https://boeken.medische-ethiek.nl/hoofdstuk-vi-euthanasie-hulp-bij-suicide-en-levensbeeindigend-handelen-zonder-verzoek/ Versie/version: 23 maart 1994

Hoofdstuk VI: Euthanasie, hulp bij suïcide en levensbeëindigend handelen zonder verzoek

door prof.dr. W.J. Eijk

Hoofdstuk VI uit "Wat is menswaardige gezondheidszorg ?", onder redactie van prof.dr. W.J. Eijk en prof.dr. J.P.M. Lelkens, Colomba Oegstgeest, 1994

De euthanasiediscussie, die in ons land eind jaren zestig door de Leidse hoogleraar in de psychiatrie, van den Berg, met zijn boekje *Medische macht en medische ethiek* (1) werd aangezwengeld, is dit jaar in een beslissende fase gekomen. De Tweede Kamer nam jongstleden februari een wijziging van de wet op de lijkbezorging aan, die het mogelijk maakt de arts die euthanasie verricht, hulp bij suïcide verleent of het leven van terminale patiënten zonder een verzoek van hun kant beëindigt, van rechtsvervolging vrij te stellen. Er is dus alle reden om aan dit actuele onderwerp binnen deze cursus medische ethiek aparte aandacht te schenken.

Terminologie

Euthanasie is een van oorsprong Grieks woord, dat letterlijk een "goede dood" betekent. In de jaren zeventig van de vorige eeuw gaf onder anderen de journalist Lionel Tollemache er de betekenis aan, waarin het tegenwoordig algemeen wordt gebruikt. Hij bepleitte dat het artsen bij wet zou worden toegestaan om aan patiënten, die leden aan een pijnlijke en ongeneeslijke ziekte, met hun instemming een dodelijke dosis verdovende middelen toe te dienen. Dit werd door hem euthanasie genoemd. (2) In deze omschrijving treffen we enkele elementen aan die tot op de huidige dag voor euthanasie typerend worden geacht. Op de eerste plaats is het motief voor de beëindiging van het leven een ongeneeslijke ziekte, die een ondraaglijk geacht lijden veroorzaakt. Voorts is kenmerkend voor euthanasie dat de patiënt niet lang meer heeft te leven en meestal de arts de dodelijke handeling voltrekt.

In het buitenland wordt vaak een aanvullend onderscheid tussen vrijwillige, niet-vrijwillige en onvrijwillige euthanasie gemaakt. De vrijwillige euthanasie vindt plaats op uitdrukkelijk verzoek van de zieke of met diens medeweten. De niet-vrijwillige euthanasie betreft een zieke die niet wil sterven, of die zijn wil niet (meer) kan uiten en van wie men dus niet weet wat hij zelf zou beslissen. Van onvrijwillige euthanasie wordt gesproken wanneer het leven tegen de wil van de betrokkene in wordt beëindigd, zoals dat in Nazi-Duitsland voorkwam. (3) Engelhardt verstaat onder euthanasie uitdrukkelijk levensbeeindiging *zonder* verzoek of medeweten van de patiënt. (4) Daarentegen noemde Tollemache euthanasie een "gelegaliseerde suïcide bij volmacht." (5) In Nederland wordt eveneens euthanasie zonder verdere toevoeging bij definitie opgevat als levensbeëindiging op verzoek of minstens met de instemming van de betrokken patiënt.

In deze omschrijving lijkt euthanasie veel op de situatie waarin iemand suïcide pleegt met een middel dat zijn arts hem daar doelbewust voor heeft verstrekt. Het verschil tussen beide ligt in het motief en de omstandigheden. De patiënt, die om euthanasie vraagt, wil een levenseinde voorkomen, dat door een ongeneeslijke ziekte wordt ontluisterd. Het motief voor suïcide is dat de persoon in kwestie zijn leven niet wil voortzetten, omdat dit door tegenslag, een fysieke handicap of psychische problematiek als ondraaglijk wordt ervaren.

Het doden van een zieke zonder een verzoek van zijn kant en buiten zijn medeweten wordt, althans in Nederland, geen euthanasie genoemd, maar omschreven als actieve levensbeëindiging zonder verzoek.

Frequent wordt het onderscheid tussen actieve (of positieve) en passieve (negatieve) euthanasie gebruikt. De

termen “positieve” euthanasie en “negatieve” euthanasie, die vaak in Zuid-Europese landen worden gebruikt, hangen samen met het onderscheid dat de klassieke moraaltheologie maakte tussen positieve en negatieve effecten. Een positief effect ontstaat door het stellen van een handeling (een actie), terwijl het negatieve effect een gevolg is van een omissie (en “passief” optreden). (6) Actieve euthanasie vindt plaats door de toediening van bepaalde medicamenten in een dodelijke dosering. Verkorting van het leven door een omissie, het staken van een levenverlengende behandeling, zoals bijvoorbeeld kunstmatige beademing, wordt passieve euthanasie genoemd. Of dit in alle gevallen terecht is, staat nog nader te bezien.

Wat betekent recht op leven?

Tegenstanders van abortus en euthanasie beroepen zich vaak op het onschendbare recht op leven. De verdedigers van de zelfgekozen dood stellen daartegenover dat wanneer de mens daadwerkelijk recht op leven heeft, hij ook het recht heeft om van het leven af te zien. We hoeven toch niet van al onze rechten gebruik te maken. Een oudere werknemer heeft het recht van een VUT-regeling gebruik te maken, maar mag ook aanblijven tot hij met pensioen gaat.

Vandaar de vraag: wat betekent het recht op leven? Vaak ziet men over het hoofd dat er verschillende soorten van rechten zijn: het gebruiksrecht, het recht op vruchtgebruik, het eigendomsrecht en het beschikkingsrecht.

Dat de mens zijn leven en de vruchten daarvan mag gebruiken, is evident. Anders zou hij zijn levensopdracht niet waar kunnen maken. Maar kan hij ook eigendomsrechten of beschikkingsrecht over het leven laten gelden? Zaken waarover de mens beschikking heeft, mag hij voor elk doel gebruiken, veranderen, verkopen of vernietigen. Zou de mens dit ook met zijn leven mogen doen?

