekking op datgene wat tot het professionele handelen behoort. Dus alleen wanneer euthanasie tot het gewone professionele handelen zou behoren, zou een beslissing daarover onder de professionele autonomie van de arts vallen. Maar, zo zegt Van Wijmen zelf, "de beslissing om euthanasie toe te passen... is er evenwel niet één van medische aard" (p.66, 75, 79). Dit neemt niet weg dat hij euthanasie en hulp bij zelfdoding rekent tot de professionele

autonomie van de arts. Anderen, waaronder rechter, wetgever en het bevoegd gezag van de instelling, zouden zich slechts in conditionerende zin met euthanasie mogen bemoeien. Dit wil zeggen dat ze alleen eisen aan een zorgvuldige uitvoering mogen stellen. Verder pleit hij ervoor dat instellingen een beleid opstellen t.a.v. van levensbeëindigend handelen zodat de instelling kleur bekent naar haar patiënten en het publiek en duidelijke kaders verschaft voor de medewerkers (p.76, 77). Maar hoewel een instelling op grond van haar signatuur euthanasie mag afwijzen, mag dit volgens Wijmen niet betekenen dat men hulpverleners wil verhinderen om patiënten te helpen "de weg van het zelfgekozen levenseinde af te leggen" (p.77). Waar blijft dan de gewenste duidelijkheid? In deze bijdrage lijkt een weerstand naar voren te komen tegen levensbeschouwelijk bepaalde beperkingen van toepassing van euthanasie.

Nette uitvoering

In de hoofdstukken 5 t/m 8 worden meer praktische kwesties inzake euthanasie besproken. G.K. Kimsma, huisarts en filosoof aan de VU, bespreekt de mogelijkheden tot objectivering van de zorgvuldigheidseisen. Een belangrijke stelling van hem is dat de arts zelf eventueel reeds in een betrekkelijk vroeg stadium euthanasie ter sprake moet brengen. Dit niet doen zou eigenlijk onvolledige voorlichting inhouden (p.90, 91). Hij ziet de mogelijke nadelen hiervan wel, zoals bij de patiënt een verzoek om euthanasie uitlokken. Maar hij meent dat de voordelen, met name een betere structurering van het hele proces van terminale medische zorg die de zorgvuldigheid ten goede zou komen, zwaarder wegen. Overigens zit ook in dit verhaal een spanning. Enerzijds zegt Kimsma dat euthanasie door artsen als hulpverlening wordt gezien en zij zich volstrekt overtuigd tonen van de morele juistheid ervan. Aan de andere kant zegt hij dat euthanasie steeds een sterk emotioneel beladen gebeurtenis is die krachtig het gevoelsleven en het functioneren kan ontwrichten (p.87, 88). Dit laatste suggereert op zijn minst dat er bij euthanasie meer aan de hand is dan een moreel onbetwistbare vorm van hulpverlening.

De betekenis van de verschillende zorgvuldigheidseisen voor de praktijk worden besproken. Daarbij geeft Kimsma toe dat ze niet altijd goed worden opgevolgd. Interessant is nog dat hij opmerkt dat er reden kan bestaan tot argwaan omtrent de functie van het geheugen en de juistheid van reconstructies (p.102). Dit roept de vraag op in hoeverre de gegevens van Van der Wal en Van der Maas, die in hoge mate berusten op reconstructies achteraf door artsen, een betrouwbare weergave geven van wat is gebeurd. Misschien is de werkelijkheid wel verder verwijderd van handhaving van de zorgvuldigheidseisen dan uit hun onderzoek naar voren komt.

In hoofdstuk 6 bespreekt B.D. Onwuteaka-Philipsen, universitair onderzoeker, de rol van de consulent. Ze bepleit verbetering en professionalisering daarvan.

B.V.M. Crul, hoogleraar in Nijmegen behandelt in hoofdstuk 7 een aantal praktische uitvoeringskwesties inzake euthanasie. Ook daarbij komen de zorgvuldigheidseisen weer aan de orde. Een voorbeeld van een praktische tip is dat zowel de dienstdoende gemeentelijk lijkschouwer, als de Officier van Justitie tussen 17.00 en 18.00 uur minder goed bereikbaar zijn en dat het verstandig is om met de planning van de euthanasie daarmee rekening te houden. Verder worden adviezen gegeven inzake de euthanatica en de wijze van toediening, e.d..

