Euthanasie en hulp bij suïcide als sluitstuk van de gezondheidszorg ? Een bijdrage vanuit de kerkelijke leer

Communio 2002, 27, nr. 6
door mgr.dr. W.J. Eijk

In 2001 werden in Nederland na een discussie van ruim dertig jaar euthanasie en hulp bij suïcide gelegaliseerd, zij het niet zonder restricties. België volgde in 2002. Hoewel de discussie over actieve levensbeëindiging hier pas veel later van start ging, is de Belgische wet op dit punt ruimer dan de Nederlandse, omdat zij ook euthanasie en hulp bij suïcide toestaat wegens niet-somatische aandoeningen. Hoe dan ook, een barrière is doorbroken: onder bepaalde condities kan een zieke een arts verzoeken aan zijn leven een einde te maken of hem daarbij behulpzaam te zijn.

Bij euthanasie is het de arts die het dodelijk middel toedient. Men spreekt van hulp bij suïcide als de zieke zelf het dodelijk middel inneemt dat de arts hem daartoe opzettelijk ter beschikking heeft gesteld. In sommige landen verstaat men onder euthanasie zowel levensbeëindiging op verzoek als zonder verzoek van de zieke. In de Nederlandse discussie wordt sinds het begin van de jaren tachtig euthanasie zonder verdere kwalificatie als levensbeëindiging op verzoek van betrokkene gedefinieerd. Dit gebruik verspreidt zich in andere landen (1). In dit artikel sluit ik me daarbij aan.

De fundamentele vraag ten aanzien van euthanasie en (hulp bij) suïcide is of een mens het recht heeft over eigen leven en dood te beschikken en een arts kan machtigen zijn leven te beëindigen. Het komt voor dat men meer moeite heeft met euthanasie dan met hulp bij suïcide. In het laatste geval zou de eigen keuze van de zieke beter tot uitdrukking komen, omdat hij het dodelijk middel zelf inneemt. In Zwitserland en Oregon is daarom op hulp bij suicide door artsen geen straf gesteld, maar op euthanasie wel (2). Mijns inziens bestaat er tussen beide geen essentieel verschil. Zowel bij euthanasie als bij hulp bij suïcide wordt de zieke verondersteld het initiatief te nemen tot de beëindiging van het leven. In het geval van euthanasie is de arts uitvoerder van het levensbeëindigend handelen. Gaat het om hulp bij suïcide, dan verleent de arts formele medewerking aan de beëindiging van het leven door het dodelijke middel opzettelijk daartoe ter beschikking te stellen. Medewerking heet formeel wanneer de medewerker instemt met de intentie van de hoofdpersoon. Wat de verantwoordelijkheid van de arts betreft is er daarom weinig verschil of hij formele medewerking verleent aan de beëindiging van het leven van de patiënt of er zelf de uitvoerder van is. Daardoor is zowel bij euthanasie als bij hulp bij suicide de uitgangsvraag: heeft de mens het recht te beschikken over eigen leven en dood? Het antwoord op deze vraag is bepalend voor de ethische beoordeling van de betrokkenheid van de arts bij levensbeëindigend handelen.

In de Nederlandse discussie werd de toelaatbaarheid van euthanasie en hulp bij suicide in de jaren zeventig vooral benaderd vanuit de mondigheid van de patiënt. Zijn mondigheid was aanvankelijk naar voren gebracht als tegenhanger van de macht van de medicus: de patiënt moest zelf ook inspraak hebben bij zijn behandeling. In de jaren zeventig kwam daar de mogelijkheid bij om een gefundeerde beslissing te nemen over de beëindiging van het eigen leven. Gefundeerd hield in dat hij al de in het geding zijnde factoren liet meewegen: zijn verantwoordelijkheid tegenover de echtgeno(o)t(e), kinderen en overige familieleden, zijn maatschappelijk functioneren en andere belangen naast de ernst en uitzichtloosheid van zijn ziekte. Dit alles moest geschieden

in samenspraak met de arts. De jaren tachtig tonen een duidelijke verschuiving in de argumentatie, die de hyperindividualisering en de desintegratie van de samenleving weerspiegelt: de nadruk kwam te liggen op het zelfbeschikkingsrecht van iedere mens over leven en dood (3). Vooral de theoloog Kuitert heeft een lans gebroken voor dit zelfbeschikkingsrecht dat euthanasie en hulp bij suïcide in zijn ogen legitimeert (4).

Heeft de mens zelfbeschikkingsrecht over eigen leven en dood?
Binnen de katholieke Kerk bestaat er een oude traditie die de beëindiging van het eigen leven in strijd acht met de liefde tot God, tot de naaste, de gemeenschap of de mensheid en tot de mens zelf. Deze trits treft men aan in de verhandeling van Thomas van Aquino over suïcide (5), de Verklaring over euthanasie van de Congregatie voor de geloofsleer(6) en de Catechismus van de Katholieke Kerk (nrs. 2280-2282).

God is de soevereine Heer over het leven, de mens is slechts de rentmeester ervan. In Gen. 1, 26-31 kent God aan de mens binnen het kader van zijn functie als rentmeester beschikkingsrecht over de aarde toe. De plantenwereld wordt hem als voedingsbron toegewezen. Hetzelfde gebeurt met betrekking tot de dierenwereld in Gen. 9, 3: “Alles wat leeft en beweegt zal u tot voedsel dienen; dat alles schenk Ik u naast het groene gewas”. De mens kan planten en dieren gebruiken en doden om aan onder meer voedsel, kleding en geneesmiddelen te komen. Dat wil niet zeggen dat hij naar believen ermee kan omgaan. Hierbij moet hij het algemeen welziJn van de huidige en de toekomstige generaties in het oog houden en de integriteit van de schepping respecteren.

De mens krijgt echter ten aanzien van zichzelf en de medemens geen beschikkingsrecht over leven en dood: *“Ook uw eigen bloed zal Ik terugeisen: van alle dieren zal Ik het terugeisen en ook van de mensen, van de mensen onderling, zal Ik het leven van de mens terugeisen. Wie het bloed van een mens vergiet, diens bloed wordt door mensen vergoten, want als zijn beeld heeft God de mens gemaakt”* (Gen. 9, 5-6).

Hiervoor kan ook een intrinsieke onderbouwing worden gegeven. De hedendaagse seculiere bio-ethiek gaat wat haar fundamentele mensvisie betreft uit van de zogeheten “identity theory” die het meest gangbaar is in de medische wereld: de eigenlijke mens wordt geïdentificeerd met wat voor hem als mens het meest specifiek is, namelijk zijn bewustzijn. Dit is feitelijk een gecompliceerd elektrisch ontladingsproces in de hogere hersenkernen en de hersenschors. Het menselijk lichaam, dat praktisch identiek is aan dat van de zoogdieren en daarom niet specifiek voor de mens, wordt beschouwd als bijkomstig. In deze mensvisie, feitelijk een moderne versie van die van Descartes, staat het bewustzijn, de menselijke persoon als het subject tegenover het lichaam als een object. Het lichaam dat niet wezenlijk tot de mens behoort, deelt niet in diens waarde als een goed in zich. Het heeft daardoor slechts een extrinsieke waarde, namelijk de waarde die het bewustzijn eraan toekent. Volgens deze mensvisie heeft de mens beschikkingsrecht over zijn lichamelijk leven: wanneer het naar zijn oordeel aan waarde heeft ingeboet en een te grote last is om te dragen, kan hij er afstand van doen.

Het is echter de vraag of het lichaam inderdaad slechts een extrinsieke waarde heeft. Wij ervaren onszelf als een eenheid, niet als een tweeheid van ziel, geest of bewustzijn. Het bewustzijn is zonder het lichaam ondenkbaar. De inhoud ervan bestaat uit de zintuiglijke ervaringen van de omgeving en het eigen lichaam.

De heilige Schrift kent geen dualisme tussen geest en lichaam. De tendens van vooral scholastieke theologen om het naar Gods beeld en gelijkenis geschapen zijn alleen te betrekken op de menseliJke geest zou – ofschoon onbedoeld – een zeker dualisme kunnen suggereren. In Gen. 1, 26-27 is echter bedoeld dat de mens in zijn totaliteit naar Gods beeld en gelijkenis is geschapen. Zowel in zijn lichamelijk als in zijn geestelijke dimensie weerspiegelt de mens het beeld van God. Het lichaam deelt dus in de waarde van de mens als geheel en is daarom een goed in zich. God zelf en wat naar zijn beeld en gelijkenis is geschapen, is geen object met alleen een instrumentele waarde: *“God geeft Zichzelf te kennen als absolute Heer over het leven van de mens, die Hij*

naar zijn beeld en gelijkenis gevormd heeft (Gen. 1, 26-28). Het menselijk leven is bijgevolg heilig en onschendbaar, als weerspiegeling van de onschendbaarheid van de Schepper zelf" (7)

De mens heeft bijgevolg over eigen leven en dood geen beschikkingsrecht. Hooguit heeft hij een beperkt therapeutisch beschikkingsrecht over delen van zijn lichaam: organen met tumoren kunnen bijvoorbeeld operatief worden verwijderd teneinde het leven te behouden.

In een tijd van radicaal individualisme is het moeilijk in te zien waarom mensen bij hun beslissing uit het leven te stappen met de gemeenschap rekening moeten houden. De kerngedachte is: zolang ik anderen geen aantoonbare schade berokken, heb ik het recht mijn leven in te richten, zoals ik dat wil. De samenleving figureert hierbij als een loutere belangengemeenschap: zonder haar kan het individu immers bepaalde goederen niet verwerven of realiseren. Naast het veilig stellen van deze belangen heeft de staat tot taak het individu te beschermen tegen andere individuen. De wetgeving werkt als een sociaal contract, waarin is vastgelegd welk gedrag schadelijk en dus onethisch is. Binnen de discussie over de euthanasiewet wordt de vraag of de mens over eigen leven en dood mag beschikken praktisch niet meer aan de orde gesteld. Dit recht wordt eenvoudigweg verondersteld. De discussie over euthanasie is – zoals praktisch alle ethische discussies – van louter procedurele aard: hoe kan er zo zorgvuldig mogelijk voor worden gewaakt dat misbruik is uitgesloten.

Wanneer een arts euthanasie verricht op verzoek van de patiënt of assistentie verleent bij suïcide, dan zal dat in een aantal gevallen geen aantoonbare schade voor anderen opleveren. Wie de samenleving primair als functioneel ziet, dus als belangengemeenschap, kan zelfs op de gedachte komen dat verder leven ten koste gaat van de samenleving vanwege de uitgaven voor medische zorg en verpleging. Zo pleit Hardy voor een plicht om te sterven, inclusief de plicht het leven te (laten) beëindigen, wanneer iemand voorziet dat de voortzetting van zijn of haar leven anderen teveel gaat kosten (8).

Maar is de mens echt een "radicaal" individu? Volgens de katholieke sociale leer is de mens van nature een sociaal wezen. Hij komt pas tot volle ontplooiing door met anderen een persoonlijke gemeenschap op te bouwen. Bepaalde geestelijke zaken, zoals geloof, levensbeschouwing, cultuur en liefde, komen alleen in intermenselijke relaties en in gemeenschap tot hun recht. Verhoudingen tussen mensen zijn daarom niet louter functioneel, maar geworteld in het wezen van de mens. Hoewel de mens geen eigendom is van de gemeenschap, is hij er wel wezenlijk deel van. Zonder persoonlijke relaties met anderen komt het menszijn niet tot ontplooiing. Mensen zijn dus in essentie op elkaar betrokken.

Als iemand zijn leven beëindigt of laat beëindigen vanuit de gedachte zelfbeschikking over leven en dood te hebben, dan impliceert dit dat ook zijn medemensen dat beschikkingsrecht hebben. Een factor waar men zich terdege rekenschap van moet geven is dat voorbeeld doet volgen (vgl. KKK 2282). Bekende gevallen van euthanasie en suïcide die door middel van de media bekendheid krijgen, hebben tot het denken over levensbeëindiging duidelijk bi)gedragen en velen, die aan een ongeneeslijke ziekte lijden, ertoe gebracht het leven te laten beëindigen. De acceptatie van euthanasie en hulp bij suïcide zou het respect voor het menselijk leven kunnen uithollen. Gevreesd is wel dat het toelaten van euthanasie voor het vertrouwen in artsen nadelig zou kunnen zijn. Vanwege deze factoren is euthanasie een bedreiging voor het algemeen welzijn (9). Het leven (laten) beëindigen impliceert tevens een verwijdering van de gemeenschap van de Kerk. Bij de ziekenzalving spoort de Kerk de zieke aan om zich vrijwillig bij het lijden en sterven van Christus aan te sluiten, en aldus het zijne tot het welzijn van het Godsvolk bij de dragen" (Lumen gentium, nr. 11) (10).

Ten slotte gaat de zelfgekozen dood in tegen de liefde die een mens tegenover zichzelf verschuldigd is. De veronderstelling dat men over eigen leven en dood beschikken kan, berust in principe op de aanname dat het lichaam een extrinsiek goed is. Dit impliceert een miskenning van de waarde van het eigen lichaam als goed in zich. Voorts berooft men zich door de zelfgekozen dood van een fundamenteel goed. Het leven is immers het

fundament voor alle andere waarden. De vrijheid mag dan terecht zijn gekwalificeerd als de hoogste menselijke waarde, zonder het leven kan zij niet worden gerealiseerd. De zelfgekozen dood wordt gezien als een vorm van ultieme zelfbeschikking, maar is zij feitelijk niet de vernietiging van de zelfbeschikking?

Om genoemde redenen vallen euthanasie en suïcide onder het vijfde gebod “Gij zult niet doden” (Ex. 20, 13; Deut. 5, 17).

