

Euthanasie als medisch-ethisch en christelijk-ethisch probleem¹

Dl 1. Waar komt euthanasie uit voort en wat is het?

Inleiding

Momenteel ligt bij de Tweede kamer een wetsontwerp dat beoogt euthanasie en hulp bij zelfdoding door artsen strafrechtelijk mogelijk te maken. (*Tweede Kamer 1998-1999, nrs 1-3*). Menselijkerwijze gesproken zal de Kamer dit voorstel zonder veel wijzigingen aanvaarden. Inmiddels is er een geleidelijk groeiende en breed aanvaarde praktijk van euthanasietoepassing. Het lijkt er in het maatschappelijke en politieke debat steeds meer op dat zij die euthanasie *afwijzen* zich daarvoor moeten verantwoorden, in plaats van andersom. Dit betekent dat de vanzelfsprekendheid waarmee in orthodoxe kringen euthanasie is afgewezen, in het huidige maatschappelijke klimaat onder druk staat en steeds opnieuw om een verantwoording vraagt. Aan die verantwoording wil ik in deze serie van drie artikelen, waarvan dit de eerste is, een bijdrage leveren.

Achtergronden

Om te beginnen wil ik enkele invloeden noemen die hebben geleid tot de vrij brede aanvaarding van euthanasie. Dit helpt bij het nadenken over de wijze waarop wij de ontwikkelingen het hoofd kunnen bieden.

In onze samenleving voltrekt zich een proces van individualisering. Levensverbanden en relaties worden meer en meer een keuze die men moet en wil verantwoorden op grond van positieve ervaringen die men in de relatie opdoet. Naast allerlei praktische factoren (bevolkingsgroei, woningnood e.d.) heeft dit ertoe geleid dat veel ouderen niet langer in één huis leven met jongere generaties, maar vaak in een eigen woning of instelling voor ouderenzorg. Door diverse voorzieningen kunnen ouderen, overeenkomstig hun wens, vaak ook lang zelfstandig leven. Maar tegelijkertijd leidt deze ontwikkeling ook nog al eens tot sociale isolatie en eenzaamheid. En als men dan ernstig ziek en zorgbehoefstig wordt, of dreigt te worden, dan is het bieden en aanvaarden van zorg moeilijk. En misschien nog moeilijker en belangrijker is dan het creëren van een situatie waarin de afhankelijke en zieke mens zich niet overbodig en lastig voelt, maar het besef heeft er nog bij te horen en gewaardeerd te worden. In dergelijke situaties kan gemakkelijker de gedachte opkomen dat, onder sommige omstandigheden, euthanasie een ‘oplossing’ is.

Ook ontwikkelingen in de geneeskunde en gezondheidszorg lijken bij te dragen aan een grotere tolerantie ten aanzien van euthanasie. Dankzij verbeteringen in huisvesting, hygiëne, voeding en geneeskunde (m.n. antibiotica) is de levensverwachting de laatste drie of vier generaties aanzienlijk toegenomen. Mede daardoor zijn de zogenaamde welvaartsziekten, waarvan hart- en vaatandoeningen en kanker de belangrijkste vormen, tot de belangrijkste doodsoorzaak geworden. Inmiddels bestaan vele medische mogelijkheden van diagnostiek en therapie waardoor deze aandoeningen weliswaar behandeld kunnen worden, maar lang niet altijd genezen. Ze gaan soms gepaard met een moeilijk ziek- en sterfbed, zeker wanneer geen optimale zorg geboden kan worden. Mede door de sterke nadruk in onze maatschappij op gezondheid en levensverlenging, zijn de laatste levensfase en het sterven steeds meer onder medisch regiem gebracht. Soms gaan arts en patiënt wel erg lang door met behandelingen die toch geen genezing meer kunnen brengen. Als men dan besluit met op genezing gerichte behandelingen te stoppen, bevindt de

¹ Deze serie van 3 artikelen is gepubliceerd in De Wekker, Oktober/november 2000

patiënt zich lichamelijk en psychisch in een zeer penibele situatie. Als dan geen goede begeleiding en zorg beschikbaar zijn, komt de vraag naar een snel en pijnloos einde gemakkelijk op.

Inmiddels neemt de betekenis van chronische aandoeningen als reuma, ouderdomsdiabetes, Alzheimer dementie e.d. snel toe. Deze ziekten betekenen niet alleen een toenemende belasting voor de patiënt en diens omgeving, maar ook een afnemende mogelijkheid tot participatie in sociale verbanden en een langzaam sterven. In het licht van het ideale leven van onze samenleving, namelijk gezond, mooi, vitaal, productief, onafhankelijk en maatschappelijk actief, zal dit bij gelijkblijvend maatschappelijk klimaat, in toenemende mate als onverdraaglijk worden ervaren.