Weigeren

Over de weigerende arts spreekt prof.dr. C. Spreeuwenberg in hoofdstuk 8. Hij bespreekt hierin gegevens van het onderzoek van Van der Wal en Van der Maas die betrekking hebben op weigeringen om in te gaan op een verzoek om euthanasie en de daarvoor aangevoerde redenen. Centrale stelling van zijn hoofdstuk is dat euthanasie en hulp bij zelfdoding wel zijn te beschouwen als medische handelingen, maar niet als *normale* medische handelingen *die gerekend worden tot het goed hulpverlenerschap waartoe de wet artsen verplicht*.

Levensbeëindiging behoort niet tot de medisch-professionele standaard omdat maatschappelijke en ethische normen zich hiertegen verzetten. Als het wel tot die standaard zou behoren dan zou elke arts in beginsel euthanasie moeten toepassen. Deze stellingname geeft op dit moment duidelijkheid. Maar de verwijzing naar de maatschappelijke en ethische normen roept de vraag

op of, zeker als euthanasie strafrechtelijk is aanvaard, we niet toegroeien naar een toestand waarin euthanasie wel tot de medisch-professionele standaard behoort en dus door iedere arts in beginsel onder omstandigheden toegepast moet worden. Aan dat wat tot de medisch-professionele standaard behoort kan een individuele arts zich namelijk ook niet onttrekken op grond van gewetensbezwaren. Duidelijkheid op dit punt wordt in dit hoofdstuk noch elders in het boek gegeven. Overigens behoort volgens Spreeuwenberg een *gesprek* over euthanasie en hulp bij zelfdoding wel tot het normale medische handelen.

Wilsonbekwame patiënten

De wilsonbekwame patiënt staat centraal in de hoofdstukken 9 en 10. In hoofdstuk 9 spreekt J.J.M. van Delden over levensbeëindiging bij wilsonbekwame patiënten in de medische praktijk. Hij stemt in met de stelling van Dillmann dat vooral onaantvaardbaar zwaar lijden een rechtvaardigende omstandigheid kan vormen voor levensbeëindiging, en niet het autonome verzoek van de patiënt op zichzelf. De arts moet zich dus een oordeel vormen over de kwaliteit van leven van de patiënt die om euthanasie vraagt. Dit houdt volgens Van Delden in dat de arts in zekere mate kan beoordelen of iemands leven een kwaad is geworden dat niet langer beschermd moet worden. Het moet hierbij wel gaan om een intersubjectief oordeel. Dit houdt in dat de arts niet tot levensbeëindiging mag overgaan indien naasten van de patiënt menen dat het lijden niet ondraaglijk is. Van Delden is blijkbaar beducht voor levensbeëindiging op grond van een individueel en heel persoonlijk opvatting van een arts. Maar ook zijn redenering legt de beschermwaardigheid van het leven van mensen feitelijk in handen van de omgeving. Een griezelige ontwikkeling, die mijns inziens strijdig is met de rechtstaat.

Overigens stelt Van Delden m.i. terecht dat medisch handelen niet kan zonder waardeoordelen, maar dat rechtvaardigt nog niet dat leven actief beëindigd wordt op grond van dergelijke waardeoordelen. *Wezenlijk en typerend voor medische zorgverlening is mijns inziens dat zij op leven, gezondheid en verlichting van lijden is gericht, niet op de dood. Ook opzettelijke levensbeëindiging rekenen tot medisch handelen betekent niet een simpele uitbreiding van de taak van de beroepsgroep, maar een wezenlijke verandering van de moraal ervan.*

In hoofdstuk 10 behandelen J. Legemaate en E.J.C. de Jong juridische aspecten van medische beslissing rond het levenseinde van wilsonbekwame patiënten. Hierbij gaat het onder meer over de betekenis van wilsverklaringen en van vertegenwoordigers die namens een patiënt moeten beslissen of meebeslissen over het medische handelen. Duidelijk is wel dat een verzoek tot levensbeëindiging van een familielid niet als een geldig verzoek om levensbeëindiging geldt. Wilsverklaringen waarin de opsteller zegt dat, als hij wilsonbekwaam is geworden, onder bepaalde omstandigheden bepaalde behandelingen niet meer wil, dienen in principe te worden opgevolgd. Maar ook dan dient de situatie wel door de arts en de naasten geïnterpreteerd te worden en kan de arts bij uitzondering, als hij daarvoor gegronde redenen heeft, van de wilsverklaring afwijken (p.164).