Wat hier is gezegd over euthanasie en suïcide geldt uiteraard alleen wanneer een zieke in het volle bewustzijn van de ethische betekenis van de zelfgekozen dood en in volle vrijheid verzoekt zijn leven te beëindigen. Het is duidelijk dat angst voor pijn, de aftakeling van het lichaam of andere complicaties en psychische spanningen de vrijheid en helderheid van denken aantasten. Dit zijn factoren die in de praktijk de persoonlijke schuld meestal verminderen (vgl. Evangelium vitae, nr. 66). Het is de vraag of in de meeste gevallen echt van “zelfbeschikking” sprake is. De zieke maakt deel uit van een sociaal-culturele context die op dit moment euthanasie en suïcide in toenemende mate aanvaardt. Directe invloed heeft de naaste omgeving. Het aanzien van het lijden is soms zwaarder dan het zelf ondergaan. Familieleden die de ziekte van hun dierbare niet aankunnen, laten dat blijken, al is het ook onbewust door non-verbaal gedrag. Het verzoek tot levensbeëindiging gaat vaak primair van de omgeving uit en niet van de zieke. Ook komt het voor dat de arts het initiatief neemt en euthanasie voorstelt.

Tot nu hebben we euthanasie en suïcide benaderd vanuit het perspectief van de zieke. Maar er is ook het perspectief van de arts. Voor veel artsen in Nederland en België gelden euthanasie en hulp bij suïcide als het sluitstuk van de gezondheidszorg. Als er geen mogelijkheden meer zijn om de aandoening te behandelen of de pijn te verlichten, dan komt levensbeëindiging als de enige uitweg in zicht. Artsen worden dikwijls door patiënten en hun familieleden onder druk gezet om euthanasie te verrichten of hulp bij suïcide te verlenen. Daarom zijn sommige artsen, die euthanasie en hulp bij suïcide in principe niet uitsluiten, ongelukkig met de nieuwe Nederlandse euthanasiewet. Het komt voor dat patiënten op basis van deze wet euthanasie als een recht claimen. Tevens kunnen artsen die euthanasie weigeren, in conflict komen met collega’s die er anders over denken: “Wanneer je als huisarts niet meegaat met de trend tot levensbeëindigend handelen, loop je het risico om binnen de beroepsgroep als een lastige outsider te worden beschouwd” (11).

Tegenstanders van euthanasie stellen dat levensbeëindiging haaks staat op de essentie en de opdracht van de geneeskunde, namelijk genezen of, als dat niet mogelijk is, symptomen naar vermogen te verlichten. Sinds de renaissance is in dit verband vaak gewezen op de hippocratische traditie die euthanasie uitsluit. Met een woordspeling op een opmerking uit het eerste boek Empidemioon van het Corpus Hippocraticum formuleert Baptista Codronchi (arts te Imola, 1547-1628) als adagium “scientia enim sanandi, non interimendi est medicina” (de geneeskunde is een wetenschap die dient om te genezen, niet om te doden) (12). Ook worden artsen wel herinnerd aan de Eed van Hippocrates, omdat zij de volgende clausule omvat: “Ik zal aan niemand een dodelijk medicament geven, ook niet wanneer ik daarom wordt verzocht, noch iemand daartoe van advies dienen” (13). De eed, die vermoedelijk van Pythagoreïsche herkomst is (14), was echter in de oudheid onder artsen praktisch onbekend. De tegenwoordig gangbare versies van de artseneed bevatten genoemde clausule niet.

Als de zieke zelf geen recht heeft om over eigen leven en dood te beschikken, dan kan hij de arts niet machtigen zijn leven te beëindigen en heeft de arts niet het recht een verzoek daartoe in te willigen. Daarom kan levensbeëindigend handelen geen sluitstuk van de gezondheidszorg zijn: *“Ter dood brengen’ kan nooit beschouwd worden als medische hulpverlening, zelfs wanneer men geen andere bedoeling heeft dan aan de vraag van een patiënt tegemoet te komen: integendeel, het is juist de negatie van de gezondheidsberoepen, die immers als een hartstochtelijk en onverzettelijk ‘ja’ tegen het leven omschreven worden”* (Evangelium vitae, nr. 89).

Euthanasie is wel voorgesteld als een daad van barmhartigheid. Vandaar de Engelse uitdrukking “mercy killing”. Echt medelijden leidt echter niet tot euthanasie, aldus Evangelium vitae: *“Door echte ‘compassie’ wordt men solidair met andermans lijden, zonder dat dit leidt tot het doden van degene wiens lijden men niet kan verdragen. Het ontaarde karakter van euthanasie blijkt des te meer, wanneer ze verricht wordt door hen die... vanwege hun beroep, zoals geneesheren, de zieke, ook in de meest moeizame omstandigheden van hun levenseinde, juist zouden moeten verzorgen” (nr. 66)*.

Op het randje: wel of geen euthanasie?
Er zijn enkele handelingen waardoor het tijdstip van sterven kan worden vervroegd, maar die desalniettemin algemeen geaccepteerd zijn. Waarom zouden euthanasie en hulp bij suïcide dan op ethische bezwaren moeten stuiten, zo vragen sommigen zich af.

Het is een bekend feit dat door symptoombestrijding in de terminale fase het overlijden kan worden bespoedigd. Zware pijnstillende middelen, zoals morfinomimetica, kunnen de ademhaling onderdrukken. Hetzelfde kan gebeuren bij toediening van sedativa aan patiënten die dreigen te stikken. Voor de ethische beoordeling is hier de intentie doorslaggevend. De intentie van het toedienen van pi)nstillers en sedativa is de bestrijding van symptomen, wanneer de dosering hierop is afgestemd. De eventuele bespoediging van het sterven is dan niet beoogd, noch als doel, noch als middel om aan het lijden een einde te maken, maar louter toegelaten als een bijwerking, in moraaltheologische terminologie: een “indirect effect”, dat valt te verdedigen op basis van het principe van de handeling met dubbel effect (15).

Een handeling met dubbel effect heeft een beoogd effect, hier de symptoombestrijding, en een indirect effect of bijwerking, hier de verhaasting van het overlijden. De handeling, de toediening van pijnstillers, is op zich aanvaardbaar. Bovendien is de verhaasting van het sterven niet het middel om het lijden te verminderen, als de dosis op de bestrijding van symptomen is afgestemd. In dat geval kan de bespoediging van het overlijden aanvaardbaar zijn, mits zij in een evenredige verhouding staat tot het beoogde effect, de symptoombestrijding. Dat is het geval als er geen andere middelen zijn om de symptomen adequaat te bestrijden en het gevaar bestaat dat de zieke als gevolg van pijn of andere hinderlijke symptomen alle moed en hoop laat varen.

Invloed op de levensduur heeft ook de beslissing om een levensverlengende behandeling achterwege te laten. Als van (verdere) chemotherapie, bestraling of operatief ingrijpen bij een kwaadaardig gezwel wordt afgezien, zal naar verwachting de patiënt eerder sterven. Dramatische vormen kan dat aannemen als men stopt met kunstmatige beademing. Het “eruit trekken van de stekker” kan dan tot de onmiddellijke dood van de patiënt leiden. Voor het gevoel is het verschil met levensbeëindiging door een overdosis insuline of morfine dan niet groot. Toch is algemeen geaccepteerd dat in bepaalde situaties van levensverlengende behandeling wordt afgezien, ook al zal de patiënt daardoor sterven. Wordt zo ook niet over leven en dood beschikt? Enkele auteurs trekken hieruit de conclusie dat dan ook levensbeëindiging door de toediening van dodelijke middelen acceptabel is (16).

Men moet hierbij voor ogen houden dat met beschikken over leven en dood niet is bedoeld het beschikken over het tijdstip van overlijden. Dit gegeven is voor de ethische beoordeling niet relevant. Met beschikken over het leven is bedoeld dat men het lichamelijk leven als ware het geen goed in zich op waarde taxeert en zo tot de eventuele slotsom komt dat het leven beter kan worden opgeofferd om aan een ondraaglijk geacht lijden te ontkomen. Dit hoeft echter niet per se in het geding te zijn wanneer levensverlengend behandelen achterwege wordt gelaten, ook al kan men voorzien dat de patiënt dientengevolge overlijdt.

Van den Berg beschrijft een patiënt bij wie beide benen en het bekken, zeg maar het halve lichaam, zijn geamputeerd om een kwaadaardige tumor met uitzaaiingen radicaal te verwijderen (17). Als iemand daarvan

afziet, heeft hij dan daarmee de intentie het leven te beëindigen? Het antwoord is evident nee. De nadelen van de operatie staan hier evident in een onevenredige verhouding tot de voordelen. De ingreep is niet proportioneel. Een heel andere situatie doet zich voor wanneer een overigens gezonde oudere man zou besluiten zich niet te laten behandelen met antibiotica voor een longontsteking en daardoor sterft. Aangenomen dat hij wilsbekwaam is, kunnen we niet anders concluderen dan dat hij zijn dood beoogt. De risico's en bijwerkingen van de benodigde antibiotica zijn immers te verwaarlozen. De voordelen ervan wegen ruimschoots op tegen de nadelen. Deze therapie is volstrekt proportioneel. Op basis hiervan concludeert de Verklaring over euthanasie van de Congregatie voor de geloofsleer uit 1980: *"Een juiste verhouding moet worden aangehouden bij de toepassing van medische behandelingen... een juiste taksering van de middelen zal kunnen plaatsvinden, als de aard van de therapie, de kans op problemen en risico's en de noodzakelijke kosten evenals de beschikbaarheid vergeleken worden met de effecten die men ervan mag verwachten, waarbij op passende wijze rekening wordt gehouden met zowel de toestand van de zieke als zijn lichamelijke en geestelijke krachten"* (18).

Als de verhoudingen tussen de voordelen en nadelen geproportioneerd zijn, is behandeling verplicht en staat het nalaten ervan gelijk aan een zelfgekozen dood. Zijn genoemde verhoudingen niet geproportioneerd, dan bestaat er geen verplichting om de behandeling te ondergaan. Het kan echter zijn dat er een wanverhouding bestaat tussen voordelen en nadelen. Dat was bijvoorbeeld het geval bij Franco en Tito wier leven men zonder uitzicht op herstel om politieke redenen heeft gerekt. Als behandeling disproportioneel wordt, moet zij niet worden toegepast. De voordelen kunnen het behoud van leven zijn, maar ook een verbetering van de conditie (19). Wat de nadelen betreft ligt het voor de hand te denken aan de bijwerkingen, de complicaties en eventuele mutilaties als gevolg van een behandeling. Het laatste geldt voor wat door de moraaltheologen vanouds als een buitengewone, dus niet verplichte ingreep is gekwalificeerd, namelijk de amputatie van een been.

Dat ook de kosten moeten worden meegewogen, doet sommigen de wenkbrauwen fronsen. Toch wordt deze factor genoemd in de boven geciteerde passage uit de Verklaring over euthanasie van de Congregatie voor de geloofsleer. In Nederland en België waar praktisch iedereen een zorgverzekering heeft, staat men bij het gegeven van de ziektekosten minder gauw stil, maar dat ligt anders in bijvoorbeeld de Verenigde Staten van Amerika. Hardy, die zoals we hebben gezien uitgaat van een plicht om te sterven onder bepaalde omstandigheden, vermeldt de volgende casus: een vrouw van zevenentachtig jaar lijdt aan een ernstige hartaandoening; hoewel alles erop wijst dat zij minder dan 50% kans heeft nog een half jaar te leven, wil zij kost wat kost behandeld worden; daardoor leeft zij nog twee jaar; de behandeling kost de dochter van vijfenvijftig jaar, het enige familielid, haar spaargeld, haar huis, haar baan en haar carriere (20). In dit geval is de behandeling niet proportioneel, en misschien zelfs disproportioneel. Ik zou alleen niet met Hardy spreken van een "plicht om te sterven", maar hooguit van een "plicht om af te zien van levensbehoud en het daardoor onvermijdelijk sterven te aanvaarden". Tussen beide formuleringen ligt een wereld van verschil. Zoals we hebben gezien, impliceert de plicht om te sterven – aldus Hardy – meer dan alleen afzien van levensverlengende behandeling: zij omvat tevens de plicht tot actieve levensbeëindiging.

Het leergezag kan het onderscheid tussen proportionele, nietproportionele en disproportionele behandeling slechts als algemeen principe voorhouden. Wat in concrete gevallen al dan niet proportioneel is, kan alleen een arts aangeven op basis van de nodige expertise, ervaring en prudentie. De zieke zal zich door hem goed laten informeren over de te verwachten voordelen en nadelen van de behandeling. Uiteindelijk beslist de wilsbekwame patiënt zelf of levensverlengende behandeling bij hem wordt toegepast. Is hij of zij daartoe niet in staat, dan zal de arts beslissen in overleg met de familieleden.

Het onderscheid tussen proportionele, niet-proportionele en disproportionele medische behandeling is in veel gevallen eenduidig. Er blijft echter een grijze zone waarin de toepassing van dit onderscheid lastig is en betrokkenen in goed geweten van mening met elkaar kunnen verschillen. Wat valt bijvoorbeeld te besluiten in

het geval van een 50-jarige vrouw met een hersentumor? Vindt er geen operatieve verwijdering van het gezwel plaats, dan zal zij neurologische uitvalsverschijnselen krijgen en met zeer veel pijn overlijden, terwijl de kans op genezing na operatie vrijwel 100% is. Anderzijds zal door deze ingreep haar motorisch spraakcentrum worden beschadigd, zodat ze daarna niet meer kan spreken en zich uiten. Hier stellen zich in de praktijk lastige afwegingen, zeker wanneer met de patiënt in kwestie hierover moeilijk kan worden gesproken.