Hoe sterker dat ideaal leeft bij mensen des te moeilijker zijn zaken als verlies van waardigheid/onwaardige dood, ontluistering en afhankelijkheid te verdragen. De ernst van het lijden dat zich zowel in lichamelijk als in psychisch en geestelijk opzicht kan voordoen, mag niet worden onderschat. Maar de menselijke waardigheid en de zin van het leven hangen in het hedendaagse levensgevoel kennelijk sterk samen met de lichamelijke toestand en vermogens. Ze worden niet meer gezien als met het menszijn zelf gegeven.

Dit alles hangt ongetwijfeld samen met de ontwikkeling in onze cultuur waarin het leven en samenleven steeds meer is gekomen onder het beslag van de moderne wetenschappelijk-technische benadering van de werkelijkheid. Daardoor verdween het zicht op God de Schepper en op de geestelijke dimensie van de mens. Dit bracht mee dat de waarde van iemands meer en meer wordt verbonden met de mate waarin hij nuttig is voor de maatschappij, of met de mate waarin van het leven kan worden genoten. Het najagen van geluk is het grote doel in het leven geworden; maar dan geluk dat wordt geïnterpreteerd in termen van materiële en sociale voorwaarden. Waar dit doel definitief onbereikbaar is geworden, heeft dit leven zijn zin verloren. En omdat de geestelijke werkelijkheid en de daarmee samenhangen ethiek geen bepalende rol meer spelen, acht men het wenselijk dat onder zulke omstandigheden het leven ook opzettelijk kan worden beëindigd.

Bovengenoemde redeneerwijze en het daarin verwoorde levensgevoel vormen een reële achtergrond van de toenemende aanvaarding van euthanasie. Ook al zullen velen, vanwege de nog altijd bestaande invloed van diverse tradities, de dingen niet zo uitgesproken verwoorden.

Wat is euthanasie en wat is het niet?

Belangrijke ethische verschuivingen in de samenleving worden vaak voorafgegaan door verwarring in de terminologie en herdefiniëring van woorden. Daarom wil ik de bespreking en beoordeling van de Nederlandse euthanasiepraktijk beginnen met een nadere omschrijving van wat euthanasie is en van handelwijzen die ervan moeten worden onderscheiden, maar er tegelijkertijd in ethisch opzicht wel in kunnen overgaan.

In Nederland wordt 'euthanasie' gedefinieerd als *de opzettelijke beëindiging van het leven van een patiënt, op diens verzoek, door een arts*. Wanneer geen sprake is van een verzoek van de patiënt zelf, wordt niet van euthanasie maar van 'levensbeëindiging zonder verzoek' gesproken. De Nederlandse definitie van euthanasie beperkt zich dus tot een bepaalde manier van levensbeëindigend handelen. Maar dit wil niet zeggen dat ethisch verwante handelingen niet voorkomen, zoals we zullen zien.

Medisch zinloze behandeling

Het beëindigen of niet instellen van een medische behandeling, wanneer zo'n behandeling medisch zinloos is en men aanvaardt dat de patiënt zal sterven, noemen we geen euthanasie of levensbeëindiging. De redenering is dat de dokter niet verplicht is een medische behandeling te geven als die handeling niets meer te bieden heeft, of als de lasten en de risico's van de behandeling zwaarder wegen dan de mogelijke voordelen voor de patiënt. Dan wordt de behandeling

niet beëindigd met de bedoeling de dood van de patiënt teweeg te brengen. De patiënt sterft dan aan zijn aandoening die niet langer verholpen kan worden. Dit 'principe van de proportionaliteit' is een vanouds gebruikelijk en zeer belangrijk principe in de medische praktijk. Bij de afweging van voor- en nadelen van een behandeling is het criterium niet of de patiënt een 'zinnig leven' heeft of zal krijgen, maar of de behandeling zinvol is voor de patiënt.

Het niet geven van een proportionele medische behandeling, bijvoorbeeld alleen omdat de patiënt al oud en eenzaam is, of toch geestelijk gehandicapt zal blijven, is ethisch vergelijkbaar met euthanasie, maar valt buiten de definitie.