Inmiddels wordt gediscussieerd over de vraag of een schriftelijk verzoek om euthanasie, opgesteld door een wilsonbekwame patiënt voor een situatie waarin hij wilsonbekwaam zou zijn geworden en waarin zijn situatie als ondraaglijk lijden beschouwd kan worden, niet als een actueel verzoek om euthanasie moet gelden. Levensbeëindiging bij dergelijke wilsonbekwame patiënten met een schriftelijke euthanasieverklaring zou dan juridisch als euthanasie moeten gelden. Ook hier weer een ontwikkeling die het onderscheid vervaagt tussen levensbeëindiging wel en niet op verzoek.

In de bespreking van levensbeëindiging van pasgeborenen wordt de uitspraak van een rechter aangehaald die stelde dat een keuze voor het staken van de behandeling eigenlijk al een keuze voor de dood is geweest. De beslissing tot actieve levensbeëindiging zou dan niets anders zijn dan het trekken van de consequentie van deze keuze voor de dood. Opgemerkt moet worden dat dit in strijd is met het onderscheid tussen 'doen sterven' (actieve levensbeëindiging) en 'laten sterven', dat ook volgens Van Delden onder omstandigheden moreel relevant is (p.145). Overigens menen Legemaate en de Jong dat de uitspraken van de rechters lijken in te houden dat actieve levensbeëindiging niet aanvaardbaar is wanneer de baby ondanks ernstige aandoeningen

zonder leven-ondersteunende behandelingen toch in leven blijft. Ook al is ernstige twijfel mogelijk over de kwaliteit van dat leven (p.168).

Stijl en betrokkenheid

In hoofdstuk 11 vatten Van der Wal en Van der Maas nog een keer de resultaten van hun onderzoek naar de euthanasiepraktijk samen. Overzichtelijk, maar geen nieuws.

De stijl van de dokter bij toepassing van euthanasie wordt in hoofdstuk 12 aan de orde gesteld door de antropoloog R. Pool. Hij concludeert dat ook de arts een "eigen individuele stijl van handelen heeft die doorspeelt in zijn omgang met euthanasie: of hij de hulpvraag hoort, hoe hij die interpreteert, zijn bereidheid om erop in te gaan en hoe hij erop ingaat" (p.215). De stijl van de dokter zal volgens hem de grondslag moeten vormen voor alle verdere toetsing. De vraag is of dit wel in overeenstemming is te brengen met het pleidooi voor verdere objectivering van de zorgvuldigheidseisen en van de toetsing van de euthanasie. Patiënten die bij de ene dokter wel euthanasie krijgen zouden bij een andere nog een poosje leven. Hoe verhouden deze verschillen zich tot gelijke rechtsbescherming van alle burgers?

Verpleegkundige dilemma's bij euthanasie worden besproken door B.A.M. The in hoofdstuk 13. Een interessant hoofdstuk over betrokkenheid en ervaringen van verpleegkundigen in medische beslissingen rond het levenseinde. Het hoofdstuk mondt uit in een pleidooi voor het betrekken van verpleegkundigen bij de besluitvorming over euthanasieverzoeken zodat zij hun eigen ervaring en perspectief in die besluitvorming kunnen inbrengen. Op zichzelf akkoord - gegeven de bestaande praktijk - zolang maar duidelijk blijft dat verpleegkundigen niet bij de uitvoering van euthanasie betrokken raken.

Perspectief?