Dat de mens eigendomsrecht over zijn leven zou hebben, is onverenigbaar met het geloofsgegeven dat iedere mens direct door God wordt geschapen. Hij schept ons uit het niets en houdt ons van moment tot moment in leven. Het leven is een gave waar we gebruik van mogen maken, maar die uiteindelijk Gods eigendom blijft (Vgl. Ps. 139, 13-18; Job 10, 8-12; 2 Makk. 7, 22-23; Hand. 17, 24-28). Het rentmeesterschap dat de Schepper aan de mens toevertrouwt, betreft het planten- en dierenrijk, maar niet het eigen leven (Gen. 1, 28-29). De mens is geschapen naar Gods beeld en gelijkenis. Vanwege deze bijzondere positie houdt God het eigendomsrecht en daarbij inbegrepen het beschikkingsrecht over de menselijke persoon aan Zichzelf voor: “Wie het bloed van een mens vergiet, diens bloed wordt door de mensen vergoten, want als Zijn beeld heeft God de mens gemaakt” (Gen. 9, 6).

Beschikkingsrecht betekent dat men een object als louter middel tot een zelfgekozen doel kan gebruiken. Euthanasie en suïcide impliceren dat de dood van de mens wordt gebruikt als middel om aan het lijden een einde te maken. In feite wordt daardoor de mens zelf verlaagd tot een gebruiksobject voor dat doel. Het leven is en blijft echter een doel of waarde in zich, ook al zien sommigen onder bepaalde omstandigheden er het nut niet meer van in. Het lichaam is niet een soort aanhangsel, maar behoort wezenlijk tot de menselijke persoon en deelt daarom in de waardigheid die aan de mens toekomt. Het opofferen van het lichamelijk leven staat daarom gelijk met het degraderen van de menselijke persoon tot gebruiksobject. (7)

Indirecte actieve levensbeëindiging

Tegen de genoemde argumenten wordt vaak ingebracht dat bepaalde handelingen, die de dood ten gevolge hebben, algemeen aanvaard zijn. Zo hebben we waardering voor het bemanningslid dat zijn plaats in de reddingsboot aan een ander afstaat, waardoor hijzelf een gewisse dood tegemoet gaat. Hetzelfde geldt voor de piloot die geen gebruik van zijn schietstoel maakt, omdat hij zijn vliegtuig niet wil laten neerstorten in een woonwijk, maar daardoor zelf omkomt. Is dat ook geen suïcide? Bonhoeffer ziet geen verschil en meent dat we

als we consequent zouden zijn, dan ook suïcide in andere gevallen zouden moeten toestaan, wanneer die tenminste als een vorm van zelfopoffering zou kunnen worden geïnterpreteerd. (8)

Een ander klassiek voorbeeld dat in praktisch alle geschriften over euthanasie wordt vermeld, is de bespoediging van het levenseinde door de toediening van zware pijnstillers, meestal morfine-achtige stoffen, bij patiënten die bijvoorbeeld aan uitgezaaide kankerprocessen lijden. Wanneer men eenmaal met deze middelen begint, is er geen terugkeer meer mogelijk. Door gewenning zijn steeds hogere doseringen vereist. Bij een zieke met een uitgezaaide longtumor kan het gebruik van hoge doses morfine of rustgevende middelen, die een remmende invloed op het ademcentrum uitoefenen, er gemakkelijk toe leiden dat de ademhaling onvoldoende wordt. (9)

In beide situaties wordt een beslissing genomen die de dood of de bespoediging ervan ten gevolge heeft. Het bijzondere is echter dat de dood hier niet het doel van de handeling is en ook niet het middel waarmee het doel, het redden van een ander of pijnstilling, wordt bereikt. De dood is hier slechts een indirect effect, dat wil zeggen een effect dat niet als middel of als doel is gewild, maar louter als bijwerking wordt toegelaten.

Kuitert vraagt zich af of het onderscheid tussen directe en indirecte euthanasie niet op een “drogreden” berust. (10) Hij vergist zich echter in de nadere uitleg die hij aan het principe van de handeling met dubbel effect geeft. (11) Het kwade effect, de levensverkorting, is volgens hem een voorzien doch niet gewild effect. Dit is echter onjuist. Het kwade gevolg is misschien niet gewenst, dat wil zeggen als doel verlangd, maar wel degelijk gewild, voor zover men de oorzaak ervan wil en het risico van levensverkorting willens en wetens op de koop toeneemt om de pijn tot redelijke proporties terug te brengen. Het is echter aldus de klassieke katholieke moraaltheologen indirect gewild, dat wil zeggen noch als middel noch als doel, maar als bijwerking. (12) Daarom wordt hier niet over het leven van menselijke personen als middel beschikt en bijgevolg hun intrinsieke (essentiële) waardigheid als doel in zich niet geschonden. Omdat in de genoemde voorbeelden de dood een indirect effect is, wordt hier van “indirecte suïcide” respectievelijk “indirecte (actieve) euthanasie” gesproken.

De dood als indirect kwaad effect kan worden geaccepteerd als hij in een evenredige verhouding tot het doel, de pijnstilling, staat. Dat is het geval wanneer er geen andere effectieve middelen voor de pijnbestrijding beschikbaar zijn, zeker bij een patiënt, van wie verwacht wordt dat hij binnen afzienbare tijd aan zijn ziekte zal overlijden.

Is afzien van levensverlengend ingrijpen levensbeëindigend handelen?