Weigering behandeling

Het staken of niet instellen van een mogelijk levensverlengende medische behandeling omdat een wilsbekwame patiënt die weigert, is geen vorm van euthanasie. (Wilsbekwame wil zeggen dat de patiënt in staat is zijn belangen ter zake te behartigen). Geen enkele wilsbekwame patiënt mag behandeld worden zonder zijn instemming, en hij heeft het recht behandeling te weigeren of zijn toestemming in te trekken. In geval van wilsonbekwaamheid moet door anderen toestemming worden gegeven, meestal de naaste familie. Het is steeds de verantwoordelijkheid van de arts zo goed en duidelijk mogelijk uit te leggen, waarom een behandeling wordt aangeboden en waarom dat in het belang van de patiënt is. Daarbij dient hij tegelijkertijd aan te geven wat de risico's zijn en de mogelijke negatieve neveneffecten van de behandeling.

De enorme toename aan medische mogelijkheden, waarvan in veel gevallen dankbaar gebruik gemaakt kan worden, maken het moeilijker om nee te zeggen, maar maken de kunst van het nee-zeggen ook steeds belangrijker.

Een goede en open communicatie met de artsen waarin de eigen overtuigingen duidelijk naar voren worden gebracht, wordt dan ook steeds belangrijker. Het kan in de laatste levensfase belangrijker zijn ons te richten op het afscheid en op de ontmoeting met de Heere, dan om de maximale levensduur eruit te persen. En soms gaan die twee niet samen.

Pijn- en symptoombehandeling

De derde handelwijze die geen euthanasie mag worden genoemd, is *proportionele* bestrijding van pijn en symptomen, zelfs wanneer die als neveneffect een mogelijke bekorting van het leven betekent. Bij de morele beoordeling van een handeling moet het bedoelde resultaat onderscheiden worden van de onvermijdelijke neveneffecten die men kan voorzien, maar niet bedoelt. Wat overigens niet wil zeggen dat men voor die neveneffecten niet verantwoordelijk is. Ze moeten gerechtvaardigd kunnen worden in het licht van de bedoelde effecten. Deze regel van het 'dubbele effect' speelt in de medische praktijk een belangrijke rol. Bijvoorbeeld, tandarts en patiënt voorzien dat het plomberen van een kies pijn zal doen, maar de patiënt aanvaardt dat en de tandarts rechtvaardigt dat met het bedoelde effect: het voorkomen van gebitsbederf.

Nu kan in de praktijk de pijnbehandeling verschuiven van effectieve, terechte medische zorg naar opzettelijke verkorting van het leven van de patiënt door stap voor stap de medicatie op te voeren totdat deze, ten minste voor een deel, de dood van de patiënt veroorzaakt. Maar ook deze handeling valt buiten de definitie van euthanasie.

H. Jochemsen,

directeur Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut en bijzonder hoogleraar medische ethiek.

Euthanasie als medisch-ethisch en christelijk-ethisch probleem.

2. Omvang en wettelijke regeling van de euthanasiepraktijk

Praktijkgegevens

In deze tweede bijdrage over euthanasie wil ik ingaan op het onderzoek dat is gedaan naar de omvang van de euthanasiepraktijk in Nederland en op het nieuwe wetsvoorstel inzake euthanasie dat nu in de Tweede Kamer in behandeling is.

Het eerste grootschalige onderzoek naar de praktijk van wat 'Medische beslissingen rond het levenseinde' wordt genoemd, vond plaats in 1990 in opdracht van de Staatscommissie met diezelfde naam onder voorzitterschap van mr. Remmelink. Inmiddels was nog onder het derde kabinet Lubbers een meldingsprocedure afgesproken met de artsen volgens welke zij alle gevallen van euthanasie, hulp bij zelfdoding en levensbeëindigend handelen zonder expliciet verzoek moeten melden bij de gemeentelijk lijkschouwer, die na controle van de melding deze doorstuurt naar de Officier van Justitie. Op deze manier zou in principe de rechter in staat zijn voor ieder geval van levensbeëindigend handelen na te gaan of de arts terecht een beroep op noodtoestand kon doen. Dit beroep op noodtoestand was namelijk in 1984 door de Hoge Raad erkend als mogelijkheid om straffeloos euthanasie toe te passen als aan bepaalde zorgvuldigheidseisen was voldaan. Het onderzoek zou inzicht moeten geven in het aantal malen dat levensbeëindigend handelen wordt toegepast en in de mate waarin in de praktijk aan de zorgvuldigheidseisen wordt voldaan.