Het laatste deel van het boek wordt gevormd door hoofdstukken van H.J.J. Leenen, en B. Chabot, die een blik in de toekomst trachten te werpen. In zijn voornamelijk juridische bespreking stelt Leenen nogmaals dat euthanasie geen normaal medisch handelen is en ook niet kan worden. Wel pleit hij voor een strafrechtelijke regeling van euthanasie zoals nu overigens door het Kabinet ook wordt voorgestaan. Chabot houdt een meer algemene beschouwing over te verwachten ontwikkelingen in de samenleving t.a.v. levenseinde en levensbeëindiging. Hij tekent twee scenario's voor de komende twaalf jaar. Het eerste scenario gaat ervan uit dat euthanasie en hulp bij zelfdoding door artsen terughoudend zal worden toegepast. Dan zullen mensen die 'klaar zijn' met het leven op zoek gaan naar middelen om zelf hun leven te beëindigen. Dit zal leiden tot een handel in dergelijke middelen en reizen naar Oost-Europa waar ze gemakkelijker te verkrijgen zijn. In het tweede scenario zal de rol van de arts bij actieve levensbeëindiging stap voor stap worden vergroot. Ook ontluistering zal dan steeds meer een reden vormen voor levensbeëindiging. In beide scenario's verwacht Chabot een toename van het aantal zelfdodingen. De belangrijkste manier om dat te voorkomen is adequate zorg, thuis of in een instelling.

Chabot ziet in de cultuurontwikkelingen toenemende tolerantie voor het zelf kiezen van het moment van sterven. Hij zegt: "de keuze van het eigen moment van sterven wint een klein beetje terrein op de zozeer toegenomen macht van de dokter over het uitstellen van het sterven" (p.262.) Chabot benadrukt ook elders de toegenomen macht van de medische behandeling tot levensverlenging als een belangrijke achtergrond voor de sterker wordende behoefte zelf het moment van sterven te kiezen. Tegelijkertijd stelt hij dat de toename aan zelfdodingen voornamelijk te vinden zal zijn onder ouderen die 'klaar zijn' met het leven. Maar in hoeverre die 'klaar-met-het-leven' situatie te maken heeft met medische macht of medisch ingrijpen, is onduidelijk. Dit hoeft natuurlijk lang niet altijd het geval te zijn.

Het lijkt mij dat het verhaal van Chabot wel een goede uitdrukking vormt van een overheersend levensgevoel in onze cultuur, althans onder relatief gezonde mensen. In dat levensgevoel is de kwaliteit van leven bepalend voor de vraag of leven nog de moeite waard is. Als men het leven als van onvoldoende kwaliteit ervaart, dan moet het mogelijk zijn er op een vreedzame en doeltreffende manier een einde aan te maken.

Evaluatie

Tot besluit enkele meer algemene evaluerende opmerkingen.