In discussies over euthanasie wordt er dikwijls op gewezen dat het staken van bijvoorbeeld kunstmatige beademing hetzelfde effect heeft als het geven van een dodelijke dosis medicamenten. Beide handelingen leiden tot de dood van de patiënt. Ook artsen die actieve euthanasie afwijzen, zullen in bepaalde gevallen besluiten om van levensverlengende ingrepen af te zien. Wanneer men het één accepteert, waarom dan ook niet het ander? Als de arts een behandeling mag staken, zodat de patiënt sterft, waarom mag hij dan niet een dodelijke injectie geven met hetzelfde effect? Zo schreef Rachels: “Als een arts uit humane motieven een patiënt laat sterven, dan draagt hij dezelfde morele verantwoordelijkheid, als wanneer hij uit humane motieven een dodelijke injectie zou hebben gegeven.” (13) Dezelfde gedachte is herkenbaar in de rapporten van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG). Hierin worden onder levensbeëindigend of levensbekortend handelen zowel de toediening van euthanatica als het achterwege laten van levensverlengende behandeling verstaan. (14) Soms wordt daarom wel verondersteld dat het onderscheid tussen actieve en passieve euthanasie beter kan vervallen. Anderen willen eveneens van dit onderscheid afscheid nemen, maar dan omdat beide “echte” euthanasie met de intentie om te doden zouden zijn en als zodanig even verwerpelijk. (15)

Wanneer twee verschillende handelingen hetzelfde effect hebben dan wil dat niet zeggen dat de morele beoordeling gelijk zou zijn. Ik kan in mijn levensonderhoud voorzien door te gaan werken of door te stelen. Het doel is in beide gevallen goed, maar het middel niet. Velen zien het onderscheid tussen het doel en het middel over het hoofd. Actieve levensbeëindiging is moreel verkeerd, zo hebben we gezien, omdat het lichamelijk leven, ook al is het nog zo ontluisterd door een ziekte of ander lijden, altijd een waarde in zich blijft. Het doel, een einde maken aan het lijden, is op zich goed. Het probleem is dat het middel, actieve levensbeëindiging, in zich moreel onaanvaardbaar is. Doden is hier dus verkeerd, maar staat doden gelijk aan laten doodgaan?

Een oom ziet zijn neefje van zes jaar in de badkuip uitglijden, met diens hoofd op de rand van de badkuip vallen en bewusteloos onder het wateroppervlak verdwijnen. Omdat hij diens erfenis in de wacht wil slepen, grijpt hij niet in, maar laat hem verdrinken. Mocht de rechter achteraf de ware toedracht te weten komen, dan zal hij de oom aan moord schuldig achten. Hier is laten doodgaan qua ethische beoordeling gelijkwaardig aan doden. Mocht echter zijn neefje van een boot afvallen in een woest kolkende rivier met gulzige krokodillen, dan zal niemand het hem kwalijk nemen als hij geen reddingspoging onderneemt. Duidelijk is in ieder geval dat laten doodgaan soms wel en soms niet met doden gelijkstaat.

Hetzelfde geldt voor de geneeskunde. De arts heeft onmiskenbaar een zorgplicht, maar die geldt niet onbeperkt. Het leven van de mens is een essentiële, maar geen absolute waarde. Niemand is verplicht om zijn eigen leven of dat van anderen ten koste van alles in stand te houden. De voor de hand liggende vraag is: waar ligt dan de grens voor deze zorgplicht?

Grenzen aan de medische zorgplicht

Het staken of nalaten van chemotherapie, mutilerende operaties, langdurige kunstmatige beademing mogen of moeten worden gestaakt of nagelaten, wanneer er geen redelijke kans op herstel of levensbehoud bestaat en ernstige complicaties en bijwerkingen kunnen optreden. Hier moet niet van passieve euthanasie worden gesproken en ook niet van levensbeëindigend handelen, zoals in de rapporten van de KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen gebeurt. De intentie van het staken of nalaten van de levensverlengende therapie is hier niet levensbeëindiging. De intentie is hier het opgeven van een doel, het behoud van het leven. Het lichamelijk leven wordt dus niet opgeofferd om aan het lijden een einde te maken. Hier wordt niet over het lichamelijk leven als over een middel tot een doel beschikt. Het nalaten van de behandeling schendt dus onder deze omstandigheden geenszins de intrinsieke finaliteit van de menselijke persoon.

Tenzij er tussen de voor- en nadelen een wanverhouding (disproportie) bestaat en levensverlenging niets meer dan het zinloos rekken van het leven is zonder enig reëel perspectief, is het overigens niet ongeoorloofd van niet geproportioneerde therapie gebruik te maken. Dit roept soms de vraag op of het al dan niet toepassen van levenverlengende behandeling ook niet een vorm van beschikking over het leven inhoudt. Kies ik voor therapie, dan stel ik het tijdstip van de dood uit. Zie ik ervan af, dan vervroeg ik dat tijdstip. De vraag berust op een verkeerde interpretatie van de term beschikking. Hierin wordt beschikking opgevat als beschikking over het moment van sterven. Het is duidelijk dat de mens door medisch ingrijpen binnen bepaalde grenzen het moment van sterven kan en mag bepalen. Maar daar gaat het niet om bij de ethische beoordeling van euthanasie. Met beschikking wordt daar bedoeld de beschikking over het menselijk lichaam als zuiver middel tot een zelfgekozen doel.

Een moeilijker probleem is de toediening van bijvoorbeeld antibiotica, insuline, voedsel en vocht. Dit zijn middelen waarmee het leven in het algemeen zonder veel complicaties mee in stand kan worden gehouden. Het werd in Nederland een actueel probleem door de discussie over mevrouw Stinissen-Swagermans, die na een narcosefout bij een keizersnede zestien jaar in een persisterend vegetatieve staat verkeerde en daarbij door vocht- en voedeltoediening via de maagsonde in leven werd gehouden. Sommigen waren van mening dat deze behandeling gecontinueerd moest worden, omdat zij een verpleegkundige, dus geen medische handeling zou zijn. (16) Dit is slechts een verschuiving van het probleem naar de vraag waar dan wel de grens tussen een verpleegkundige en medische handeling moet worden getrokken. Tegenstanders achtten deze wijze van vocht en voedseltoediening “niet-natuurlijk” of “artificieel.” (17) Sommige langdurig comateuze patiënten kunnen echter voedsel, dat achter op de tong wordt gelegd, door de slikreflex zonder veel moeilijkheden inslikken. Dit is strikt genomen ook geen “natuurlijke” wijze van voedsel- en vochtopname. Anderen zagen deze vorm van levensverlenging als een zinloze therapie. Medische zinloze therapie dient uiteraard te worden gestaakt. Therapie kan echter medisch gezien nog effect sorteren en als zodanig medisch zinvol zijn, maar menselijk gezien zinloos. (18) Met chemotherapie kan het leven van een patiënt met een kwaadaardig gezwel nog worden verlengd, maar of dat in bepaalde gevallen menselijk gezien zinvol is, is de vraag. Het onderscheid tussen menselijk zinvól en zinlóós bergt echter het risico in zich dat het gemakkelijk op de zin van het leven van de menselijke persoon op zich wordt overgedragen en dat uit het oog wordt verloren dat dit een fundamenteel en niet louter functioneel goed is.