Het onderzoek van 1990, uitgevoerd door Van der Maas en medewerkers, gaf aan dat aan sommige zorgvuldigheidseisen in veel gevallen niet was voldaan. Met name de eis van melding was toen slechts in 18% van de gevallen vervuld. Vanuit het oogpunt van controle is dit de belangrijkste omdat alle andere eisen slechts gecontroleerd kunnen worden als de gevallen worden gemeld.

Toen in 1994 het eerste kabinet Kok aantrad, was het de vraag of men al op korte termijn zou overgaan tot regeling van euthanasie in de strafwet zoals de D'66 fractie via een initiatiefwetsontwerp wilde. Kennelijk lag dat nog gevoelig en besloot men eerst het onderzoek uit 1990 te herhalen.

Het oogmerk van dit onderzoek was met name na te gaan in hoeverre de meldingsprocedure voldeed, die eind 1990 werd ingesteld en op 1 juni 1994 officieel van kracht werd. Het ging dus opnieuw vooral om de vraag hoe vaak opzettelijk levensbeëindigend handelen plaatsvond, hoe vaak dat werd gemeld en of het gemelde voldeed aan de zorgvuldigheidseisen.

Uit dit onderzoek komt onder meer het volgende naar voren (zie: G. van der Wal, P.J. van der Maas, *Euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde*, Den Haag: Sdu uitgevers 1996).

1) Euthanasie of hulp bij zelfdoding werd in 3.600 gevallen toegepast (van de 9.700 gevallen waarin het werd gevraagd). De belangrijkste reden waarom artsen aan een verzoek om euthanasie *geen* gehoor geven, is dat men het lijden van de patiënt niet ondraaglijk acht. Aan de andere kant blijken in 900 gevallen artsen het leven van de patiënt te beëindigen zonder expliciet verzoek, omdat de arts het leven van de patiënt ondraaglijk acht.

2) Daarenboven zijn er 2.000 gevallen, waarbij de arts de pijnmedicatie opvoert, met als uitdrukkelijk doel het leven te bekorten; in zo'n 25% van deze gevallen was er ook geen expliciet verzoek van de patiënt. In ruim 14.000 gevallen werd een behandeling gestaakt met het uitdrukkelijke doel het leven te bekorten.

De vorige keer zagen we dat pijnbestrijding met als *onbedoeld* neveneffect een versnelling van het sterven, en staken van zinloze behandelingen, geen euthanasie zijn. Nu zien we hoe die handelingen in de praktijk *kunnen overgaan* in op zijn minst ethisch twijfelachtig handelen

en soms feitelijk in euthanasie, maar dan niet zo worden genoemd.

3) In 17% van de gevallen van euthanasie en van levensbeëindiging niet op verzoek waren er volgens de arts nog mogelijkheden om het lijden te verlichten, maar is desondanks besloten om tot levensbeëindiging over te gaan.

4) Bovendien blijken artsen in een belangrijk deel van de gevallen van euthanasie of hulp bij zelfdoding niet adequaat een collega te consulteren. Verder werd slechts 41% van deze gevallen gemeld en van de gevallen van levensbeëindiging-niet-op-verzoek vrijwel geen enkel geval. De niet-gemelde gevallen kwamen niet ter kennis van justitie.

Ik trek hieruit de volgende conclusies:

a) Het zijn vooral de dokters die beslissen of in een bepaalde situatie het leven van de patiënt beëindigd wordt en niet zozeer de patiënt.

b) Euthanasie blijkt dus niet alleen als allerlaatste middel te worden aangegrepen.

c) Controle op het levensbeëindigend handelen van artsen blijkt praktisch onuitvoerbaar vooral omdat artsen. Aan artsen is dus een legitimatie verschaft tot het doden van patiënten, zonder dat justitie dit adequaat kan controleren, omdat tegen wettelijke voorschriften in de meeste gevallen niet worden gemeld. Ook de nieuwe meldingsregeling, waarin justitie op grotere afstand van de arts is gezet door de instelling van Regionale toetsingscommissies (per 1 november 1998), lijkt hierin geen echte wending te hebben gebracht. (*Jaarverslag Regionale Toetsingscommissie Euthanasie over 1998/99. Den Haag 2000*). Dit betekent een ernstige ondermijning van de rechtsstaat.