Deze problematiek doet zich voor bij de vraag of vocht en voedsel moeten worden toegediend bij patiënten die in persisterend vegetatieve staat verkeren. Door middel van vocht- en voedseltoediening via een maagsonde kunnen deze patiënten soms tientallen jaren in leven worden gehouden. De kans op een herstel van het bewustzijn is dan miniem. Het gaat hier om een inschatting van verhoudingen zodat het moeilijk is om bij voorbaat vast te leggen dat deze behandeling onder alle omstandigheden proportioneel is. Het Handvest van de werkers in de gezondheidszorg van de Pauselijke Raad voor het pastoraat in de gezondheidszorg zegt hierover: *“De voeding en het toedienen van vocht horen, ook al geschieden die kunstmatig, tot de normale behandelingen waar de zieke te allen tijde recht op heeft, wanneer zij althans niet belastend voor hem blijken te zijn: het onrechtmatig stopzetten hiervan kan de betekenis van een echte euthanasie hebben”* (nr. 120).

Helpen om verder te leven
Van negativiteit kan niemand leven. Alleen stellen dat euthanasie en hulp bij suïcide ongeoorloofd zijn, hoe waar dat ook is op zich, is onvoldoende. In een aantal gevallen kan het heel begrijpelijk en invoelbaar zijn dat zieken naar de dood verlangen. Als de plicht om het leven met medische behandeling in stand te houden vervalt, dan blijft de opdracht de zieke te helpen om zijn leven voort te zetten. Hoe terminaal hij ook is, hij leeft nog. Wanneer de instandhouding van het leven geen optie meer is, dan is niet passieve berusting, maar actieve inzet vereist.

Deze actieve inzet wordt gegeven in de vorm van palliatieve zorg, door de Wereldgezondheidsorganisatie omschreven als: *“De actieve, totale zorg voor patiënten op het moment dat hun ziekte niet meer te genezen is. Pijnbeheersing, en de bestrijding van andere lichamelijke klachten, is daarbij net zo belangrijk als de aandacht voor psychologische, sociale en spirituele problemen”.*

“Palliatieve zorg bevestigt het leven en beschouwt het sterven als een normaal proces” (21). Palliatieve zorg is erop gericht de ongeneeslijk zieke mens te helpen om verder te leven zonder het leven te verlengen. Een veelgehoorde zin in dit verband is “dat palliatieve zorg geen dagen toevoegt aan het leven, maar leven toevoegt aan de dagen” (22). Het menselijk leven wordt hier niet alleen medisch-technisch benaderd, maar in al zijn facetten. Belangrijk is dat een typisch kenmerk van onze tijd, het eerder besproken radicaal individualisme, doorbroken wordt. Hoezeer iemand fysiek door pijn en psychisch door angst ook te lijden heeft, het ergste is het sociale lijden. Dit houdt in dat men geen menselijke contacten met anderen meer heeft en op zichzelf terugvalt. Ongeneeslijk zieken die in instellingen voor palliatieve zorg, hospices, of afdelingen in ziekenhuizen en verpleeghuizen voor dit type zorg worden opgenomen, leven vaak helemaal op, verzorgen zich weer en krijgen weer zin in het leven, ook al beseffen ze dat het nog maar kort zal duren. Niet zelden blijkt dat zij na opname met minder of geen pijnstillers toekunnen. Daaruit blijkt hoezeer de pijndrempel bepaald wordt door het welbevinden van de zieke in zijn totaliteit.

Van oudsher werd in de geneeskunde met een “palliativum” een lapmiddel bedoeld waarmee men symptomen kon toedekken, maar niet de onderliggende aandoening genezen (“palliare” betekent bemantelen of toedekken; voorts kan de term “palliatieve zorg” ook zijn afgeleid van het Latijnse “pallium” dat mantel betekent). De heilige Martinus sneed zijn mantel middendoor om de helft ervan aan een naakte bedelaar te geven bij de stadspoort van Amiens. Hiermee loste hij niet de armoede op, maar gaf de man wel een beet)e warmte. Zo dient palliatieve zorg niet om de levensbedreigende aandoening te verhelpen, maar verlicht zij de pijn, het

verdriet, de angst en de eenzaamheid van de zieke gedurende het leven dat nog rest In dezelfde lijn past de Nederlandse term “mantelzorg”, de zorg die door familieleden, vrienden en buren wordt verleend onder leiding van deskundigen. Het innerlijk herstel dat door liefdevolle zorg optreedt, kan tevens leiden tot een versterkt vertrouwen en hoop op God. Vanuit katholiek perspectief zal spirituele begeleiding integraal onderdeel zijn van palliatieve zorg. De Nederlandse bisschoppenconferentie heeft er een lans voor gebroken dat palliatieve zorg structureel als hulp aan stervenden wordt geboden (23).

In de praktijk blijkt dat goede palliatieve zorg de vraag naar euthanasie kan voorkomen. Najaar 2001 gaven SCEN-artsen te Amsterdam (SCEN staat voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland), artsen wier consult wordt ingeroepen door collega’s die met een verzoek om levensbeëindiging zijn geconfronteerd, in een interview met NRC/Handelsblad te kennen dat het aantal verzoeken om euthanasie drastisch was gedaald na de invoering van palliatieve zorg. Zo zei één van de geïnterviewde artsen die voorheen een tweetal keren per jaar euthanasie verrichtte: “De laatste drie jaar heb ik nog wel euthanasieverzoeken gekregen maar ik heb dankzij mijn palliatieve kennis niet één keer euthanasie hoeven geven” (24).

Overigens sluiten niet alle instituten voor palliatieve zorg, hospices, euthanasie volledig uit (25). Dit correspondeert evenwel niet met de oorspronkelijke opzet ervan en ook niet met de definitie die de Wereldgezondheidsorganisatie eraan geeft. Palliatieve zorg houdt in, zo hebben we gezien, dat de zieke door liefdevolle zorg van omstanders als in een mantel gehuld geholpen wordt verder te leven. Komt het beëindigen van zijn leven niet neer op het radicaal doorsnijden van intermenselijke relaties?

NOTEN

(1) E.J. Emanuel, “Euthanasia. Historical, ethical and empiric perspectives”, in: Archives of Internal Medicine 154 (1994), p. 1891. Daardoor vervallen de vroeger wel gemaakte distinctie tussen vrijwillige, niet-vrijwillige en onvrijwillige euthanasie. Vrijwillige euthanasie vindt plaats op verzoek van betrokkene; onvrijwillige euthanasie wordt verricht tegen diens wil. Bij niet-vrijwillige euthanasie is de wil van betrokkene niet bekend; dit komt voor bij comateuze en ernstig psychisch gehandicapte patiënten en tevens bij pasgeborenen.
(2) M.A. Lee, H.D. Nelson, V.P Tilden, L. Ganzini, T.A. Schmidt, S.W. Tolle, “Legalizing assisted suicide – Views of physicians in Oregon”, in: The New England Journal of Medicine 334 (1996), nr 5, p. 310-315.
(3) J. Kennedy, Een weloverwogen dood. Euthanasie in Nederland, Uitgeverij Bert Bakker, Amsterdam 2002, p. 137-166.
(4) H.M. Kuitert, Een gewenste dood. Euthanasie en zelfbeschikking als moreel en godsdienstig probleem, Ten Have, Baarn 1981.
(5) Thomas van Aquino, Summa Theologica II-II, 64, S.
(6) Congregatie voor de geloofsleer, “Declaratio de euthanasia’ in: AAS 72 (1980), p. 545.
(7) Evangelium vitae, nr 53, vgl. nr. 39. Hier geciteerd uit Johannes Paulus II, “Encycliek Evangelium vitae. Over de waarde en onschendbaarheid van het menselijk leven”, in: Een-Twee-Een 23 (1995), nr. 5, p. 213-288.
(8) J. Hardy, “Is there a duty to die?” in: Hastings Center Report 27 (1997), nr. 2, p. 34-42; Hardy zet zich af tegen het individualisme dat mensen er te weinig toe brengt rekening te houden met de belangen van anderen en van de samenleving als geheel; hierbij vat hij de samenleving echter typisch als een belangengemeenschap op.
(9) R.M. Gula, Euthanasia. Moral and pastoral perspectives, Paulist Press, New York/Mahwah 1995, p. 14-20; M. Manning, Euthanasia and physician-assisted suicide. Killing or caring?, Paulist Press, New York/Mahwah 1998, p. 56-59.
(10) Geciteerd uit Dogmatische Constitutie over de Kerk, transl. M.H. Mulders, J. Kahmann, Gooi en Sticht, Hilversum 1965 (Ecclesia Docens), p. 26/27-28/29.
(11) I. Schretlen, “Euthanasie kan voor mij geen optie zijn”, in: NRC Handelsblad (2001), 15 november, p.6.

(12) B. Codroncus, De christiana ac tuta medendi ratione, Bononiae: typis Clementis Ferronii, 1629 (eerste uitgave in 1591), liber I, caput XXIII, p. 76; vgl. W.J. Eijk, De zelfgekozen dood naar aanleiding van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte, Tabor, Brugge, 1987, p. 141
(13) W.H.S. Jones, The doctor's oath. An essay in the history of medicine, University Press, Cambridge 1924, p. 7-10.
(14) L. Edelstein, Der hippokratische Eid, Artemis Verlag, Zürich/Stuttgart 1969.
(15) Pius XII, "Tot een internationale vergadering van artsen en chirurgen (24 februari 1957)", in: AAS 49 (1957), p. 146; Idem, "Tot de deelnemers aan een congres over neuropsychofarmacologie (9 september 1958)", in: AAS 50 (1958), p. 694; Congregatie voor de geloofsleer, Verklaring over euthanasie, op. cit., p. 548; Evangelium vitae, nr 65.
(16) J. Rachels, "Active and Passive Euthanasia", in: The New England Journal of Medicine 292 (1975), p. 78-80; D.W Brock, "Voluntary Active Euthanasia", in Hastings Center Report 22 (1992) nr 2, p. 10-22.
(17) J.H. van den Berg, Medische macht en medische ethiek, G.F. Callenbach, Nijkerk 1969, p. 31-34.
(18) Congregatie voor de geloofsleer, Verklaring over euthanasie, op. cit., p. 550; vgl. Veritatis splendor nr. 65; Pauselijke Raad voor het pastoraat in de gezondheidszorg, Handvest van de werkers in de gezondheidszorg, op. cit., nrs. 119-121.
(19) Voor een opsomming van de diverse voordelen en nadelen die hier in het geding zijn, zie: Congregatie voor de geloofsleer, Verklaring over euthanasie, op. cit., p. 550-551; K.W. Wildes, "Ordinary and extraordinary means and the quality of life", in: Theological Studies 57 (1996), p. 500-512.
(20) J. Hardy, "Is there a duty to die?", op. cit.
(21) Geciteerd uit R. Bruntink, Een goede plek om te sterven. Palliatieve zorg in Nederland. Een wegwijzer, Plataan, Zutphen/Apeldoorn 2002, p. 11, World Health Organization, Cancer pain relief and palliative care, Technical Report Series 804, Genève
(22) R. Bruntink, Een goede plek om te sterven..., op. cit., p. 12.
(23) "Care during suffering and dying", in: Euthanasia and human dignity. A collection of contributions by the Dutch Catholic Bishops' Conference to the legislative procedure 1983-2001, Peeters, Utrecht/Leuven 2002, p. 144-152
(24) M. Oostveen, "Spijt. Voorvechters van de euthanasiepraktijk bezinnen zich", in: NRC/Handelsblad (2001), 10 november, zaterdags bijvoegsel, p. 25.
(25) Vgl. M.J.P.A. Janssens, Palliative care. Concepts and ethics, Nijmegen University Press, Nijmegen 2001 (academisch proefschrift), p. 125-126.

De zelfmoordpil van Borst: niets nieuws onder de zon

Katholiek Nieuwsblad, 27 april 2001
door dr. F.J. van Ittersum

KatholiekNieuwsblad

De euthanasiewet was nog maar net door de Eerste Kamer geloodst of mevrouw Borst gooide in de media al een balletje op over een zelfmoordpil voor levensmoede bejaarden. Verbaasd en ontdaan vroeg CDA-fractievoorzitter De Hoop Scheffer zich af of Nederland nu op een hellend vlek terechtgekomen was. Is de uitspraak van mevrouw Borst echt nieuw of is het een logisch gevolg van haar ethische opvattingen en zijn deze opvattingen nu echt zo schadelijk voor christenen?

Ethisch stelsel

Dat mevrouw Borst er zo weinig gras over zou hebben laten groeien had ik van tevoren misschien niet willen bevroeden; dat er nieuwe voorstellen gespeend van beschermwaardigheid van het menselijk leven uit haar richting zouden volgen had ik hoe dan ook verwacht. De sleutel tot deze verwachting ligt in het doorgronden van het ethische stelsel dat de minister aanhangt en in toenemende mate voet aan de grond krijgt in de Nederlandse samenleving. Omdat 'ethiek' voor velen een nogal magische en ondoorgrondelijke betekenis heeft, wil ik hierbij als eerste stil staan.

Totaal van normen
Voor het leven van alledag betekent 'ethiek' niet veel anders dan het bekijken of bepaalde zaken moreel goed of slecht zijn. Dergelijke beoordelingen zullen bij ons veelal intuïtief tot stand komen, meestal omdat wij eerder voor een zelfde of vergelijkbare keuze hebben gestaan. Bij bestudering van dergelijke beslissingen door onderzoekers die wetenschappelijke ethiek beoefenen, blijkt dat verschillende morele beslissingen van personen of groepen vaak samenhang vertonen en terug te voeren zijn op een algemener (vaak abstract) uitgangspunt. Voorbeelden van deze uitgangspunten zijn dat iets goed is wanneer het 'geluk van het individu bevordert' of 'beantwoordt aan de wil van God'. Het totaal van normen dat van zo'n uitgangspunt is afgeleid, noemt men een ethisch stelsel. Verschillende ethische stelsels blijken op hun beurt ook overeenkomsten te bevatten: vrijwel alle stelsels leggen nadruk op het nastreven van zaken als 'weldoen, niet-schaden, autonomie van individuen en rechtvaardigheid'.