De genoemde criteria omvatten alle verschillende deelaspecten die bij de afweging, of levensverlengende behandeling zal worden ingesteld of niet, een rol spelen. Is er nu een criterium dat al deze diverse aspecten bestrijkt en ook fundamenteel duidelijk maakt wanneer laten doodgaan ethisch gezien aan doden gelijkwaardig is of niet. In het voorbeeld van de oom en zijn neefje is laten doodgaan gelijk aan doden, wanneer er tussen de risico’s en nadelen van de reddingspoging en de kans op succes een geproportioneerde verhouding bestaat. Dat is zeker het geval, wanneer hij niets anders hoeft te doen dan zijn neefje uit de badkuip op te vissen. De genoemde verhouding is manifest ongeproportioneerd, wanneer de reddingspoging inhoudt dat hij zijn neefje in de woest kolkende rivier met krokodillen moet naspringen.

Toepassing van dit criterium op de geneeskunde leidt tot het volgende beeld. Het achterwege laten van levensverlengende behandeling met als gevolg dat de patiënt sterft, is ethisch gelijkwaardig aan actieve euthanasie en wordt dus terecht passieve euthanasie genoemd, wanneer de verhouding tussen de voor- en nadelen geproportioneerd is. Mocht iemand die bij zijn verstand is, met een geproportioneerd middel als een penicilline-derivaat zijn leven zonder veel risico’s kunnen behouden maar daar geen gebruik van maken, dan kan moeilijk iets anders worden verondersteld dan dat hij zijn dood als middel gebruikt om aan bepaalde problemen te ontsnappen. Ziet iemand van ongeproportioneerde middelen tot levensbehoud af, dan is zijn intentie het opgeven van een doel. Het kan best zijn dat hij tegelijkertijd hoopt spoedig te sterven. Dat is in zich geenszins verkeerd. Maar hij gebruikt niet zijn dood als middel om aan het lijden een einde te maken. (19)

Het onderscheid tussen geproportioneerde en niet-geproportioneerde middelen mag dan helder zijn, het geeft geen concreet antwoord op alle vragen. Betrokkenen kunnen in goed geweten van elkaar verschillen wat betreft de inschatting van de verhoudingen. De een zal een bepaalde therapie nog als proportioneel zien, terwijl een ander dat niet doet. Een absoluut antwoord is ook in het geval van Mevrouw Stinissen niet te geven. De toediening van euthanatica valt rechtstreeks onder de norm dat de menselijke persoon niet als instrumenteel object mag worden gebruikt. Daardoor is direct inzichtelijk dat euthanasie ongeoorloofd is. Het onderscheid tussen proportionele en niet-proportionele middelen valt echter niet rechtstreeks onder de norm, maar onder haar toespassingsgebied.

Op basis van een uitvoerige studie concludeert Pranger dat de toediening van voedsel en vocht via de neussonde bij een langdurig comateuze patiënt niet geproportioneerd is. (20) Het zou een medische behandeling zijn, die de patiënt geen voordeel biedt en het sterfbed slechts verlengt en blokkeert. Pranger's opvatting van de aanhoudend vegeterende staat als een stervensfase is aanvechtbaar. Hij meent dat de uitval van de hersenschors waardoor het bewustzijn verloren gaat, het begin van het stervensproces is. Voedsel- en vochttoediening zouden dan het stervensproces blokkeren, doordat de uitval van de hersenstam – het eigenlijke moment van de dood – zou worden voorkomen. (21) Onthouding van voedsel en vocht zal echter bij gewone mensen uiteindelijk ook tot uitval van de hersenstam leiden, maar deze mensen zijn niet terminaal. Ook kan men niet zonder meer zeggen dat na staken van de voedsel- en vochttoediening de patiënt aan de in hem aanwezige ziekteoorzaak sterft. (22) Wanneer ernstig lichamelijk gehandicapten geen eten en drinken worden verstrekt en zij daardoor omkomen, zullen we niet concluderen dat zij aan hun handicap maar aan verwaarlozing zijn overleden. (23)

Persoonlijk acht ik ongecompliceerde voedsel- en vochttoediening via de maagsonde een proportionele behandeling, met name omdat het hier om fundamentele levensbehoeften gaat en niet zozeer om de toediening van geneesmiddelen. Voorstanders van de legalisering van actieve euthanasie wijzen er vaak op dat iemand door onthouding van voedsel en vocht laten sterven minder menselijk is dan iemand doden met een letale dosis medicamenten. Het is waarschijnlijk beter om niet overhaast de conclusie te trekken dat deze vorm van behandeling ongeproportioneerd zou zijn. Verdere wetenschappelijke bestudering van dit onderscheid is dringend gewenst.

De Nederlandse euthanasieregeling

In de internationale pers trok de Nederlandse euthanasieregeling grote aandacht, vreemd genoeg zelfs meer dan in de binnenlandse media. (24) Wanneer deze regeling, voorgesteld door het kabinet Lubbers III (25) en op 9 februari aangenomen door de Tweede Kamer, over enkele maanden ook door de Eerste Kamer zal zijn aangenomen, dan is Nederland het eerste westerse land waar euthanasie met een te verwaarlozen risico van strafvervolging kan worden verricht. (26)

Het is geen eenvoudige opgave om aan buitenstaanders uit te leggen wat de Nederlandse euthanasieregeling precies inhoudt. Euthanasie, hulp bij suïcide en actieve levensbeëindiging zonder verzoek van de betrokkene blijven volgens het Wetboek van Strafrecht formeel verboden. Mocht een arts, die genoemde handelingen verricht, daarbij de vereiste zorgvuldigheid in acht nemen, dan kan de officier van justitie echter besluiten van rechtsvervolging af te zien. De zorgvuldigheidsmaatregelen zullen vermeld staan in artikel 10 van de wet op de lijkbezorging. (27) Hieronder valt de eis dat een andere onafhankelijke collega wordt geconsulteerd, en dat het eventuele verzoek van de betrokkene schriftelijk wordt vastgelegd. Bovendien moet de arts zichzelf via de gemeentelijke lijkschouwer bij de officier van justitie aangeven. Hij mag op het overlijdensformulier niet aangeven dat het om een natuurlijke dood gaat.