Op grond van bovengenoemde gegevens achtte het kabinet het in 1997 nog te vroeg om over te gaan tot strafrechtelijke aanvaarding van euthanasie. Men stelde Regionale toetsingscommissies in die alle gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding zouden moeten beoordelen voordat Justitie een besluit neemt inzake nader onderzoek of vervolging van een arts. Bij de formatie van het tweede paarse kabinet werd evenwel zonder verdere inhoudelijke argumentatie besloten om toch euthanasie in de strafwet te gaan toestaan. Het betreffende wetsvoorstel is nu bij de Tweede kamer in behandeling.

Inhoud nieuwe wetsvoorstel

De wettelijke regeling van euthanasie die in 1994 van kracht werd, behelst geen strafrechtelijke legalisering van euthanasie. Euthanasie, hulp bij zelfdoding en het beëindigen van het leven van een patiënt bleven in het Wetboek van Strafrecht verboden. Maar wanneer een arts ten gevolge van ‘tegenstrijdige plichten’ (de plicht om ondraaglijke pijn of lijden weg te nemen, en de plicht het leven te respecteren) in een noodtoestand geraakt en euthanasie toepast, moet hij dat melden bij justitie via een formulier waarop de omstandigheden zijn vermeld. Als aan bepaalde eisen is voldaan, kan de arts voor de rechter met succes een beroep doen op ‘noodtoestand’ (art. 40 WvS).

Het nieuwe wetsvoorstel (*Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, Tweede Kamer 1998-1999, 26691, nrs. 1-2*), bevat in essentie de volgende bepalingen.

- 1) Het strafrechtelijke verbod op euthanasie (art. 293) en hulp bij zelfdoding (art. 294) geldt niet voor artsen wanneer zij euthanasie of hulp bij zelfdoding toepassen onder bepaalde voorwaarden (zie (2)) en ieder geval melden bij de gemeentelijke lijkschouwer.
- 2) De zorgvuldigheidseisen die in acht genomen moeten worden om straffeloos euthanasie of hulp bij zelfdoding te kunnen toepassen zijn: een vrijwillig weloverwogen en duurzaam verzoek van de patiënt, uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt, patiënt heeft inzicht in situatie en vooruitzichten; er is geen redelijke andere oplossing, een ander arts is geconsulteerd en de levensbeëindiging is medisch zorgvuldig uitgevoerd.
- 3) Alle gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding moeten worden gemeld bij de gemeentelijke lijkschouwer die de melding met een eigen verklaring doorstuurt aan de Officier van

Justitie en aan een van de 5 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie die al de gemelde gevallen beoordelen. Alleen bij verdenking van onregelmatigheden geeft de Officier van Justitie geen toestemming tot begraven of cremeren. Wanneer de regionale commissie een geval positief beoordeelt, is daarmee het geval afgedaan.

- 4) Voor euthanasie of hulp bij zelfdoding bij minderjarigen tussen 12 en 16 jaar is ook de toestemming van de ouder(s) of voogd nodig. (De aanvankelijke bepaling dat bij uitzondering ook zonder toestemming van ouder of voogd euthanasie of hulp bij zelfdoding zou kunnen worden toegepast, heeft het kabinet laten vallen).
- 5) Een euthanasieverklaring waarin mensen kunnen vragen om euthanasie wanneer ze in een nader aan te duiden situatie komen en waarin ze niet meer wilsbekwaam zijn (bijv. door dementie) en dus niet meer een rechtsgeldig verzoek kunnen doen, krijgt een wettelijke basis.

Uitdijende praktijk

De ontwikkeling van de praktijk en de jurisprudentie en de regeling inzake euthanasie hebben het Openbaar Ministerie en de arts die euthanasie toepast in een 'prisoner's dilemma' gebracht. Een strengere controle en vervolging van onzorgvuldig euthanaserende artsen zal ertoe leiden dat euthanasiegevallen nog minder dan nu (41%) worden gemeld. Een toegeeflijker opstelling zal vermoedelijk leiden tot een groter aantal meldingen, maar tevens tot een uitdijend aantal gevallen, waarbij de 'minder nette' gevallen nog altijd niet worden gemeld en dus ontoetsbaar blijven. Daarbij komt dat de inhoudelijk belangrijkste voorwaarde, namelijk 'ondraaglijk en uitzichtloos lijden', in het wetsvoorstel in hoge mate wordt gesubjectiveerd: uiteindelijk bepaalt de patiënt dat en kan euthanasie worden toegepast ook wanneer de patiënt een reële mogelijkheid van palliatieve zorg afwijst. De uitspraak van de Haarlemse rechtbank op 30 oktober jl. in de zaak Brongersma toont aan hoezeer het begrip ondraaglijk lijden nu al door de rechter wordt opgerekt. Waarbij dan bovendien wordt erkend dat de arts een taak kan hebben om ook lijden dat geen medische achtergrond heeft, 'op te lossen' door de persoon te helpen bij zelfdoding.