Autonomie
In onze huidige samenleving komt steeds nadrukkelijker de 'autonomie van het individu' als basis van ethische stelsels naar voren. Volgens aanhangers van dit principe is iets moreel goed wanneer het desbetreffende individu 'er zelf voor gekozen heeft en het zelf goed vindt'. Eerbied voor het leven speelt in dit ethische stelsel geen rol: mocht het desbetreffende individu daar zelf nog gevoelens bij hebben, dan moet deze persoon daar bij de eigen beslissing maar rekening mee houden. Het enige waarnaar binnen dit stelsel, al dan niet om praktische redenen, nog naar gekeken wordt, is eventuele schade aan anderen.

Absoluut respect
Hoe schraal steekt dit alles af bij een christelijk ethisch stelsel. De mens die God kent als universele Bron van het goede, zal zijn handelen willen baseren op Hem. Binnen een dergelijk ethisch stelsel zullen zaken als weldoen, het laten plaatsvinden van goede dingen, het nastreven van deugden een prominente plaats innemen. Daarnaast zal het doorgronden van de vele oproepen in de Bijbel tot respect voor het menselijke (door God geschapen) leven tot absoluut respect voor het leven leiden. In dit stelsel gaat het dan ook niet om het 'kille' respecteren van de wil of beter noodkreten van mensen die niet meer op eigen kracht verder kunnen, maar om het 'warme', 'meeleven' en 'meelijden' met stervenden en bejaarden om zo hun lijden weer draaglijk te maken en hun leven, hoe beperkt of verminkt ook, weer zin te geven.

Voorspelbaar
Mevrouw Borst en haar politieke en wetenschappelijke medestanders, waaronder ethicus prof. dr. H.M. Dupuis, zijn al jaren voorvechters van het ethische model waarin verregaande individualisering en dus zelfbeschikking centraal staan. Hun ideologie dat iets goed is, 'wanneer een individu zijn beslissing zelf goed vindt', heeft recent geleid tot het legaliseren van euthanasie. De zelfmoordpil is een andere uiting van het streven naar ultieme zelfbeschikking. Ook CDA'ers als De Hoop Scheffer en oud-minister Hirsch Ballin konden destijds doorgronden, dat de uitgangspunten van hun politieke vrienden, de geestverwanten van mevrouw Borst, zo gericht zijn op zelfbeschikking dat hun voorstellen niet zouden ophouden, wanneer euthanasie in het allerlaatste deel van de stervensfase mogelijk zou zijn gemaakt. De huidige verbazing van De Hoop Scheffer lijkt mij dus naïef of gespeeld.

Ernstige gevolgen
Ten slotte dringt zich de vraag op of christenen nu veel last van dergelijke nieuwe wetten en regelingen zullen hebben. Voorstanders van de wet hebben al naar voren gebracht dat het niet verplicht is vóór euthanasie te kiezen en dat iedereen zelf kan beslissen zonder euthanasie dood te gaan. Natuurlijk, het gevaar schuilt ook niet in expliciete verplichtingen, maar veel meer in de gevolgen op de impliciete meningsvorming in de maatschappij. Ook nu zijn er min of meer collectieve opvattingen in de maatschappij over zaken als hoeveel kinderen een 'normaal' gezin heeft ('twee tot drie') of wat te doen bij een zwangerschap van een kind met een handicap ('weghalen'). Daar zullen ongetwijfeld opvattingen over uitzichtloos lijden en leven met lichamelijke of geestelijke beperkingen bijkomen. Oproeien tegen de stroom en het incasseren van commentaar is een lastig maar overkomelijk gevolg van deze opinies; het inperken of afschaffen van bijvoorbeeld bejaardenzorg of intensieve zorg voor stervenden door overheden of ziektekostenverzekeraars zouden veel ernstigere gevolgen van dergelijke 'collectieve meningen' kunnen zijn. Verder is het een reëel gevaar dat werkers in de gezondheidszorg in tijden van overschot moeilijker aan een baan zullen kunnen komen, wanneer zij niet willen meewerken aan levensbeëindigende handelingen.

De uitlatingen van mevrouw Borst zijn, hoe voor de hand liggend ook, wel een pijnlijk teken hoe intensief er gewerkt wordt om verregaande zelfbeschikking het fundament van onze maatschappij te laten zijn. In mijn ogen zou het een oproep aan christenen moeten zijn te getuigen dat God ons veel meer te bieden heeft: een ethiek waarin volmaakt, door God gegeven, geluk gestalte kan krijgen door onder anderen goed doen aan elkaar, betrokkenheid op elkaar en onvoorwaardelijk respect voor het mysterie van het leven.

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.

Euthanasie contra het vijfde gebod

Communio, 1996 (21), nr. 1, p 51-61
door dr. W.J. Eijk, dr. in de geneeskunde en in de moraaltheologie, priester van het bisdom Roermond, docent aan het priesterseminarie Rolduc in Kerkrade.

Televisie- en radioprogramma's over euthanasie trekken over het algemeen veel belangstelling. Met name de oudere generatie die bewuster met de dood bezig is, hecht er ofwel grote waarde aan zich van de mogelijkheid van euthanasie verzekerd te zien, of zij maakt zich grote zorgen over het risico van onvrijwillige levensbeëindiging. Ook hier blijkt hoe pluralistisch onze samenleving is.

Discussies over euthanasie lopen dikwijls vast doordat over de begripsinhoud van de gebruikte termen geen overeenstemming bestaat. Hier wordt de in Nederland gebruikelijke terminologie betreffende levensbeëindigend handelen gevolgd (1). Onder *euthanasie* wordt verstaan het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek. Het motief is als regel een ondraaglijk geacht lijden als gevolg van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte. Bij euthanasie gaat het vooral om het vermijden van een door lijden getekend terminaal stadium van het leven, hetgeen overigens niet betekent dat alleen van euthanasie wordt gesproken wanneer het leven in de stervensfase actief wordt beëindigd. *Hulp bij suïcide* wordt gedefinieerd als het opzettelijk verlenen van hulp bij levensbeëindigend handelen door de betrokkene, op diens verzoek. Het motief is hierbij in het algemeen dat de betrokkene zijn leven niet wil voortzetten vanwege een fysieke handicap, psychiatrische aandoening of een andere vorm van tegenslag. Levensbeëindiging van een zieke buiten diens wil of medeweten wordt in Nederland geen euthanasie genoemd, maar omschreven als

levensbeëindigend handelen zonder verzoek.

Euthanasie zonder enige toevoeging betreft in Nederland dus altijd levensbeëindiging op verzoek, terwijl het onderscheid tussen vrijwillige, niet-vrijwillige en onvrijwillige euthanasie niet gehanteerd wordt. Deze definitie van euthanasie is overigens geenszins algemeen. In de Verenigde Staten wordt met euthanasie zonder meer vaak levensbeëindiging buiten medeweten van de patiënt bedoeld, terwijl wat in Nederland vrijwillige euthanasie heet, medische hulp bij suïcide wordt genoemd (2).

Nederland wordt in het algemeen als koploper gezien op het terrein van de euthanasie, en dat niet zonder reden. Blijkens de bevindingen van het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit te Rotterdam, dat in 1990 in opdracht van de Commissie Remmelink de opvattingen en het feitelijk handelen inzake euthanasie onder de Nederlandse artsen heeft onderzocht, wijst slechts een kleine minderheid van de Nederlandse artsen, namelijk 12%, euthanasie onder alle omstandigheden af. 54% had minstens éénmaal euthanasie gepleegd en 34% was bereid een eventueel verzoek van een patiënt om levensbeëindiging te honoreren (3).

Overigens valt wat de aanvaarding van euthanasie in de omliggende landen betreft, een snelle inhaalmanoeuvre te constateren. In 1993 was van de artsen in België (4) 54% en in Luxemburg (5) 72% voor verrichting van euthanasie in bepaalde situaties. De bevinding dat dit percentage onder Belgische artsen jonger dan 45 jaar 61% bedraagt, doet vermoeden dat het aantal voorstanders in de nabije toekomst snel zal toenemen. Buiten Europa valt dezelfde tendens waar te nemen. Onderzoek onder artsen is Zuid-Australië in 1991 wees uit dat 45% van de ondervraagden voorstander is van de legalisering van actieve euthanasie onder bepaalde omstandigheden, terwijl 19% daadwerkelijk tot levensbeëindigend handelen was overgegaan (6).

1. De wetgeving onder druk
Maatschappelijke veranderingen leiden op den duur onvermijdelijk tot aanpassingen van de bestaande wetgeving, die immers de in de samenleving heersende tendensen en ethische opvattingen reflecteert.

In Nederland is de formele strafbaarheid van euthanasie, hulp bij suïcide en actieve levensbeëindiging gehandhaafd. De arts die deze handelingen heeft verricht, kan echter een beroep op de noodtoestand doen, zoals voorzien in artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht. De noodtoestand impliceert een conflict van plichten. Hier zou het enerzijds om de plicht gaan het leven te respecteren zoals het geldende recht dat verlangt, en anderzijds om de plicht het lijden van de patiënt naar vermogen te verlichten. In sommige gevallen zou dit laatste alleen mogelijk zijn door het leven van de patiënt te beëindigen, zodat de genoemde plichten met elkaar in conflict raken. Slaagt een beroep op de noodtoestand, dan wordt de arts geacht een hoger rechtsbelang te hebben gediend. Hij zou dan niets wederrechtelijks hebben gedaan en wordt bijgevolg van rechtsvervolging ontslagen. Voorwaarde voor een succesvol beroep op de noodtoestand is dat de arts een aantal zorgvuldigheidsvereisten, vermeld in een bijlage bij artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging, in acht neemt. Hieronder valt met name de eis dat hij zichzelf via de gemeentelijke lijkschouwer aangeeft. Op het overlijdensformulier mag hij niet invullen dat het om een natuurlijke doodsoorzaak zou gaan. Feitelijk is de beoordeling van actieve levensbeëindiging door een medicus een kwestie van jurisprudentie (7).

Ook elders staan de ontwikkelingen niet stil. Bij een referendum in Oregon in 1994 bracht een meerderheid zijn stem uit op een voorstel om medische hulp bij suïcide te legaliseren. Tot een wetswijziging heeft dit tot nu toe niet geleid als gevolg van een rechtszaak die is aangespannen om het wetsvoorstel te toetsen aan de grondwet (8). In de staat Michigan wordt een heftige discussie gevoerd over de legalisering van medische hulp bij suïcide naar aanleiding van de tientallen patiënten die door de internist Jack Kevorkian sinds 1990 werden geholpen suïcide te plegen. In een groot aantal gevallen ging het daarbij om situaties waarin wij van (vrijwillige)

euthanasie zouden spreken. Zowel een voorstel tot het instellen van een absoluut verbod op medische assistentie bij de zelfgekozen dood als een voorstel tot legalisering hebben het tot nu toe niet gehaald (9). Overigens lijkt Kevorkian te kunnen rekenen op brede steun vanuit de Amerikaanse samenleving, want blijkens enquêtes uit 1986, 1990 en 1993 is ongeveer twee derde voorstander van een wettelijke regulering van medische hulp bij suïcide. Hieruit concludeert Pence: “Among ordinary Americans, Kevorkian is approaching the status of a folk-hero” (10).

Op 25 mei 1995 zette het parlement van het Noordelijk Territorium in Australië vrij onverwachts een opmerkelijke stap met de rechtstreekse legalisering van (vrijwillige) euthanasie door de aanneming van de “Rights of the Terminally Ill Act 1995”. Volgens deze wet kan een patiënt van minstens 18 jaar (art. 7,1,a) zijn arts verzoeken zijn leven te beëindigen in het geval dat hij aan een terminale ziekte lijdt, die een ondraaglijk lijden veroorzaakt (art. 3). Een terminale ziekte wordt omschreven als een ziekte die zonder de toepassing van buitengewone middelen of een voor de patiënt acceptabele behandeling tot de dood voert (art. 4; vgl. art. 7,b). Het overlijden van de patiënt wordt niet als een onnatuurlijke dood geregistreerd (art. 13,2). Voorwaarde is dat de arts een onafhankelijke collega consulteert die in het bezit is van een diploma “psychological medicine” (art. 7,c). Hij zal niet tot levensbeëindiging overgaan als hij van mening is dat er nog palliatieve mogelijkheden zijn en het lijden en de pijn van de patiënt tot een aanvaardbaar niveau kunnen worden verlicht (art. 8) (11). Deze wet kan in Australië op brede steun onder de bevolking rekenen, gezien het feit dat ruim 75% positief tegenover euthanasie staat (12).

2. Een tegenstrijdig gebod ?

Verontrust door deze steeds verdergaande aantasting van het respect voor het menselijk leven, met name in de hoog ontwikkelde landen, vroeg het Consistorie van kardinalen in april 1991 unaniem aan de paus een aparte encycliek aan deze problematiek te wijden. Eind maart vorig jaar werd deze na jaren van voorbereiding gepubliceerd onder de titel *Evangelium vitae*. Overeenkomstig de traditie die de Kerk vanaf het begin kent, worden euthanasie, (hulp bij) suïcide en actieve levensbeëindiging zonder verzoek in dit document gezien als handelingen die krachtens het vijfde gebod, “gij zult niet doden” (Ex. 20,13; Deut. 5,17), ongeoorloofd zijn. Dit gebeurt in bewoordingen die doen denken aan een dogmaverklaring: “Na deze onderscheidingen bevestig ik in overeenstemming met het leergezag van mijn voorgangers en in gemeenschap met de bisschoppen van de katholieke Kerk, dat euthanasie (binnen de context van de encycliek zowel op verzoek als buiten medeweten van de betrokkene, E.) een zware schending is van de wet van God, aangezien zij het opzettelijk en zedelijk onaanvaardbaar doden betekent van een menselijke persoon” (Evangelium vitae nr. 65; nr. 66 handelt over suïcide) (13).