De arts die dit alles in acht heeft genomen, wordt verondersteld uit overmacht te hebben gehandeld. Artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht bepaalt dat iemand die uit overmacht een misdrijf begaat, van strafvervolging kan worden vrijgesteld. In een arrest van de Hoge Raad uit 1984 wordt gesteld dat een arts die euthanasie verricht, een beroep op overmacht kan doen. (28) De situatie van overmacht waarin de arts zou verkeren zou een noodtoestand, dat wil zeggen een conflict van plichten, zijn. Enerzijds zou hij zich met de waarde van de bescherming van het menselijk leven geconfronteerd zien, anderzijds met de waarde van het respecteren van de wens om waardig te sterven en ondraaglijk lijden te bekorten. (29) Overmacht in de zin van een noodtoestand geldt als een rechtvaardigingsgrond. Mocht een beroep op de noodtoestand slagen, dan wordt de

dader geacht niets te hebben gedaan wat tegen het recht ingaat.

De rechters volgden het Arrest van de Hoge Raad in hun jurisprudentie? (30) Het werd het echter alleen toegepast op actieve levensbeëindiging op verzoek van de betrokkene tot februari 1992, toen de rechtszaak tegen een neuroloog werd geseponeerd, die aan het leven van een langdurige comateuze man van 71 jaar – buiten diens verzoek om – een einde had gemaakt. (31) Het was daarom tot ieders verwondering dat het Kabinet Lubbers III in haar voorstel voor een euthanasieregeling ook de actieve levensbeëindiging van terminale zieken zonder verzoek van hun kant onder bepaalde omstandigheden van strafvervolging wilde vrijstellen.

De oppositie had daarom juist niet gevraagd. Zij steunt over het algemeen het initiatief-wetsvoorstel van D'66 (een links-liberale partij), dat uitsluitend legalisering van euthanasie en hulp bij suïcide, dus levensbeëindiging op verzoek, behelst. Het is de vraag waarom het kabinet Lubbers III in dit opzicht een stap verder wilde gaan dan de oppositie. Hier werd als reden voor aangevoerd dat in ongeveer 1000 gevallen per jaar actieve levensbeëindiging zonder verzoek zou plaatsvinden, zoals het rapport van de commissie Remmelink vermeldt, die in 1991 de euthanasie-praktijk in Nederland heeft onderzocht. (32) Dit aantal zou, aldus het antwoord van minister van Justitie Hirsch Ballin op vragen van de Tweede Kamer, een wettelijke regeling nodig maken. (33)

Waarschijnlijk is het kabinet hier voor een zekere maatschappelijke druk bezweken. De reeds aangehaalde KNMG-commissie heeft actieve levensbeëindiging bij het doden van "defecte" pasgeborenen bepleit, wanneer medische behandeling niet langer effectief zou zijn. (34) Volgens een rapport van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde is een deel van de kinderartsen hier ook toe bereid. (35) Genoemde KNMG-commissie heeft tevens gesteld dat actieve levensbeëinding van langdurig comateuze patiënten onder bepaalde omstandigheden toelaatbaar kan worden geacht. (36)

Menigeen zal verzuchten: waarom is er voor zo'n gecompliceerde wettelijke regeling gekozen. Zouden zowel de algehele strafbaarstelling alsook rechtstreekse legalisering van actieve levensbeëindiging niet veel eenvoudiger en helderder oplossingen zijn geweest?

Handhaving van de algehele strafbaarstelling is, gezien de getalsverhoudingen in de Tweede Kamer, niet haalbaar. Het huidige kabinet wordt gevormd door de christen-democraten (het Christen-Democratisch Appèl, afgekort als CDA) en de socialisten (de Partij van de Arbeid). Deze laatsten steunden vóór de kabinetsformatie het reeds vermelde wetsvoorstel van D'66, terwijl een deel van de christen-democraten actieve levensbeëindiging, in welke vorm dan, ook afwijst.

Bovendien, zo stelde de woordvoerder voor euthanasie namens het CDA, Vincent van der Burg, zou aanscherping van het bestaande verbod op actieve levensbeëindiging door de arts geen zin hebben, omdat het binnen de huidige jurisprudentie met een beroep op de noodtoestand in praktisch alle gevallen zou kunnen worden omzeild. Het arrest van de Hoge Raad, waarop deze jurisprudentie is gebaseerd zou door de minister van justitie en de Tweede Kamer als een vaststaand feit moeten worden geaccepteerd. (37) Het enige dat de tegenstanders van euthanasie op dit moment nog zouden kunnen doen is: pogen de jurisprudentie door aanvullende regelgeving, met name een scherpe formulering van de vereiste zorgvuldigheidsmaatregelen, bij te sturen en in te perken.

Kritische analyse van de Nederlandse euthanasieregeling

Een van de kernpunten in de Nederlandse euthanasieregeling betreft haar uitgangspunt, namelijk dat de arts,

wanneer hij aan een aantal zorgvuldigheidseisen heeft voldaan, wordt geacht in een noodtoestand het leven van de patiënt te hebben beëindigd. Zoals we hebben gezien, wordt er dan van uitgegaan dat de arts niets heeft gedaan wat tegen het recht ingaat: “het strafrecht erkent dan dat de dader door de normstelling te overtreden een meerwaardiger rechtsbelang heeft gediend.” (38) Een klassiek voorbeeld is de opticien die iemand met een beschadigde bril na winkelsluitingstijd helpt. Men moet zich realiseren dat in dit voorbeeld geen absolute, maar hooguit algemene normen in het geding zijn. (39) De gedachte, dat het beëindigen van het lijden een groter rechtsbelang kan zijn dan het leven van de menselijke persoon, is alleen houdbaar als men ervan uitgaat dat actieve levensbeëindiging in de vorm van euthanasie en hulp bij suïcide ontisch (premoreel) kwaad (40) is, dat eventueel door een proportioneel hoger doel kan worden gerechtvaardigd. De grondslag voor het beroep op de noodtoestand is de opvatting dat het kleinere kwaad mag worden verricht om een groter kwaad te vermijden. Het “mindere” kwaad is hier echter intrinsiek kwaad, omdat het leven van een menselijke persoon een fundamenteel goed in zich is en daarom niet als middel tot een doel mag worden opgeofferd.