De voorgestelde strafrechtelijke regeling van euthanasie zal deze situatie praktisch niet veranderen; ook dan blijft immers melding en controle van het euthanaserend handelen van artsen nodig. En wanneer patiënten druk uitoefenen op de arts om tot euthanasie over te gaan, maar deze reden ziet te weigeren, dan kan hij daarvoor straks minder steun vinden in de aangepaste strafrechtelijke regeling van euthanasie. Als het de KNMG (de grootste artsenorganisatie) menens is in haar verzet tegen uitbreiding van de praktijk van levensbeëindiging tot gevallen als van Brongersma - en ik heb geen reden daaraan te twijfelen - dan doet zij er goed aan om alsnog haar steun voor dit wetsvoorstel in te trekken.

Euthanasie als medisch-ethisch en christelijk-ethisch probleem.

3. Bespreking van het wetsvoorstel vanuit christelijk gezichtspunt

In dit derde artikel wil ik aangeven waarom vanuit christelijk medisch-ethisch gezichtspunt euthanasie en het nu voorliggende wetsvoorstel niet aanvaardbaar zijn. Tevens wil ik kort ingaan op het *praktische* antwoord dat wij als christenen en kerken dienen te bieden op de vraag naar euthanasie.

Euthanasie en Gods Woord

De Bijbel leert ons dat de mens is geschapen naar het beeld van God (Gen.1:26; 9: 6) De uitdrukking 'geschapen naar het beeld van God' geeft in de eerste plaats aan dat de mens is geschapen in een persoonlijke relatie tot God en is geroepen om op aarde Gods vertegenwoordiger te zijn (Gen. 2:15). Dit veronderstelt dat de mens is begiftigd met bepaalde kwaliteiten of capaciteiten zoals denkvermogen, moreel besef of taal. Als Schepper is God ook Eigenaar en Heer over heel de schepping, ook over de mens, die zich voor zijn handelen tegenover God moet verantwoorden. Dat de mens naar het beeld van God is geschapen als man en als vrouw, houdt in dat de mens een relationeel schepsel is. Met andere woorden, de mens is geen geïsoleerd individu maar is naar zijn aard juist een sociaal wezen, geschapen in relaties die een onvervangbaar deel van zijn bestaan vormen. In het menselijke bestaan is het lichamelijke bestaan ten volle opgenomen. De lichamelijke opstanding van de Here Jezus, die een garantie is van onze lichamelijke opstanding, bewijst hoe serieus God het lichaam neemt.

De vraag of het leven zinvol is, wordt dan ook niet bepaald door de functies of vermogens. De waarde en de waardigheid van de mens zijn gelegen in het feit dat hij door God geschapen is, en geroepen om te leven in een relatie van liefde tot God, de medemens en de schepping.

Deze zienswijze houdt in dat het leven van alle patiënten volledige bescherming verdient, ongeacht diens lichamelijke conditie of vermogens, dus ongeacht ziekten, lichamelijke of verstandelijke handicaps, psychische stoornissen of dementie. Voor christenen is de kwaliteit van leven geen criterium om te beslissen wiens leven waard is om geleefd te worden, maar een sociale verantwoordelijkheid tegenover degenen die lijden en zorg nodig hebben.

Tegelijkertijd laat Gods Woord ons zien dat ziekte, lijden en dood door de zonde in het menselijke bestaan zijn gekomen. Ze vormen een inbreuk op Gods oorspronkelijke werk en op Zijn uiteindelijke bedoeling met de schepping. Uit het onderwijs en het voorbeeld van de Here Jezus hebben christenen de eeuwen door een opdracht verstaan tot zorgverlening aan armen, zieken, gehandicapten en sociaal uitgestoten. Een opdracht waarin opzettelijk doden geen plaats kan hebben. Maar tevens een opdracht die zich van haar beperkingen bewust is. Onze inspanningen heffen de zonde en dus de sterfelijkheid en kwetsbaarheid van het menselijke leven niet op. Daarom moeten ook de grenzen van de medische mogelijkheden tot herstel van gezondheid en behoud van leven worden erkend. Eerbied voor de God van het leven houdt enerzijds in dat het leven van een mens niet opzettelijk mag worden beëindigd (in het gewone menselijke verkeer, ik zie af van noodweer en overheidsoptreden). Het betekent anderzijds ook dat het onvermijdelijke sterven wordt aanvaard en de mens daarbij wordt verzorgd en begeleid, zonder met onevenredige behandelingen te worden belast (het principe van de proportionaliteit).