De visie van de katholieke Kerk op het respect voor het leven komt op sommigen als onlogisch over. Enerzijds wijst zij abortus provocatus, euthanasie en suïcide af, terwijl zij anderzijds de doodstraf, waar juist grote kritiek op bestaat, niet volstrekt uitsluit (vgl. *Evangelium vitae* nr. 56). Het vijfde gebod krijgt slechts een absoluut karakter wanneer het betrokken wordt op het doden van onschuldige mensen: “Met de autoriteit die Christus aan Petrus en zijn opvolgers heeft gegeven, en in gemeenschap met de bisschoppen van de katholieke Kerk, verklaar ik daarom dat het directe en vrijwillige doden van een onschuldig menselijk wezen altijd een ernstig zedelijk vergrijp is” (*Evangelium vitae* nr. 57). Euthanasie betreft de actieve levensbeëindiging van een onschuldige mens en is uit dien hoofde een intrinsiek kwaad.

Dit klassieke standpunt ontlokt in discussies menigeen de uitspraak: “Maar ik heb met de schuld of onschuld van de patiënt niets te maken, als het om euthanasie gaat” (14). Hij of zij heeft gelijk dat in een euthanasiesituatie het al dan niet schuldig zijn van de betrokkene geen motief vormt voor de beëindiging van diens leven. Doel is het vermijden van een ondraaglijk geacht levenseinde. De nadere precisering van het vijfde

gebod met betrekking tot onschuldige personen maakt – zoals gezegd – er een absolute norm van. Dit betekent uiteraard niet dat schuldige mensen vogelvrij zouden zijn. Het doden van schuldige mensen is in het algemeen ook niet geoorloofd. Het gaat hier echter niet om een absolute norm, maar hooguit om een algemene, dat wil zeggen een norm die in de meeste gevallen geldt, maar waarop uitzonderingen bestaan.

Het vijfde gebod moet niet worden gelezen als een louter negatief verbod, maar ook als een positieve opdracht, namelijk om het menselijk leven te beschermen. Waar deze opdracht niet effectief kan worden vervuld zonder de belager of misdadiger te doden binnen het kader van de legitieme (zelf)verdediging of doodstraf: dan wordt dat krachtens het vijfde gebod ook vereist. Hiermee schijnt de contradictie nog niet volledig te zijn weggenomen. Heeft de belager of de misdadiger dan geen recht op leven dat respect verdient?

Voor een antwoord op deze tegenwerping is het nodig zich te realiseren dat het hier om een analoog begrip gaat. Verschillende rechten kunnen worden onderscheiden zoals het gebruiksrecht, het recht op vruchtgebruik, beschikkingsrecht en eigendomsrecht. Gebruiksrechten heeft de mens ten aanzien van zijn leven zonder twijfel, anders zou hij zijn opdracht als mens en christen niet kunnen realiseren. Bij het verlenen van het rentmeesterschap over de schepping geeft God de mens echter hooguit een beperkt beschikkingsrecht over het infrahumane leven, maar niet over zijn eigen fysieke natuur (Gen. 1,26-28). Hij behoudt de eigendomsrechten en de daaraan inherente beschikkingsrechten over het leven aan Zichzelf voor (Deut. 32,39), met name vanwege de unieke plaats die de mens in het geheel van de schepping inneemt: “Wie het bloed van een mens vergiet, diens bloed wordt door mensen vergoten, want als zijn beeld heeft God de mens gemaakt” (Gen. 9,6).

Het geestelijk levensbeginsel van iedere mens dat een directe schepping van Gods hand is, maakt hem tot Diens beeld en gelijkenis, tot een persoon die participeert in God ook als doel in zich. Er mag daarom nooit over hem als over een louter instrumenteel goed worden beschikt. Omdat het lichaam een intrinsiek onderdeel van de menselijke persoon is, deelt het in de waardigheid van de menselijke persoon als doel in zich. Het lichamelijk leven is derhalve geen extrinsiek goed met alleen nuttigheidswaarde, maar een intrinsiek goed dat niet mag worden opgeofferd om aan het lijden te ontkomen, ook al is dit op zich een nobele intentie (15). Hoe ontluisterd het leven van de mens door ziekte ook mag zijn, hij blijft als persoon – geschapen naar Gods beeld en gelijkenis – altijd “een manifestatie van God in de wereld, een teken van zijn aanwezigheid” (*Evangelium vitae* nr. 34).

Het leven mag dan een intrinsiek goed zijn, het is geen absoluut goed. Ook het recht van de mens op zijn leven geldt niet absoluut. Hij kan door zijn gedrag als ongerechtvaardigde agressor of door de ernstige bedreiging die hij voor het algemeen welzijn vormt, dit recht verliezen. De reden waarom het de mens niet is geoorloofd – bij voorbeeld door middel van euthanasie – over zijn of andermans leven te beschikken, is ook de reden waarom hij het recht op leven eventueel kan verliezen. Hij heeft hierop slechts een gebruiksrecht. Had hij eigendoms- en beschikkingsrechten, dan zou men hem zijn leven nooit mogen ontnemen. De juiste interpretatie van het begrip “recht op leven” neemt de schijnbare tegenstelling weg.

Dat het leven geen absoluut goed is, impliceert tevens dat het niet tot elke prijs in stand hoeft te worden gehouden. Kan dat met gewone of geproportioneerde middelen worden bereikt, dan geldt er een morele plicht om deze toe te passen. Wordt de verhouding tussen de voor- en nadelen van levensverlengende behandelingen ongeproportioneerd, dan vervalt een dergelijke verplichting. In het laatste geval kan niet worden gezegd dat men met het besluit van behandeling af te zien levensbeëindiging beoogt. Het gaat feitelijk om het opgeven van een doel, de instandhouding van het leven. Hier moet dan ook niet van “passieve euthanasie” worden gesproken (16).

3. Een gebod met een opdracht
In zijn absolute formulering “gij zult geen onschuldige mensen doden” geeft het vijfde gebod slechts een

ondergrens voor het morele handelen aan. De “Blijde Boodschap van het leven” omvat echter meer dan dat alleen. Zij betekent een opdracht, waaronder op de eerste plaats valt – zoals gezegd – het in stand houden van het leven met geproportioneerde middelen. Is dit geen haalbare kaart meer, dan zullen artsen, verpleegkundigen en familieleden ieder naar hun eigen verantwoordelijkheid zich ervoor inzetten om het lijden van de patiënt tot draaglijke proporties terug te brengen.

De pijnbestrijding heeft in de laatste twintig jaar een pijlsnelle ontwikkeling doorgemaakt. Door nieuwe combinaties van analgetica, sterk verbeterde toedieningstechnieken en de mogelijkheid om sensibele zenuwbanen selectief te onderbreken, kan pijn altijd afdoende worden bestreden. Ook al zullen chirurgisch ingrijpen, radio- en chemotherapie niet altijd tot blijvende genezing leiden, toch bewerken zij als regel een milder beloop van ziekten dan onder natuurlijke omstandigheden het geval zou zijn.

In dit opzicht zou er in onze tijd minder dan ooit reden zijn om aan euthanasie te denken, ware het niet dat de drempel voor het verdragen van pijn en lijden sterk psychisch bepaald is. Het schrijnend gebrek aan solidariteit en de eenzaamheid in de technisch en economisch hoog ontwikkelde landen, gekoppeld aan het ontbreken van een zingevende levensbeschouwing of religie, hebben het vermogen om lijden en tegenslag te incasseren drastisch gereduceerd. Tekenend is in dit verband de ervaring dat patiënten die hoge dosis morfinomimetica toegediend krijgen, na opneming in een hospice, waar zij menselijke zorg, hartelijkheid en persoonlijke aandacht ondervinden, na verloop van tijd met minder of zelfs zonder pijnstillende middelen uitkomen.

Een bijzondere opdracht is weggelegd voor politici. Recht en ethiek vallen niet zonder meer samen, maar staan ook niet los van elkaar. Het positieve recht dient overtredingen van morele normen te sanctioneren voor zover het algemeen welzijn dat verlangt. Hoewel het recht vaak onder druk van veranderende opvattingen in een samenleving aangepast wordt, is het omgekeerde ook waar. Wordt de rechtsbescherming van het menselijk leven eenmaal losgelaten, dan gaat daar op zijn beurt ook een stimulerende werking van uit en begeeft men zich op de “gladde helling”.

Christelijke politici zien zich in hun strijd om de rechtsbescherming van het leven zoveel mogelijk te handhaven soms voor pijnlijke dilemma’s geplaatst. Vormen zij een minderheid, dan is meestemmen met het minst vergaande voorstel ter legalisering van abortus provocatus en euthanasie niet zelden de enige mogelijkheid om zij het ook slechts een relatieve bijdrage tot de garantie van het algemeen welzijn te leveren. Blijkens nr. 73 van *Evangelium vitae* valt een dergelijke keuze onder strikte condities moreel te rechtvaardigen: ” … wanneer het niet mogelijk is een abortuswet af te wenden of volledig af te stemmen, zou het een afgevaardigde, wiens persoonlijke absolute tegenstand tegen abortus duidelijk en aan iedereen bekendgemaakt was, geoorloofd kunnen zijn wetsvoorstellen te steunen die ten doel hebben de schade te beperken en die de negatieve effecten op het gebied van de cultuur en de openbare moraal verminderen. Zo werkt men namelijk niet ongeoorloofd mee aan een onrechtvaardige wet, maar veeleer wordt een wettige en passende poging ondernomen om de kwade aspecten te beperken”.

In Nederland hebben leden van het Christen-Democratisch Appèl zich gretig op de geciteerde passage gestort als zou die een pauselijke ondersteuning voor de Nederlandse euthanasieregeling zijn, waartoe zij de voornaamste initiatiefnemers waren (17). Bij deze veronderstelling zijn enkele kanttekeningen te maken.

Het Noordelijk Territorium van Australië mag euthanasie dan rechtstreeks hebben gelegaliseerd en in dat opzicht Nederland schijnbaar hebben voorbijgestreefd, Nederland blijft met zijn euthanasieregeling koploper. In het Noordelijk Territorium is euthanasie bij wet slechts toegelaten bij een terminale ziekte indien palliatieve zorg geen soelaas meer mocht bieden. Niettegenstaande de handhaving van de formele strafbaarheid van levensbeëindigend handelen, biedt de Nederlandse euthanasieregeling veel ruimere mogelijkheden. De Hoge Raad achtte in 1994 weliswaar een psychiater schuldig die een vijftigjarige vrouw met een depressie middelen

had verstrekt om suïcide te plegen, maar de reden daarvan was dat hij verzuimd had een onafhankelijke collega te consulteren. De mogelijkheid van een beroep op de noodtoestand bij (hulp bij) zelfdoding, ook in gevallen waarin er van een somatische aandoening geen sprake is, werd in de betreffende uitspraak van de Hoge Raad niet principieel uitgesloten (18). In tegenstelling tot de vorige minister van justitie Hirsch Ballin (19) zijn de huidige minister van justitie Sorgdrager en de minister voor volksgezondheid Borst van mening dat actieve levensbeëindiging ook buiten de terminale fase mogelijk moet zijn (20). Bovendien is in enkele proefprocessen het beroep op de noodtoestand toegekend van een gynaecoloog (Prins) en een huisarts (Kadijk) die beiden het leven van gehandicapte pasgeborenen hebben beëindigd (21). De opening daartoe werd al geboden in een brief van onder andere de christen-democraat Hirsch Ballin aan de Tweede Kamer in november 1991 (22), terwijl de oppositie alleen voor legalisering van levensbeëindiging op verzoek had gepleit. De Nederlandse euthanasieregeling werkt bovendien gebrekkig doordat 75% van de artsen de melding van euthanasiegevallen achterwege laat (23).

Beperking van de euthanasiepraktijk naar vermogen is een opdracht die uit het vijfde gebod voortvloeit. Voor moreel goed handelen is echter meer nodig dan alleen een goede intentie. Het middel waarmee het doel wordt bereikt, het object van de act, mag in zich geen moreel kwaad zijn en moet geproportioneerd zijn aan het doel. Aan de laatste voorwaarde voldoet de Nederlandse euthanasieregeling zeker niet, aangezien ze slechts een verruiming van de euthanasiepraktijk in de hand werkt. Een intrinsiek bezwaar betreft het beroep op een plichtenconflict ter rechtvaardiging van levensbeëindigend handelen, omdat er zich op het vlak van de fundamentele, uit de wezensnatuur van de menselijke persoon voortvloeiende normen geen conflicten tussen plichten kunnen voordoen. Zou dat wel mogelijk zijn, dan zou men een innerlijke contradictie in de wezensstructuur van de mens zelf moeten aannemen.

De opdracht die het vijfde gebod inhoudt, vergt op de eerste plaats van allen in de samenleving een keuze voor het leven. Alleen zo’n keuze baant het pad naar een nieuwe cultuur van het leven gebaseerd op het respect voor de intrinsieke waarde van de mens en zijn leven. Dit doet – mutatis mutandis – denken aan de keuze die Mozes in de vlakte van Moab aan de Israëlieten voorhield, vlak voordat zij het beloofde land binnentrokken: “Leven en dood houd ik u voor, zegen en vloek. Kies dan het leven, dan zult gij met uw nakomelingen het leven bezitten” (Deut. 30,19). Ondanks alle concrete historische verschillen heeft deze keuze niets aan actualiteit ingeboet.

Noten

1. P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden, L. Pijnenborg, Medische beslissingen rond het levenseinde. Het onderzoek voor de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake euthanasie Sdu Uitgeverij Plantijnstraat, Den Haag 1991, p. 13-17.
2. H.T. Engelhardt, The foundations of bioethics, Oxford University Press, New York/Oxford 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”.
3. P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden, L. Pijnenborg, Medische beslissingen rond het levenseinde.., o.c., p. 29-31.
4. “Wie bent u, dokter?”, in: Artsenkrant 14(1993), speciale editie, 21 december, p. 19.
5. Y. Kenis, “Artsen en actieve euthanasie. Opinie en praktijk”, in: Medisch Contact 49(1994), nr. 27/28, p. 921-924 (speciaal tabel 3).
6. C.A. Stevens, R. Hassan, “Management of death, dying and euthanasia: attitudes and practices of medical practitioners in South Australia’, in: Journal of medical ethics 20(1994), nr. 1, p. 41-46.
7. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 1993, nrs. 643 en 688.