- 1) Het boek is verplichte leesstof voor degenen die op de hoogte willen blijven van de Nederlandse euthanasiediscussie. Er worden veel gegevens en overwegingen aangevoerd over de ontwikkelingen in Nederland en over de praktijk van levensbeëindigend handelen door artsen.
- 2) De teneur van het hele boek is gericht op een verdere regeling, stroomlijning en zorgvuldige uitvoering van levensbeëindiging al dan niet op verzoek. Fundamenteel kritische geluiden over de huidige ontwikkelingen in Nederland op dit punt worden niet gehoord. Ook de literatuurverwijzingen hebben in hoge mate betrekking op publicaties uit hetzelfde circuit als waartoe de auteurs behoren. Publicaties van tegenstanders van de huidige ontwikkelingen komen nauwelijks aan bod. Ook publicaties uit het buitenland die legalisering van euthanasie afwijzen, worden niet genoemd. Zo verscheen in 1994 een uitvoerig rapport van een commissie van het Britse Hogerhuis die zich had gebogen over de vraag of legalisering van euthanasie wenselijk zou zijn. Verscheidene leden waren aanvankelijk voorstander van een voorzichtige legalisering. Enkele leden van die commissie hebben ook de situatie in Nederland bestudeerd. Na afloop van de studie was de commissie unaniem van mening dat legalisering niet wenselijk was. In 1996 publiceerde de Deense nationale commissie voor medische ethiek ook een rapport over euthanasie. Op één lid na van de 17 wees de hele commissie legalisering van euthanasie af. Aan beide publicaties gaat het Nederlandse gezondheidszorg-establishment ten enenmale voorbij. Na 25 jaar euthanasie wordt de fundamentele vraag naar de morele en juridische aanvaardbaarheid van euthanasie niet meer gesteld. De discussie gaat over de meest aannemelijke rechtvaardiging en over de best mogelijke regeling en uitvoering. Een fundamentele bezinning op de betekenis van ethische en juridische aanvaarding van euthanasie voor de rol van de arts in de samenleving en voor de cultuurontwikkeling als geheel ontbreekt. Wezenlijk voor iedere cultuur is onder meer de wijze waarop daarin wordt omgegaan met dood en sterven. Treden in dit opzicht belangrijke wijzigingen op dan betekent dat een verandering van de cultuur als geheel.
- 3) Ook het feit dat euthanasie in de meeste gevallen op een oncontroleerbare wijze wordt toegepast, leidt slechts tot voorstellen tot verbeteringen van procedures. Dat hiermee de rechtsbescherming van het leven van de burger en dus de rechtsstaat gemoeid is, lijkt niet te worden opgemerkt.
- 4) Er is in het boek weinig te bespeuren van bezorgdheid over de ontwikkelingen in Nederland (eerder het tegendeel) en van een streven het aantal gevallen van euthanasie terug te dringen. Weliswaar noemen enkele auteurs bij de bespreking van de zorgvuldigheidseisen dat er geen reële alternatieven meer moeten zijn om het lijden te verlichten en dat dus goede palliatieve zorg geboden moet worden. Maar nergens wordt dit uitgewerkt. Nog minder wordt erkend dat in veel situaties in Nederland die goede integrale palliatieve zorg in feite niet aanwezig is. Dit is geen aanklacht tegen de Nederlandse artsen in het algemeen, maar slechts een constatering dat er op het terrein van de palliatieve zorg de laatste tijd zoveel is gebeurd dat veel artsen dat niet weten en de mogelijkheden daartoe niet hebben. Maar nergens in het boek wordt ingegaan op de vraag in hoeverre in Nederland versterking van goede integrale palliatieve zorg de euthanasiepraktijk zou kunnen terugdringen; nergens wordt een pleidooi gevoerd voor verbetering van de mogelijkheden op dit punt. De tegenwerping dat dit boek een ander onderwerp heeft, lijkt mij een zwak verweer. Het is een bundel die is samengesteld naar aanleiding van 25 jaar euthanasiebeleid in Nederland. En dan blijkt de belangrijkste les niet te zijn dat goede palliatieve zorg veruit de meeste verzoeken om euthanasie kan wegnemen en dat het streven daarop gericht zou moeten zijn. De les is hoe we de euthanasiepraktijk beter kunnen regelen en 'zorgvuldiger' maken.
- 5) Het boek geeft ook een treffende illustratie van het geseculariseerde denkklimaat onder spraakmakende personen in de gezondheidszorg. Over godsdienst en geloof wordt in het boek niet gesproken. Zij lijken geen rol te spelen of men zwijgt daarover in het publieke debat.

Tenminste van sommige auteurs is bekend dat godsdienst in hun eigen leven wel een rol speelt. In het boek ontbreekt iedere verwijzing naar God of eeuwigheid, evenals iedere fundamentele bezinning op lijden en dood in relatie tot de besproken ontwikkelingen.

Kortom, het is een boek dat op enerzijds veel biedt. Maar tegelijkertijd een boek dat juist om wat *niet* aan de orde komt, onthutsend is. En het meest onthutsende is misschien nog wel dat zo weinigen dat nog onthutsend vinden. Het contrast tussen de overheersende moderne moraal en de traditionele joods-christelijk geaspireerde moraal wordt steeds groter. Dat maakt de taak voor hen die deze moraal wensen te handhaven niet eenvoudiger, maar wel dringender.

H. Jochimsen

De auteur is directeur van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut en bijzonder hoogleraar medische ethiek.

N.a.v.: J Legemaate, RJM Dillmann (red). *Levensbeëindigend handelen door een arts: tussen norm en praktijk*. KNMG, Bohn Stafleu Van Loghum 1998, 270 pp. f 67,50