Soms kan het lijden als gevolg van ziekte of handicap verbijsteren. Maar ook waar God voor ons de Onbegrijpelijke is, mag het geloof eraan vasthouden dat Hij een God is van liefde (zie ook Rom. 8:28, 35-39; 1 Kor. 10:13; 13:12). Een liefde die gestalte wil krijgen in zorg en aandacht om al het mogelijke te doen om het lijden draaglijk te houden, aanvaardend dat soms

daardoor het sterven wordt verhaast, zonder dat het opzettelijk wordt teweeggebracht (de regel van het dubbele effect).

Dan ga ik nu meer in het bijzonder in op het thans in behandeling zijnde wetsvoorstel inzake euthanasie en hulp bij zelfdoding. (Wanneer in het vervolg euthanasie wordt genoemd, wordt tevens hulp bij zelfdoding bedoeld)

De rol en de macht van de arts

Aanvaarding van euthanasie betekent dat de arts niet meer eenduidig staat aan de kant van het leven, maar primair een bestrijder wordt van lijden. We zagen reeds dat het in hoge mate aan het individu wordt overgelaten om vast te stellen of die ondraaglijk lijdt. Bovendien heeft de rechtbank in het geval Brongersma aanvaard dat ook lijden zonder medische achtergrond een reden kan vormen om op een euthanasieverzoek in te gaan. De arts dreigt gedrongen te worden in de rol van oplosser van (alle?) lijden, desnoods door te (helpen) doden. Dit betekent een fundamentele verandering van de rol van de arts, welke zijn positie ambivalent maakt. Deze verandering kent aan de arts een onverantwoord grote macht toe. In dit verband verdient vermelding dat in de VS een commissie van een groot aantal organisaties van zorgverleners (w.o. de belangrijkste artsorganisatie) legalisering van euthanasie heeft afgewezen als strijdig met de beroepsrol en beroepsethiek van de arts en van andere zorgverleners.

Met die bevoegdheid krijgt de arts weer een soort van religieuze macht. Immers zeggenschap over leven en dood is vanouds alleen toegekend aan met goddelijk gezag beklede instanties (m.n. de overheid). Het houdt tevens in dat ook het sterven en de dood onderworpen worden aan de rationaliteit van het modern-medische handelen (“overmorgen om vijf uur zal bij u euthanasie worden toegepast”). Het behoeft nauwelijks betoog dat dit in strijd is met Gods Woord. Maar het is ook strijdig met waarden die eeuwenlang het morele fundament hebben gevormd van de westerse cultuur.

Rechtszekerheid

Analyse van het voorstel in het licht van de inmiddels gegroeide praktijk van euthanasie, hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging zonder verzoek leidt tot de volgende conclusie:

- a) dat de overheid aan bepaalde burgers, in casu artsen, strafwettelijk het recht toekent het leven van andere burgers te beëindigen op grond van persoonlijk gekleurde inschattingen en oordelen over de leefbaarheid van iemands leven en waarbij adequate controle van dat handelen onmogelijk is.
- b) dat een commissie van drie personen in een besloten vergadering, op basis van de gegevens die de ‘dader’ zelf verstrekt, moet oordelen over de aanvaardbaarheid van doden van een medeburger, waarbij zij voor hun oordeel aan niemand verantwoording verschuldigd zijn.

Dit betekent een inbreuk op de rechtsbescherming van het leven van alle burgers. Deze inbreuk is onverenigbaar met onze rechtsstaat.

Palliatieve zorg, geen euthanasie

Als herstel onmogelijk is vanuit menselijk gezichtspunt is de taak van de arts nog niet afgelopen. Een dokter moet nooit tegen zijn patiënt zeggen: “Ik kan niets meer voor u doen”. Zulke uitspraken maken, dat de patiënt zich eenzaam en wanhopig voelt, en zouden een verborgen of zelfs openlijk verzoek om euthanasie kunnen oproepen. De patiënt dient dan ook in medisch opzicht begeleid te worden tot het overlijden.