8. “More on Oregon”, in: Hastings Center Report 25(1995), nr. 5, p. 48.
9. J. Ellin, ”Assisting suicide in Michigan”, in: Bioethics 10(1996), nr. 1, p. 56-70.
10. G. Pence, “Dr Kervorkian and the struggle for physician-assisted dying”, in: Bioethics 9(1995), nr. 1, p. 62-71, citaat op p. 62.
11. De tekst van deze wet is volledig afgedrukt in een artikel van E Singer, “The legalization ofvoluntary euthanasia in the Northern Territory”, in: Bioethics 9(1995), nr. 5, p. 419-436.
12. Ibid., p. 420.
13. Hier is geciteerd Encycliek Evangelium vitae. Over de waarde en de onaantastbaarheid van het menselijk leven, Colomba, Oegstgeest 1995.
14. Zie voor een uitgebreide kritiek op de absoluutheid van het “gij zult geen onschuldige mensen doden”: R.A. McCormick, The critical calling. Reflections on moral dilemmas since Vatican II, Georgetown University Press, Washington, O.C. 1989, p. 220-231.
15. W.J. Eijk, “Euthanasie, hulp bij suïcide en levensbeëindigend handelen zonder verzoek”, in: W.J. Eijk, J.P.M. Lelkens (red.), Wat is menswaardige gezondheidszorg?, Colomba, Oegstgeest 1994 (=Publikaties van de Stichting Medische Ethiek nr. 1), p. 115-116.
16. W.J. Eijk, “Suïcide omdat je oud bent? Reactie van een katholiek”, in: D. Pranger (red.), De zin van het rekken van het leven, Uitgeverij Kok, Kampen 1994 (=Nederlands Gesprek Centrum nr. 80), p. 152-157.
17. Vgl. de reactie van de voorzitter van het Christen-Democratisch Appèl, Helgers, in: Trouw, 31 maart 1995, p. 10; E. Hirsch Ballin, “Evangelie van leven – een strategie tegen dodelijke zinloosheid”, in: Trouw, 14 april 1995, p. 11.
18. Nederlandse Jurisprudentie, 1994, nr. 656.
19. Tweede Kamer, 1991-1992,20 383, nr. 16, p. 22.
20. W. Sorgdrager, E. Borst-Eilers, “Euthanasie. De stand van zaken”, in: Medisch Contact 50(1995), nr. 12, p. 382 en 384.
21. Zie voor de zaak Prins de uitspraak van de Arrondissementsrechtbank van Alkmaar, Parketnummer 14.010021.95, en die van het Gerechtshof Amsterdam, Arrestnummer 23002076-95. De uitspraak in de zaak Kadijk werd gedaan door de Arrondissementsrechtbank te Groningen, Parketnummer 070093-95.
22. Tweede Kamer, 1991-1992, 20 383, nr. 14.
23. P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden, L. Pijnenborg, Medische beslissingen rond het levenseinde … , o.c., p. 37-38; vgl. 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”, in: Medisch Contact46 1992), p. 43-47; vgl. W. Sorgdrager, E. Borst-Eilers, “Euthanasie … “, o.c., p. 381.

Mogen katholieke politici meewerken aan legalisering van euthanasie en hun visie aan anderen opleggen ?

Katholiek Nieuwsblad, 15, 19 en 22 januari 1993
door prof.dr. W.J. Eijk, arts, hoogleraar moraaltheologie grootseminarie Rolduc

KatholiekNieuwsblad

Eind deze maand zal de Tweede Kamer debatteren over de Wet op de Lijkbezorging. Via deze wet wil het kabinet Lubbers euthanasie, medische assistentie bij suïcide en actieve levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt onder bepaalde omstandigheden vrijstellen van strafvervolging. In een drietal artikels wordt ingegaan op wat het kabinet precies beoogt, op de vraag of een katholiek politicus hieraan zijn steun mag

geven en op de veel gehoorde slogan dat “katholieken niet, aan anderen hun visie op euthanasie mogen opleggen”. Wat wil het kabinet Lubbers: legalisering van euthanasie of niet?

I. Wat wil het kabinet Lubbers? Legalisering van euthanasie of niet?
Officieel zijn euthanasie en hulp bij zelfdoding in ons Wetboek van Strafrecht strafbaar gesteld (artikel 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht). Gedurende de jaren tachtig ontwikkelde zich door enkele uitspraken van de Hoge Raad een speciale jurisprudentie ten aanzien van de toepassing van deze artikels op het geval van de arts die het leven van een patiënt beëindigt. Deze jurisprudentie houdt in dat artikel 293 bij euthanasie weliswaar in principe van kracht blijft, maar dat de arts zich in bepaalde gevallen kan rechtvaardigen door een beroep te doen op artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht. Hierin wordt gesteld dat iemand die uit overmacht in de zin van noodtoestand handelt, van rechtsvervolging wordt ontslagen. De noodtoestand wordt geacht te bestaan in een conflict van plichten, enerzijds de plicht om het leven van de patiënt te respecteren en anderzijds de plicht om diens lijden verlichten. Wil een beroep op overmacht slagen, dan moeten een aantal voorwaarden zijn vervuld. De patiënt moet in alle vrijwilligheid een weloverwogen verzoek om levensbeëindiging tot de arts hebben gericht. Er moet sprake zijn van een ondraaglijk geacht lichamelijk en/of psychisch lijden. De ziekte waaraan de patiënt lijdt, moet ongeneeslijk zijn, al hoeft de stervensfase nog niet te zijn ingetreden. Bovendien moet de arts een onafhankelijke collega consulteren. Aan de hand van deze jurisprudentie moet de rechter een concreet geval beoordelen.

Parallel aan deze ontwikkeling werden twee verschillende voorstellen met betrekking tot euthanasie in het parlement ingediend. Het initiatief-wetsvoorstel in april 1984 ingediend door Wessel-Tuinstra en later verdedigd door Kohnstamm namens de D’66 fractie in de Tweede Kamer behelsde een wetswijziging, waardoor euthanasie en hulp bij suïcide in ruime zin zouden worden gelegaliseerd. Het voorstel afkomstig van het toenmalige CDA-VVD kabinet (eind 1987) impliceerde dat artikel 293 en 294 behoudens enkele tekstuele wijzigingen en een verlaging van de maximumstraf ongewijzigd zouden blijven, zodat euthanasie in principe strafbaar zou zijn. Anderzijds zou de arts die euthanasie verricht, de mogelijkheid worden geboden om zich te beroepen op overmacht, zoals vermeld in artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht. De zorgvuldigheidseisen die de betrokken arts hierbij in acht zou moeten nemen, zouden in de Wet Uitoefening Geneeskunst worden omschreven.

In mei 1989 viel dit kabinet enkele dagen voordat de Tweede Kamer over beiden voorstellen zou debatteren. Daarna heeft het huidige kabinet geformeerd door het CDA en de PvdA 13 februari 1992 de “Commissie onderzoek medische praktijk inzake euthanasie”, naar haar voorzitter kortweg de “Commissie Remmelink”, ingesteld. Haar opdracht was de frequentie van euthanasie en de daarbij gevolgde procedure te onderzoeken. Op 10 september 1991 werd haar rapport “Medische beslissingen rond het levenseinde” gepubliceerd.

De meeste aandacht ging uit naar de statistische resultaten, die waren ontleend aan een onderzoek dat was verricht door P. J. van der Maas, hoogleraar sociale geneeskunde aan de Universiteit van Rotterdam, en zijn medewerkers en in een apart rapport werden gepubliceerd. In Nederland zouden artsen per jaar rond 2300 maal euthanasie verrichten, in een 400 gevallen per jaar assistentie aan suïcide verlenen en in ruim duizend gevallen het leven van wilsonbekwamen, bijvoorbeeld pasgeborenen met aangeboren afwijkingen of langdurig comateuze patiënten, actief beëindigen.

Cijfers
Een hevige discussie ontspon zich over de juistheid van deze cijfers. Volgens Gunning, de secretaris van het Nederlands Artsenverbond, zouden de cijfers in feite veel hoger liggen. Het onderzoek van van der Maas was gebaseerd op de gegevens die vrijwillig door artsen ter beschikking werden gesteld. De critici van het rapport vroegen zich af of artsen met de verstrekking van gegevens over de actieve levensbeëindiging van patiënten al

dan niet op verzoek inderdaad volledige openheid van zaken hadden betracht. Hoe dit alles ook zij, het belangrijkste onderdeel van het rapport vormen de aanbevelingen die de commissie Remmelink doet om de euthanasiepraktijk een wettige basis te geven. Het zijn juist deze aanbevelingen die een diepgaande invloed hebben uitgeoefend op het verdere beleid van de regering. Blijkens haar rapport beschouwt de Commissie bewust levenbeëindigend handelen zonder verzoek van de patiënt “op het moment dat de vitale functies reeds beginnen te falen” als een normale medische handeling. Het is opmerkelijk dat in het laatste geval het doden van een patiënt zonder verzoek van diens kant tot de gebruikelijke uitoefening van de geneeskunde wordt gerekend. Dit betekent dat de rechter hier geen enkele controle over zou kunnen uitoefenen. Aan het einde van haar rapport beveelt de Commissie Remmelink aan de arts die zijn patiënt doodt zonder diens uitdrukkelijk verzoek, niet de verplichting op te leggen om dit te melden en door de officier van justitie te laten toetsen. Het is vooral deze aanbeveling die aan het standpunt van het kabinet een beslissende wending heeft gegeven.

De commissie voltooide haar opdracht eerder dan de regering had verwacht. Daarom zag zij zich najaar 1991 genoodzaakt een standpunt in te nemen met betrekking tot een wettelijke regeling inzake euthanasie. Het regeringsstandpunt is neergelegd in een brief, die op 8 november 1991 naar de voorzitter van de Tweede Kamer werd verzonden en was ondertekend door Hirsch Ballin, de minister van justitie, en Simons, de staatssecretaris voor Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Volgens het kabinet zouden artikel 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht in essentie niet moeten worden gewijzigd. Zodoende zouden euthanasie en hulp bij zelfdoding in principe strafbaar blijven. De regering aanvaardt echter de jurisprudentie zoals die zich in de jaren tachtig heeft ontwikkeld, volgens welke een arts die met inachtneming van bepaalde zorgvuldigheidseisen het leven van een patiënt op diens verzoek beëindigt, zal worden geacht uit overmacht te hebben gehandeld en derhalve van rechtsvervolging zal worden ontslagen.

Nieuw element
De regering gaat niet zover als de Commissie Remmelink en noemt levensbeëindigend handelen zonder verzoek geen normale medische handeling. Zij schept er echter wel de juridische mogelijkheid voor, wat beslist een nieuw, element is. Tot dan toe werd immers alleen levensbeëindiging op verzoek acceptabel geacht.

Even opmerkelijk is de wijze waarop de arts het leven van een patiënt zonder juridische consequenties zou kunnen beëindigen. De arts kan vrij blijven van strafvervolging mits hij bepaalde zorgvuldigheidseisen in acht neemt. Het verrassende is dat deze niet in het Wetboek van Strafrecht bij artikel 293 en 294 zouden moeten worden opgenomen, maar in artikel 10 van de Wet op de Lijkbezorging. Een van deze zorgvuldigheidseisen betreft de meldingsprocedure. Een medicus zou in genoemde gevallen geen verklaring van een natuurlijke dood mogen afgeven, maar aan de gemeentelijke lijkschouwer een schriftelijk verslag met de relevante gegevens moeten overhandigen. De gemeentelijke lijkschouwer verricht daarop een uitwendige lijkschouwing en stuurt het rapport daarvan samen met het verslag van de betrokken arts aan de officier van justitie. Als de officier van justitie tot de slotsom komt dat de betrokken medicus de zorgvuldigheidseisen zoals die in de wet zijn omschreven, is nagekomen, dan ziet hij van verdere vervolging af. De meldingsprocedure is al vanaf 1 november 1990 vereist. Volgens een onderzoek verricht vanaf begin 1991 zou echter driekwart van de artsen na euthanasie of hulp bij zelfdoding een verklaring van een natuurlijke dood afgeven.

Zoals indertijd bij de abortuskwestie en nu bij de euthanasiekwestie is de praktijk de wetgeving al vóór. In februari 1992 heeft het Openbaar Ministerie besloten een proces tegen een neuroloog te Delft te seponeren, die in 1987 het leven van een comateuze patiënt van 71 jaar had beëindigd zonder uitdrukkelijk verzoek van diens kant. Hij had zelf het geval aan de officier van justitie gemeld. In een gezamenlijke vergadering besloten de procureurs-generaal om geen verdere vervolging tegen de neuroloog in te stellen, omdat hij met de nodige zorgvuldigheid had behandeld. Dit is de eerste keer dat een medicus op basis van de meldingsprocedure van

strafvervolging wordt vrijgesteld, nadat hij het leven van een zieke zonder diens verzoek heeft beëindigd. De minister van justitie Hirsch Ballin heeft in de kamer gezegd dat hij deze beslissing van de procurateurs-generaal “niet onverantwoord” vindt.

CDA-aanhangers
Men zou zich kunnen afvragen waarom de regering niet eenvoudigweg de legalisering van euthanasie, hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging zonder verzoek door een rechtstreekse wijziging van artikel 293 en 294 voorstelt, maar zo’n omslachtige weg bewandelt. De reden is dat een groot deel van de aanhangers van het CDA legalisering van euthanasie ongewenst acht, terwijl de meerderheid van de PvdA ervoor is. Daarom heeft het kabinet gevormd door CDA en PvdA een compromis gezocht, waarmee de achterban van beide partijen tevreden zou kunnen worden gesteld. Het CDA zou tegenover haar achterban kunnen pretenderen dat het de directe legalisering van euthanasie heeft tegengehouden. Anderzijds zou de PvdA kunnen zeggen dat zij erin geslaagd is om mogelijkheden te creëren voor euthanasie, hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging zonder verzoek, doordat de betrokken arts onder bepaalde voorwaarden niet zal worden vervolgd, mits hij aan bepaalde voorwaarden heeft voldaan.