Betekent dit standpunt dat de patiënt aan zijn lijden is overgeleverd? De mogelijkheden tot pijnbestrijding zijn tegenwoordig zo uitgebreid, dat pijn altijd effectief kan worden bestreden. Deze varieren van combinaties van diverse pijnstillers tot onderbreking van zenuwbanen. Artsen zouden van de bestaande mogelijkheden goed op de hoogte moeten zijn. Bovendien zou de overheid ervoor moeten zorgen dat ook de meer geavanceerde methoden van pijnbestrijding binnen ieders bereik liggen.
Bepaalde symptomen, zoals kortademigheid, zijn natuurlijk moeilijker te bestrijden. Bij verstikking kunnen echter sedativa toch een zekere verlichting schenken. Zoals we hebben gezien bij de bespreking van de indirecte actieve euthanasie, mag men bij de symptoombestrijding het risico lopen dat als bijwerking het tijdstip van de dood vervroegd intreedt.

Er blijft altijd een bepaald lijden over dat niet langs strikt medische weg kan worden bestreden. Een patiënt met een ongeneeslijke ziekte zal in het aangezicht van de naderende dood vaak angstig en depressief zijn. Een liefdevolle verpleging in een hospice kan hiervoor uitkomst bieden.

Het lijden van mensen die om hulp bij suïcide vragen, zal langs medische weg meestal niet kunnen worden weggenomen. Dit jaar loopt er een proces tegen een Haarlemse psychiater die aan een vijftigjarige vrouw op haar verzoek een dodelijke dosis medicamenten had verschaft. Binnen enkele jaren had zij haar beide zoons, de een door suïcide en de ander door een kwaadaardige tumor verloren, terwijl haar huwelijk was gestrand. Daarom wilde zij niet verder leven en ondernam zij een zelfdodingspoging die mislukte. Alle hulp wees zij af. Het enige dat zij wilde was sterven. Mocht de psychiater haar daarbij niet willen helpen, dan zou zij zelf naar wegen zoeken om aan haar leven een einde te maken. (41)

Is hier werkelijk van een noodtoestand sprake? Dat de vrouw niet klaar komt met haar leed, hoe begrijpelijk ook, en zich niet wil laten helpen op de normale manier, schept voor de psychiater geen plicht om op haar verzoek in te gaan. De zaken moeten niet worden omgedraaid. Hier ligt voor de vrouw in kwestie een plicht om, hoe moeilijk dat ook mag zijn, via de aangeboden hulp op een of andere manier met haar verdriet een weg door het leven te vinden.

Nog afgezien van de geschetste ethische bezwaren tegen het beroep op de noodtoestand in zich, moet nog een specifiek juridische tegenstrijdigheid worden gesignaleerd. Elk vergrijp, dus ook euthanasie, kan in principe juridisch gezien onder artikel 40 van het Wetboek van strafrecht betreffende overmacht vallen. Een beroep op overmacht is echter bedoeld voor individuele gevallen. In de Nederlandse euthanasieregeling wordt het beroep op overmacht met betrekking tot de arts, die actieve levensbeëindiging verricht, veralgemeniseerd, hetgeen tegen de bedoeling van artikel 40 ingaat.

Wanneer men het arrest van de Hoge Raad als een vaststaand feit zou worden geaccepteerd, zou men zich er dan niet bij neerleggen dat de Hoge Raad met haar arrest de Tweede Kamer in haar wetgevende taak voor de voeten kan lopen? De wetgever mag niet zonder meer door een uitspraak van de Hoge Raad voor het blok worden gezet, zeker niet als die op ethisch ondeugdelijke gronden berust. Dit accepteren zou in feite niets anders betekenen dan dat de wetgever tot een onjuiste wetgeving zou kunnen worden gedwongen.

De euthanasieregeling en de beheersbaarheid van de euthanasiepraktijk

Een andere kwestie is of deze euthanasieregeling de praktijk inderdaad controleerbaar maakt. Kan zij actieve levensbeëindiging door de arts daadwerkelijk inperken? Het formele verbod blijft gehandhaafd, maar tegelijkertijd wordt in de Wet op de lijkbezorging een weg gewezen om in praktisch alle gevallen aan strafvervolging te ontkomen. Euthanasie, hulp bij suïcide en actieve levensbeëindiging zonder verzoek mogen dan niet officieel gelegaliseerd zijn, men mag toch spreken van een indirecte legalisering.

Sommigen mogen er prijs op stellen dat de formele stratbaarheid is gehandhaafd, in de praktijk is dat een farce. De arts die genoemde handelingen verricht moet zichzelf aangeven. Stel echter dat niet alle zorgvuldigheidseisen zoals vermeld in artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging zijn vervuld, zal de arts dan de verleiding kunnen weerstaan om gewoonweg op het overlijdensformulier in te vullen dat de patiënt een natuurlijke dood is gestorven? Onderzoek door van der Wal, geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid in de provincie Noord-Holland, cum suis heeft uitgewezen dat driekwart van de artsen actieve levensbeëindiging niet aangeeft. (42) De conclusie is “dat van eventuele tekortkomingen in de praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding weinig bij Justitie terechtkomt.” (43) Uit een analyse van de meldingen door huisartsen in Noord-Holland blijkt dat sinds 1984 geen vervolging meer is ingesteld.

“Dat bijna nooit (meer) vervolging wordt ingesteld, komt echter ongetwijfeld vooral doordat artsen, geïnformeerd over de te nemen zorgvuldigheidseisen, alleen die gevallen melden ten aanzien waarvan zij vrijwel zeker zijn dat ze niet zullen worden vervolgd … En als artsen wel melden, hebben ze de neiging de casus zodanig te presenteren dat deze beter past binnen de inhoudelijke zorgvuldigheidsvereisten.” (44)

Tijdens de discussie over het bovengenoemde rapport van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde riepen volgens persberichten enkele kinderartsen op om actieve levensbeëindiging van pasgeborenen niet te melden. (45) Overigens is het een universele rechtsregel dat de pleger van een misdrijf niet verplicht is zichzelf aan te geven.