Hoewel terminale zorg meer omvat dan medische zorg, kan palliatieve (verlichtende,

verzachtende) geneeskunde de patiënt in de laatste levensfase veel bieden. Pijn, angst en ongemak kunnen alle mentale en fysieke energie van een patiënt in beslag nemen, en het onmogelijk maken aan iets anders te denken dan aan de eigen ellende. De uitgebreide mogelijkheden van palliatieve zorg kunnen veelal de terminale patiënt in staat te stellen aandacht te geven aan zijn relaties, te proberen daarin vrede in te vinden, in het bijzonder ook vrede met God. Goede terminale palliatieve zorg houdt dan ook in dat ook aandacht wordt gegeven aan psychische, sociale en geestelijke problemen, bijv. angsten, onrust wegens problemen met familieleden, zorg om familie, de behoefte in het reine te komen met bepaalde mensen of met de Here God, etc. Het gevolg van dergelijke zorg blijkt te zijn dat slechts zeer zelden een verzoek om euthanasie blijft bestaan.

Met alle waardering voor de extra inspanningen die de overheid levert ten behoeve van palliatieve zorg blijft het een probleem dat de overheid van mening is dat euthanasie het sluitstuk kan vormen van dergelijke zorg. Ik ben het daarmee, met zeer velen die in diverse landen in de terminale palliatieve zorg werkzaam zijn, niet eens. Wanneer euthanasie bij voorbaat als keuzemogelijkheid bestaat dan wordt dóórleven, dus *niet* om euthanasie vragen, ook tot een keuze waarvoor de patiënt ten minste impliciet moet *kiezen* en zich misschien wel verantwoorden. Afwijzing van euthanasie ertoe om niet alleen de dood, maar ook het sterven onder ogen te zien, om met lijden en sterven om te gaan op een wijze die niet wordt gedomineerd door het medische beheersingstreven, maar waarin de tegemoetkoming aan de behoeften van de stervende, zo dat deze het leven tot het einde kan leven, centraal staat. Zorg voor terminale patiënten stelt onze samenleving voor de vraag of wij de mens zien als waardig en verzorgingswaardig ook wanneer het leven nog slechts het tegendeel lijkt van het overheersende gezondheids- en gaafheidsideaal. Palliatieve zorg beantwoordt deze vraag ten principale positief, opzettelijke levensbeëindiging negatief.

Privé en publiek

In discussies over legalisering van euthanasie zeggen voorstanders (bijv. minister Borst): tegenstanders van euthanasie hoeven dit zelf niet te laten toepassen en het is onterecht wanneer hun bezwaren euthanasie voor anderen onmogelijk zouden maken. Deze redenering is ondeugdelijk. Ten eerste *verandert* legalisering van euthanasie de samenleving. De inburgering van euthanasie kan in onze op gezondheid, activiteit en productiviteit gerichte samenleving ertoe leiden dat bepaalde groepen van mensen zich gedrongen gaan voelen 'te kiezen' voor euthanasie. Aanwijzingen hiervoor zijn reeds waarneembaar. Het gaat dus iedereen aan. Ten tweede wordt euthanasie uitgevoerd door een arts. Deze behoort tot een bij wet geregelde en geprivilegieerde beroepsgroep. De reikwijdte van de bevoegdheden van een arts zijn daarmee onvermijdelijk een publieke zaak die iedereen aangaat.

Uitsluiting?

Naarmate euthanasie en hbz meer en meer tot de 'gewone' praktijk gaan behoren zal de positie van artsen en verpleegkundigen die hieraan niet willen meewerken, moeilijker worden. De druk om wel mee te werken zal groter worden en het vinden van een baan of vestigingsplaats zal zeer waarschijnlijk moeilijker worden. Ook dit blijkt in de praktijk nu reeds het geval.

Euthanasieverklaring

Het onderhavige wetsvoorstel verschaft ook een wettelijke basis voor een euthanasieverklaring. Wilsbekwame patiënten kunnen daarin de wens vastleggen dat, wanneer zij wilsonbekwaam zijn geworden en in een bepaalde door hen onwenselijk geachte toestand komen, euthanasie op hen zal worden toegepast.

Weliswaar kan uit een euthanasieverklaring nimmer een rechtsplicht voor de arts

voortvloeien tot het opzettelijk levensbeëindigend handelen. Maar de druk van de familie om bij dementie tot levensbeëindiging over te gaan kan er wel door versterkt worden.

Tegen deze achtergrond is het begrijpelijk, dat vanuit de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen bezwaar is aangetekend tegen deze wettelijke verankering van een euthanasieverklaring. Verder moet geconstateerd worden dat deze regeling van een euthanasieverklaring, evenals trouwen het toestaan van euthanasie bij kinderen, de grens tussen levensbeëindiging wel en niet op verzoek vervaagt.