In elk geval is het duidelijk dat ten aanzien van het kabinetsvoorstel niet primair de ethische maar de politieke motieven de doorslag hebben gegeven.

De Tweede Kamer heeft het kabinetsstandpunt op 1, 2 en 7 april bediscussieerd. De CDA en de PvdA-fracties hebben hun steun gegeven aan het kabinet. De VVD en D’66 verwierpen actieve levensbeëindiging zonder verzoek van de betrokken patiënt. Alleen de kleine fracties van de orthodox-protestantse partijen wijzen elke wijziging van de wet op dit vlak af. Niettegenstaande alle bezwaren, die tijdens het debat naar voren werden gebracht, heeft de meerderheid van de kamer op 9 april het regeringsvoorstel gesteund. Alle ingediende moties om het kabinetsvoorstel te wijzigen werden verworpen. Het wachten is nu op het debat over de Wet op de Lijkbezorging.

Wat gebeurt er feitelijk als het kabinetsvoorstel uiteindelijk zal worden aangenomen? Zijn euthanasie, hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging zonder verzoek dan gelegaliseerd of niet? Deze handelingen worden in het Wetboek van Strafrecht verboden, maar via de Wet op de Lijkbezorging met zekere restricties niet langer strafbaar gesteld. Zij krijgen daardoor onloochenbaar toch een bepaalde legale status. Niemand zal dan ook achteraf kunnen ontkennen dat door aanvaarding van het kabinetsvoorstel de legale mogelijkheid wordt geboden genoemde handelingen te verrichten.

Vandaar de vraag: wat is de verantwoordelijkheid van de katholieke politicus met betrekking tot de wetgeving inzake de bescherming van het leven? Kan hij of zij voor het kabinetsvoorstel stemmen vanuit de gedachte dat rechtstreeks legalisering van euthanasie, hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging zonder verzoek tot een frequentere verrichting van deze handelingen zou leiden, terwijl het kabinetsvoorstel tenminste nog een zekere beperking beoogt?

II. Mag een katholiek politicus meewerken aan legalisering van euthanasie?
Objectief gezien ligt de kwestie duidelijk. Het doden van onschuldig leven in de vorm van euthanasie, assistentie bij suïcide en ongevraagde levensbeëindiging, die binnen het voorstel van het kabinet onder bepaalde voorwaarden niet langer strafbaar zouden zijn, zijn volgens de katholieke moraal op zich moreel kwade handelingen. Vandaar de vraag: mag een katholiek politicus zijn stem geven aan een wet zoals die door het kabinet in november van het afgelopen jaar is voorgesteld?

Hij mag natuurlijk nooit zijn stem geven aan een wet die actieve levensbeëindiging van bepaalde categorieën

patiënten, bijvoorbeeld psychiatrische patiënten of pasgeboren met aangeboren afwijkingen, zou verordonneren. Dat zou een rechtstreekse betrokkenheid bij het kwaad betekenen. Maar dat wil het kabinet ook niet. Euthanasie, assistentie bij suïcide en ongevraagde levensbeëindiging blijven in principe als strafbare handelingen in het Wetboek van Strafrecht vermeld staan. Deze handelingen worden alleen onder bepaalde condities niet langer strafbaar gesteld en dus gedoogd. Het gaat hier om het toelaten van een kwaad en niet om het zelf verrichten of opdragen van een kwade handeling.

Dit is een belangrijk gegeven. Het is namelijk volgens de katholieke moraal geenszins uitgesloten dat de overheid een bepaald kwaad mag tolereren als een mindere vorm van kwaad, als daardoor een groter kwaad kan worden vermeden. De Kerkvader S. Augustinus achtte het aanvaardbaar dat de overheid prostitutie tolereert. Een absoluut verbod op prostitutie zou het risico kunnen insluiten dat sommige mannen zich niet zouden kunnen bedwingen en tot verkrachting zouden overgaan.

Problemen
De staat regelt bij wet meer zaken die voor de katholieke moraal problemen opleveren. Neem bijvoorbeeld de wetgeving met betrekking tot echtscheidingsprocedures. Het besluit om uit elkaar te gaan, wordt genomen door de huwelijkspartners. Er bestaan geen mogelijkheden hen dat te beletten, terwijl de overheid tot taak heeft een en ander te regelen met betrekking tot de belangen van de kinderen en de boedelscheiding.

Als de overheid kwade handelingen tot op zekere hoogte mag toelaten, waarom mag zij dan ook niet euthanasie, assistentie bij suïcide en ongevraagde levensbeëindiging gedogen? Is dat geen minder kwaad, wanneer men bedenkt dat dit soort handelingen nu ongecontroleerd plaatsvinden? Is deze ondergraving van de rechtsorde geen groter kwaad, dat beter zou kunnen worden vermeden?

Om op deze vraag een antwoord te vinden, moeten we ons eerst met een meer fundamentele vraag bezighouden: wat moet de overheid sanctioneren en wat niet? Liegen is een moreel verkeerde handeling, waaraan velen zich dagelijks bezondigen. Stel nu dat de overheid elke verkeerde handeling, dus ook elke leugen, zou moeten bestraffen. Als de overheid dat zou willen waarmaken, dan zou zij over een controlesysteem moeten beschikken, waardoor de uitspraken van alle burgers onder alle omstandigheden op hun waarheid zouden kunnen worden getoetst. Het behoeft geen betoog dat zo'n controlesysteem het gehele openbare leven zou verlammen, de vrijheid zou verstikken en buitensporige financiële offers zou vergen.

In dit voorbeeld ligt het antwoord besloten op de vraag wat de overheid moet sanctioneren of niet. Het doel van de staat is het waarborgen van het "algemeen welzijn" (bonum commune). Hiervan geeft Dignitatis Humanae, de verklaring van het Tweede Vaticaans Concilie over de godsdienstvrijheid de volgende omschrijving: "Het algemeen welzijn van de samenleving, d.w.z. het complex van maatschappelijke factoren, die de mensen in staat stellen, hun persoonlijke vervolmaking volledi ger en gemakkelijker te verwezenlijken, bestaat eerst en vooral in het handhaven van de rechten en plichten van de menselijke persoon" (n. 6). Met zijn wetgeving dient de staat de samenleving op zodanige wijze te organiseren dat het algemeen welzijn bevorderd wordt. Wanneer bepaalde moreel kwade handelingen voor het algemeen welzijn schadelijk zijn, dan moeten zij door de staat worden gesanctioneerd. Men bedenke dat in genoemde definitie het algemeen welzijn niet zonder meer het belang van de staat of samenleving als geheel is, maar uiteindelijk zijn doel vindt in de concrete menselijke personen, die ertoe behoren.

Absurde situaties
In sommige gevallen kan sanctionering van moreel verkeerde handelingen tot absurde situaties leiden, zoals we hebben gezien. De strafbaarstelling van elke leugen zou het algemeen welzijn ernstige schade toebrengen. Dit zou theoretisch perfect zijn, maar in de praktijk de samenleving volstrekt ontregelen. Dit betekent echter niet dat men straffeloos naar hartelust met de waarheid een loopje zou kunnen nemen. Er zijn leugens die het

algemeen welzijn schaden, bijvoorbeeld in de vorm van belastingfraude. Die moeten wel strafbaar worden gesteld.

Terug naar de actieve levensbeëindiging. Wat zijn de gevolgen van het niet strafbaar stellen van euthanasie, assistentie bij suïcide en ongevraagde levensbeëindiging voor het algemeen welzijn? Zijn deze schadelijk of niet? Het menselijk lichaam is een fundamenteel goed en behoort essentieel tot de menselijke persoon. Het doden van de mens, ook al geschiedt op zijn eigen verzoek, schendt daardoor zijn waardigheid. Omdat het algemeen welzijn uiteindelijk in de concrete persoon zijn grond vindt, kan men niet anders concluderen dan dat het gedogen van euthanasie, assistentie bij suïcide en levensbeëindiging zonder verzoek het algemeen welzijn schaadt.

Dat is helemaal duidelijk wanneer men bedenkt dat het toelaten van deze handelingen na verloop van tijd het respect voor het menselijk leven verder kan uithollen. In het begin van de jaren tachtig werd geijverd voor de legalisering van euthanasie op uitdrukkelijk verzoek van de betreffende patiënt. Vanaf het einde van de jaren tachtig wordt ook gepleit voor actieve levensbeëindiging van defecte pasgeborenen en langdurig comateuze patiënten, die niet (meer) in staat zijn hun wil te uiten.

Katholieke politici zouden zich bovendien moeten realiseren dat de legalisering van euthanasie principieel katholieke artsen in een moeilijke positie kan brengen. Wanneer van hen bekend is dat ze aan euthanasie geen medewerking verlenen, dan zullen zij moeilijkheden kunnen ondervinden bij het zoeken van een praktijk of een assistentschap om tot specialist te worden opgeleid.

Vaak wordt als argument naar voren gebracht dat de wetgeving nieuwe ontwikkelingen eenmaal moet volgen, of hij wil of niet. Dat is op veel terreinen zeker waar. De nieuwe mogelijkheden met betrekking tot de kunstmatige voortplantingstechnieken en embryo-experimenten, die tevoren onbekend waren, vereisen een aanvulling op de bestaande wetten. Betekent dit dat de wetgever, nu euthanasie zo vaak wordt verricht, de wet op dit punt moet aanpassen en euthanasie niet langer strafbaar stellen? Het is echter niet zo dat de wetgever elke nieuwe ontwikkeling klakkeloos aanvaardt en er zich door laat meeslepen. De Franse regering gaat het massaal overschrijden van de verkeersregels tegen door de invoering van een strafpuntensysteem. Geen enkele regering zal belastingfraude op grote schaal toestaan. Daarom is volstrekt niet inzichtelijk waarom de wetgever de bestaande wetten zou moeten aanpassen, omdat euthanasie vaker voorkomt dan vroeger.

Op zich zou de kwestie hiermee beslecht kunnen zijn, ware het niet dat er nog een complicerende factor in het spel is. Katholieke politici vormen geen meerderheid in de Tweede Kamer. Onder de niet-christelijke partijen in het parlement bevinden zich slechts weinig tegenstanders van euthanasie, terwijl de christendemocratische fractie, waartoe de meeste katholieke kamerleden behoren, verdeeld is. Daarom is een wetswijziging waardoor euthanasie in Nederland mogelijk wordt, niet gemakkelijk tegen te houden. Het CDA pretendeert dat het met de keuze voor het kabinetsstandpunt euthanasie, assistentie bij suïcide en actieve levensbeëindiging zonder verzoek tenminste in het wetboek van strafrecht zullen blijven. Met andere woorden, dit is onder de gegeven omstandigheden een keuze voor het minste kwaad, want anders zou het voorstel van Kohnstamm (D’66), dat de legalisering van euthanasie en assistentie bij suïcide beoogt, waarschijnlijk een meerderheid halen.

Deze gedachtengang roept herinneringen op aan de discussie over de legalisering van de abortus provocatus in de jaren zeventig en tachtig. In veel landen stonden katholieke politici voor de keuze òf te stemmen voor een wet die abortus slechts met beperkingen toestaat, òf vast te houden aan algehele strafbaarheid van abortus. In het laatste geval zou de tegenpartij echter de kans hebben schoon gezien om een veel liberalere wet door te drukken, omdat de katholieke politici veelal in de minderheid waren. Zou men in zo’n situatie niet mogen veronderstellen dat de keuze voor het vrijgeven van abortus in beperkte mate vruchtbaarder voor het algemeen welzijn zou zijn dan principiële vasthoudendheid aan het eigen standpunt? Doel van de wetgeving is immers het

bevorderen van het algemeen welzijn. Bovendien, zo werd vaak geredeneerd, zou legalisering van abortus het aantal clandestiene abortussen verricht door incompetente aborteurs terugdringen.

Abortusdiscussie
Verschillende katholieke moraaltheologen en bisschoppen hebben indertijd katholieke politici om deze reden geadviseerd hun stem te geven aan een restrictieve abortuswet om het ongeboren leven voor zover mogelijk te beschermen. Misschien kon men tien tot vijftien jaar geleden nog te goeder trouw in deze veronderstelling verkeren. De latere ontwikkelingen hebben echter anders geleerd. De verschillende aboftuswetten die in die tijd zijn aangenomen, hebben ondanks allerlei restricties in praktisch alle landen tot een explosieve stijging van het aantal abortussen geleid, omdat daardoor abortus provocatus een ingreep werd die in de gewone ziekenhuizen zonder veel problemen kan worden verricht. In Italië steeg het aantal abortussen van 68.725 in 1978, het jaar waarin abortus werd gelegaliseerd, tot 234.801 in 1982. Achteraf kan men toch moeilijk volhouden dat de keuze voor een restrictieve abortuswet een bijdrage tot het algemeen welzijn is geweest. Het mag echter niet onvermeld blijven dat ons land hierop een uitzondering vormt. Nederland is het enige land waar na de legalisering van abortus provocatus in 1981 het aantal abortussen is afgenomen. Het abortusgetal is hier te lande met én per duizend inwoners per jaar zelfs het laagste ter wereld. Verschillende factoren hebben hierbij een rol gespeeld. Geleidelijk is het aantal buitenlandse vrouwen afgenomen die in Nederland een abortus ondergingen, omdat dat in hun eigen land nog niet mogelijk was. Belangrijker nog is de hoge vlucht die het gebruik van anticonceptionele middelen in ons land heeft genomen. Het aantal tienerzwangerschappen is in ons land vergeleken met andere landen opmerkelijk laag, doordat al aan meisjes van dertien of veertien jaar op vrij grote schaal de pil wordt verstrekt. Dat mag misschien op zich een effectief middel tot preventie van abortus provocatus zijn, maar schept evenzeer een ethisch probleem. Anticonceptiva belemmeren binnen het huwelijk de volledige gave van man en vrouw aan elkaar en doen daardoor afbreuk aan de volheid van de huwelijksliefde. Gebruik ervan buiten het huwelijk maakt het aangaan van buitenechtelijke sexuele betrekkingen zeker voor pubers, die emotioneel niet rijp zijn, zeer verleidelijk. Dit is beslist geen bijdrage aan het algemeen welzijn. Bovendien staan bepaalde hormonale anticonceptiva niet zelden ovulatie en bevruchting toe, terwijl ze daarna de innesteling van het embryo in het baarmoederslijmvlies verhinderen, hetgeen moreel gezien met abortus provocatus gelijkstaat. In dat geval bestaat er weinig verschil tussen het middel en de kwaal. Kortom, ondanks de afname van het aantal abortussen in Nederland kan men niet beweren dat onze abortuswetgeving een weldaad voor het algemeen welzijn is.