Tenslotte rest de brandende vraag: als de euthanasieregeling van het kabinet Lubbers III inderdaad tot doel zou hebben om de euthanasiepraktijk te beperken, waarom is dan tevens ruimte geschapen voor actieve levensbeëindiging zonder verzoek, terwijl de oppositie daar uitdrukkelijk niet om heeft gevraagd? Vaak wordt opgemerkt dat de wetgeving de veranderingen in de maatschappij eenmaal moet volgen. Dit is ten dele waar. Door de ontwikkeling van de in-vitro-fertilisatie en embryo-experimenten is een nieuwe wetgeving op dit vlak nodig. Massale overtreding van wetsregels is echter geen aanleiding om van strafvervolging af te zien. De Franse regering heeft enige tijd geleden een strafpuntensysteem ingesteld voor automobilisten, die verkeersregels overtreden. Evenzo is het feit dat artsen massaal het verbod op actieve levensbeëindiging overtreden, op zich geen reden om van strafvervolging af te zien.

Slotsom

De intentie te redden wat er te redden valt, is in zich goed. Men kan zich voorstellen dat christelijke parlementsleden met bijvoorbeeld een echtscheidingswet instemmen in de hoop de aanname van een andere echtscheidingswet die nog verder afwijkt van de christelijke huwelijksmoraal, te voorkomen. Wanneer zij een

minderheidspositie bekleden, kan dat een zinvol en effectief getuigenis van hun morele opvattingen inzake het huwelijk zijn.

Te redden wat er te redden valt, mag dan een goede intentie zijn, ook het gebruikte middel (als technische term gebruikt de moraaltheologie het woord “object”) moet moreel aanvaardbaar en geproportioneerd aan het doel zijn. Dit kan men niet zeggen van de Nederlandse euthanasieregeling. De constructie volgens welke actieve levensbeëindiging door de arts in bepaalde situaties op overmacht zou berusten, mist elk reëel fundament. Ondanks de handhaving van het formele verbod wordt er niets “gered.” Een keuze voor de euthanasieregeling van het kabinet moet worden gekwalificeerd als een gemiste kans om. binnen de politiek het – in onze maatschappij zo broodnodige – getuigenis af te leggen van het respect voor de essentiële waarde van het leven van de menselijke persoon als de onontbeerlijk basis voor een waarlijk menswaardige gezondheidszorg.

Noten

1. J.H. van den Berg, Medische macht en medische ethiek, Nijkerk: G.F. Callenbach, 1969.
2. L.A. Tollemache, “The cure for incurables,” Fortnightly Review 13 (1873) p. 218-230, hier geciteerd uit een later uitgegeven verzameling van essays: L.A. Tollemache, Stones of Stumbling, London: William Rice, 1895, p. 1-31.
3. S. Bok, “Death and Dying: Euthanasia and Sustaining Life: Ethical Views,” in: Encyclopedia of Bioethics, ed. W.T. Reich, New York/London: The Free Press/Collier Macmillan Publishers, 1982, vol. 1, p. 274. Een vergelijkbaar onderscheid tussen euthanasie als homicide en euthanasie als suïcide vindt men bij D. Tettamanzi, Eutanasia. L’illusione della buona morte, Casale Monferrato: Piemme, 1985, p. 24-25.
4. H.T. Engelhardt, The Foundations of Bioethics, New York/Oxford: Oxford University Press, 1986, p. 317: “I will term such a practice euthanasia where there is no actual competent consent but only presumed consent, in order to distinguish it from suicide and even assisted suicide, where a competent individual dying effects death, either alone or through the agency of another.”
5. L.A. Tollemache, “The cure for incurables,” op. cit., p. 2.
6. K.H. Peschke, Christian Ethics, Alcester: C. Goodliffe Neale, 1989, vol. I, p. 250-251.
7. G. Grisez, J.M. Boyle, Life and Death with Liberty and Justice. A Contribution to the Euthanasia Debate, Notre Dame/London: University of Notre Dame Press, 1979, p. 372-380; W.J. Eijk, De zelfgekozen dood naar aanleiding van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte, Brugge: Tabor, 1987, p. 288-293; cfr. dit boek p. 33-37.
8. D. Bonhoeffer, Ethics, London: SCM Press, 1955, 126-127. Cfr. H.M. Kuitert, Suïcide: wat is er tegen? Zelfdoding in moreel perspectief, Baarn: Ten Have, 1983, p. 145-148.
9. In de praktijk blijkt echter dat patiënten ook onder de beschreven omstandig¬heden hoge doses morfine-achtige middelen kunnen verdragen zonder dat het levenseinde wordt bespoedigd. Onldat het voorbeeld in de euthanasieliteratuur steeds wordt herhaald, wordt het hier omwille van de positiebepaling besproken. Het is denkbaar dat levensverkorting niet meer wordt waargenomen, omdat de verhouding tussen het pijnstillende effect en de bijwerkingen bij de moderne synthetische morfine-derivaten veel gunstiger ligt en de dosering veel beter kan worden gereguleerd dan bij het vroeger gebruikte opium en daaruit geëxtraheerde morfine.
10. H.M. Kuitert, Een gewenste dood. Euthanasie en zelfbeschikking als moreel en godsdienstig probleem, Baarn: Ten Have, 1981, p. 52-57.
11. Het principe van de handeling met dubbel effect is reeds beschreven op p. 7-40 in dit boek. Voor de toepassing van dit principe op de indirect actieve euthanasie zie “Toespraak van Z.H. Paus Pius XII tot de deelnemers aan het internationaal congres voor neuro-psycho-farmacologie,” Katholiek Archief 13 (1958), p. 1061.
12. A. Günthör, Chiamata e risposta. Una nuova teologia rnorale, Cinisello Balsamo (Milano): Edizioni Paoline,

1988, vol. 111, p. 526-527.
13. J. Rachels, “Active and Passive Euthanasia,” The New England Journal of Medicine 292 (1975), p. 79.
14. KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen, Discussienota levensbeëindigend handelen bij wils-onbekwame patiënten. Deel I: Zwaardefecte pasgeborenen, Utrecht, 1990, p. 3-4; Idem, Deel II: Langdurig comateuze patiënten, Utrecht, 1991, p. 3-4; Idem, Deel III: Ernstig demente patiënten, Utrecht, 1993, p. 4-9. In dit laatste rapport (p. 9) worden met de uitdrukking “levensbekortend handelen” zowel het afzien van levenverlengend ingrijpen als het toedienen van farmaca in een dodelijke dosering aangeduid. Voor dit laatste wordt dan de term “levensbeëindigend handelen” gereserveerd.
15. D. Tettamanzi, Eutanasia … , op. cit., p. 24.
16. H. van der Kolk, “Verhouding medische taak en verpleegkundige taak,” Vita Humana 18 (1991), p. 11-13.
17. R.T.W.M. Thomeer, “Abstineren bij irreversibel coma,” Vita Humana 17 (1990), p. 119; M.M. Plomp-van Harrnelen, “Verhouding medische taak en verpleegkundige taak,” Vita Humana 18 (1991), p. 14-15.
18. W.C.M. Klijn, W. Nieboer, Euthanasie en hulp bij zelfdoding. Ethische analyse en waardering. Wet en recht, Utrecht: Katholieke Vereniging van Ziekeninrichtingen, 1984, p. 17-18.
19. Vroeger sprak men van het onderscheid tussen gewone en buitengewone middelen. De termen “proportioneel” en “niet-proportioneel” geven beter aan dat het bij dit onderscheid in wezen draait om de verhouding tussen de voor- en nadelen van de behandeling. Zie H. Congregatie voor de Geloofsleer, “Verklaring over euthanasie”, AAS 72 (1980), p. 549-550. Cfr. W.l. Eijk, De zelfgekozen dood naar aanleiding van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte, op. cit., p. 319-352.
20. D. Pranger, Het beëindigen van kunstnlatige voeding bij aanhoudend vegeteren¬de patiënten, Amsterdam: Thesis Publishers, 1992, speciaal p. 179-181.
21. Ibid. p. 168-169.
22. Ibid. p. 180.
23. Cfr de recensie van het boek van Pranger door W.l. Eijk, Vita humana 19 (1992), nr. 4, p. 100-104.
24. Voor de hier volgende bespreking van de Nederlandse euthanasieregeling is grotendeels gebruik gemaakt van: W.J. Eijk, “De Nederlandse euthanasieregeling. Redden wat er te redden valt?,” Emmaüs 24 (1993), nr. 2, p. 54-59.
25. Zie de brief van de minister van justitie E.M.H. Hirsch Ballin en de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur H.l. Simons, dd 9 november 1991, Tweede Kamer, 1991-1992, 20 383, nr. 14.
26. Inmiddels is de euthanasieregeling ook door de Eerste Kamer zonder essentiële wijzigingen met 37 tegen 34 stemmen aangenomen en in het Staatsblad gepubliceerd: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 1993, nr. 643 en nr. 688.
27. Tweede Kamer, 1991-1992,22 527, nr. 1-2.
28. Nederlandse jurisprudentie 1985, nr. 106.
29. Tweede Kamer, 1991-1992, 20 383, nr. 14, p. 6.
30. L.E. Kalkman-Bogerd, “Juridische aspecten van stervensbegeleiding,” in: Ethiek en recht in de gezondheidszorg, aanv. 0 – maart 1990, XXII, p. 208-217.
31. “OM seponeert zaak over ongevraagde euthanasie,” De Volkskrant, vrijdag 14-2-1992.
32. Medische beslissingen rond het levenseinde. Rapport van de commissie onderzoek medische praktijk inzake euthanasie, ‘s-Gravenhage: Sdu Uitgeverij Plantijn-straat, 1991, p. 15.
33. Cfr. het antwoord van minister Hirsch Ballin en staatssecretans Simons op de derde vraag van de D’66 fractie, Tweede Kamer, 1991-1992, 20 383, nr. 16, p. 12.
34. KNMG-Commissie aanvaardbaarheid levensbeëindigend handelen, Discussienota inzake levensbeëindigend handelen bij wils-onbekwame patiënten. Deel I:
Zwaar-defecte pasgeborenen, op. cit., p. 11 ..

35. Doen of laten? Grenzen aan het medisch handelen in de neonatologle, Utrecht, 1992, p. 39-42.
36. KNMG-Commissie aanvaardbaarheid levensbeëindigend handelen, Discussienota levensbeëindigend handelen bij wils-onbekwame patiënten. Deel II: Langdurig comateuze patiënten, op. cit., p. 35.
37. Tweede Kamer, Handelingen, 1991-1992,69-4262.
38. G.A.M. Strijards, “Enige strafrechtelijke aspecten van de euthanasie,” in: D.F. Scheltens, J.J.M. van der Ven, et. al., De dood, uitkomst voor het leven?, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1987 (= Geschrift van de Juristenvereniging Pro Vita), p. 41.
39. Voor het onderscheid tussen algemene en absolute normen zie p. 7-8 van dit boek.
40. Zie p. 20 van dit boek.
41. “Euthanasiewet aanpassen,” Trouw, 8 april 1993, p. 3.
42. G. van der Wal, J.Th.M. van Eijk, H.J.J. Leenen, C. Spreeuwenberg, “De overlijdensverklaring en melding na euthanasIe of hulp bij zelfdodIng, Medisch
Contact 47 (1992), nr. 2, p. 43-47.
43. G. van der Wal, J.Th.M. van Eijk, H.J.J. Leenen, C. Spreeuwenberg, Bij Justitie gemelde euthanasie en hulp bij zelfdoding,” Medisch Contact 27 (1992), nr. 36, p. 1027.
44. Ibid.
45. “Euthanasie op pasgeborenen is moord,” Katholiek Nieuwsblad, vrijdag 31-7-1992, pagina 1 en 3.

Overgenomen met toestemming van uitgeverij Colomba.