Kan de discussie over de Wet Afbreking Zwangerschap ons nu iets leren met betrekking tot de wetgeving op het gebied van euthanasie, assistentie bij suïcide en levensbëeindiging zonder verzoek? Twee aspecten verdienen hier onze speciale aandacht.

Op de eerste plaats het aspect van de preventie. Stel dat men geen morele bezwaren tegen anticonceptionele middelen zou hebben. Dan zou men kunnen veronderstellen dat goede voorlichting op dit vlak ongewenste zwangerschap en dus ook abortus provocatus zou kunnen voorkomen. Onder die voorwaarden zouden sommigen misschien een wet die abortus provocatus in beperkte mate toelaat, kunnen steunen teneinde ruime liberalisering van abortus te voorkomen. Wat is echter een vergelijkbare vorm van preventie, wanneer het om euthanasie of ongevraagde levensbeëindiging gaat? Preventie zou moeten bestaan in een zodanige vooruitgang van de geneeskunde, dat er geen ongeneeslijke, dodelijke ziekten met een langdurige en pijnlijk sterfbed meer zouden voorkomen. Een dergelijke ontwikkeling valt echter zeker op korte termijn niet te verwachten.

Een tweede aspect dat hier relevant is, betreft de beperkingen waarmee euthanasie, assistentie bij suïcide en ongevraagde levensbeëindiging worden toegestaan. Een wet die deze handelingen slechts in beperkte mate toestaat, zou in theorie als een kleiner kwaad kunnen worden beschouwd dan een wet die hier weinig of geen restricties aan verbindt. De vraag is nu of de regeling die het kabinet voorstelt, inderdaad meer beperkingen

aan actieve levensbeëindiging oplegt dan bijvoorbeeld het Initiatief-wetsvoorstel van Kohnstamm.

Handhaven
Het kabinet wil euthanasie, assistentie bij sucide en levensbeëindiging zonder verzoek weliswaar in het Wetboek van Strafrecht handhaven, maar wat voor wezenlijke beperkingen legt dat in de praktijk aan de verrichting van deze handelingen op? De zorgvuldigheidseisen die nu zouden moeten worden vermeld in de Wet op de Lijkbezorging treft men ook aan in het initiatief-wetsvoorstel van Kohnstamm. Indertijd was een van de bezwaren tegen dit voorstel dat het niet alleen de legalisering van euthanasie beoogde, maar ook assistentie bij suïcide. Het kabinet wil echter eveneens assistentie bij suïcide van rechtsvervolging vrijstellen. Wat zijn nu de feitelijke beperkingen?

Het kabinet heeft er zelfs nog een schepje bovenop gedaan, door onverwachts op advies van de commissie Remmelink ook ruimte te scheppen voor actieve levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt. Dit wordt in het initiatiefwetsvoorstel van Kohnstamm juist uitdrukkelijk uitgesloten. Op dit punt betekent het kabinetsstandpunt in feite een opmerkelijke verruiming. De veronderstelling dat de regeling die het kabinet voorstelt, de euthanasiepraktijk tenminste nog enige beperkingen zou opleggen, mist dan ook elke grond.

De conclusie van dit alles is dat de aanvaarding van het kabinetsstandpunt niet als een mindere vorm van kwaad en bijgevolg een relatieve bijdrage aan het algemeen welzijn valt te rechtvaardigen. Op de keper beschouwd is het voorstel van het kabinet het grotere kwaad. Het is daarom misleidend en zelfs hypocriet om voor te doen alsof het tegendeel het geval zou zijn. Een katholiek politicus moet er zijn stem dan ook niet aan geven.

Een aspect dat hier niet over het hoofd mag worden gezien, is dat een katholiek politicus ergernis (scandalum) kan verwekken, wanneer hij stemt voor een wet die euthanasie mogelijk maakt. Veel mensen zijn geneigd te denken dat wat volgens de wet mogelijk is, ook moreel aanvaardbaar is. Speciaal wanneer katholieke politici een dergelijke wet zouden steunen, dan zou de indruk kunnen worden gewekt dat actieve levensbëeindiging onder bijzondere omstandigheden voor de katholieke leer weinig problemen oplevert. Zij die een overheidsfunctie bekleden of in de politiek actief zijn, dragen een bijzondere zware verantwoordelijkheid voor het normbesef in de samenleving.

III. Mogen katholieken hun visie op euthanasie aan anderen opleggen?
Als katholieken euthanasie of suïcide voor zichzelf ongeoorloofd achten, dan is dat hun goed recht. Maar dat betekent niet, zo wordt vaak gezegd, dat ze het recht hebben om via de wetgeving anderen hun visie op te leggen. Katholieken zouden wat meer respect voor het standpunt van andersdenkenden moeten betonen.

De meeste ethici in onze tijd stellen het recht op zelfbeschikking centraal, zoals we eerder hebben gezien. Iemand mag onder bepaalde omstandigheden een einde aan zijn leven maken en de arts vragen hem daarbij behulpzaam te zijn, mits hij zijn medemensen daardoor geen schade berokkent. Wie zijn plannen verijdelt, maakt zich schuldig aan “paternalisme” (bevoogding van anderen met weliswaar goede bedoelingen, maar zonder rekening te houden met hun eigen wil).

Ethici die het zelfbeschikkingsrecht benadrukken, zullen de rol van de wetgever anders inschatten dan wij hebben gedaan. Volgens hen moet de wetgever vooral het recht op zelfbeschikking en de vrijheid van de burgers garanderen. Het algemeen welzijn is uiteraard ook van belang, maar de vrijheid van het individu staat bovenaan de ranglijst. Wanneer de wet euthanasie en assistentie bij suïcide bij wet zou verbieden, dan zouden sommige burgers in hun vrijheid beperkt zijn. Dat staat echter haaks op een moraal die zelfbeschikking het allerbelangrijkste acht. Als katholieken euthanasie en suïcide verkeerd vinden, dan moet ze het zelf niet doen.

Maar ze hebben de vrijheid van medeburgers die er anders over denken, te respecteren.

In dit verband wordt vaak verwezen naar de verklaring over de godsdienstvrijheid van het Tweede Vaticaans Concilie. Paus Pius XI had in 1864 het streven naar godsdienstvrijheid afgewezen. Hierbij moet overigens worden bedacht dat dit streven werd ingegeven door het liberalisme van die tijd, volgens welke het niet uitmaakte welk geloof men aanhangt. Sommigen menen dat de Kerk op het Tweede Vaticaans Concilie haar standpunt totaal gewijzigd heeft en voor radicale godsdienstvrijheid heeft gekozen. Betekent dat niet dat iemand die op basis van zijn levensbeschouwing geen bezwaar ziet in euthanasie of suïcide, daar vrij in zou moeten worden gelaten?

Dit laatste kan uit de verklaring van het Concilie over de godsdienstvrijheid niet worden afgeleid: “Aangezien nu de godsdienstvrijheid, die de mensen voor zich opeisen bij het vervullen van hun plicht van Godsverering, betrekking heeft op het vrij zijn van dwang in de burgerlijke maatschappij, doet ze geen afbreuk aan de traditionele katholieke leer omtrent de morele plicht van mensen en gemeenschappen ten opzichte van de ware godsdienst en de énige Kerk van Christus” (Dignitatis Humanae n. 1). De kerk betrekt godsdienstvrijheid dus uitdrukkelijk op de dwang die de staatsoverheid op de bevolking kan uitoefenen om een bepaalde godsdienst aan te nemen. Tegelijkertijd verwerpt zij echter de gedachte dat het niet uitmaakt welk geloof men aanhangt, doordat zij vasthoudt aan de traditionele leer dat de volheid van het heil slechts in de katholieke kerk is te vinden.

Niemand mag gedwongen worden tegen het geweten te handelen
Op godsdienstig gebied mag niemand worden gedwongen om tegen zijn geweten te handelen noch mag iemand erin worden belemmerd om “binnen passende grenzen” zowel privé als publiek overeenkomstig zijn geweten te handelen (Dignitatis Humanae n. 2). De toevoeging “binnen passende grenzen” is nodig omdat de vrijheid om volgens het geweten te handelen binnen de staat niet absoluut is. De godsdienstvrijheid betreft echter vooral de eredienst. Het Concilie zegt niet dat ieder het recht heeft om zonder enige beperking zijn persoonlijke morele overtuiging te praktizeren. Met andere woorden: niemand kan gedwongen worden iets te doen wat tegen zijn geweten ingaat, maar dat betekent niet dat iedereen zonder enige beperking alles mag doen wat hij in geweten geoorloofd acht.

Door de sterke opkomst van het zelfbeschikkingsdenken sinds de Tweede Wereldoorlog zijn heel wat katholieken murw geworden. Godsdienst is iets voor thuis of binnen het kerkgebouwen en er moet buiten de deur niet over worden gesproken. Sinds het midden van de jaren zestig heeft de katholieke kerk, evenals de reformatorische kerken, binnen luttele jaren haar presentie in de maatschappij praktisch geheel moeten prijsgeven. Ook zij die trouw zijn gebleven aan de kerk, tonen een zekere berusting in deze ontwikkeling en zijn geneigd om zich op geloofsvlak in hun schulp terug te trekken. Godsdienst, zeker de katholieke, is geen gewild artikel meer.

Het is echter niet goed aan deze tendens te snel toe te geven. Getuigen (Mt. 28, 19-20; Mc. 16, 15) en rekenschap geven van het geloof (1 Petr. 3, 15) behoren wezenlijk tot de christelijke levensopdracht. Bovendien moet worden bedacht dat in een democratische samenleving ieder het recht heeft voor zijn mening uit te komen en langs parlementaire weg mag verdedigen wat hij belangrijk acht. Al sedert jaren is de koppeling tussen lonen en uitkeringen een punt van discussie in ons land. Tot nu toe geldt dat uitkeringen en lonen aan elkaar gekoppeld zijn, hetgeen een deel van de werkgevers en van de werkende bevolking onjuist acht. Wanneer de meerderheid in de Tweede Kamer met ontkoppeling accoord zou gaan, dan zou dat menige uitkeringstrekker tegen de haren instrijken. De openlijke discussie over meningsverschillen hoort bij een democratie.

Ja, zo zal iemand tegenwerpen, maar bij economische kwesties gaat het om objectieve belangen, waar mensen

die over enige kennis van zaken en een nuchter verstand beschikken, het met elkaar eens kunnen worden. Feitelijk blijken er over objectieve economische belangen echter grote verschillen van mening te bestaan. Bovendien, is het respect voor het leven dan geen objectief belang? Al mogen sommigen aan het respect voor het leven een andere inhoud geven en dat in wet willen omzetten, dan is dat nog geen reden om in politieke kringen over het katholieke standpunt te zwijgen. Mocht een meerderheid in het parlement besluiten dat euthanasie niet langer strafbaar is, dan hebben we ons daar uiteraard bij neer te leggen. Maar dat ontslaat de katholieke politicus niet van zijn plicht om voor objectieve waarheid uit te komen.

Persoonlijk geweten

Het beroep op het recht op zelfbeschikking is nauw verbonden aan het beroep op het persoonlijk geweten: “ik maak met mijn eigen geweten wel uit wat ik te doen of te laten heb; daarvoor heb ik geen kerk of overheid nodig”. Het geweten wordt door veel mensen gezien als iets in henzelf dat normen voor hun persoonlijk gedrag dicteert. Dit is een foute opvatting van het geweten. Iedereen, van welke cultuur of welk tijdsbestek ook, of hij nu abortus en euthanasie verwerpt of niet, ziet in dat een menselijke persoon niet zomaar mag worden gedood, wanneer hij tenminste een redelijke opvoeding heeft gehad en zijn geweten niet is afgestompt. Dat komt niet doordat het persoonlijk geweten het respect voor het leven tot norm stelt. Dit is een voorgegeven norm. Een mens is geen dier en daarom heeft zijn leven een onvergelijkbaar hogere waarde. Aan een mens is men respect verschuldigd, niet omdat het geweten dat zegt, maar omdat een mens een mens is.

Wat is dan de functie van het menselijk geweten? Het geweten past de norm toe op de concrete handeling die ik verricht heb, op het punt sta te verrichten of in de toekomst zal verrichten. De persoonlijke handelingen worden door het geweten getoetst aan een norm die het geweten niet zelf formuleert, maar die al bestaat. De norm die ons zegt dat het menselijke leven gerespecteerd dient te worden, kan ons op verschillende manieren bekend zijn. Zij wordt door de Heilige Schrift en het kerkelijk leergezag voorgehouden. De mens is bovendien zo door God geschapen dat hij deze norm van nature kent. Dat is er de oorzaak van dat bij niet-christenen voor een groot deel dezelfde morele opvattingen worden gevonden als bij christenen.

Als dit laatste het geval is, dan zou men zich kunnen afvragen waarom niet iedereen dezelfde normen erkent. Het antwoord van de katholieke geloofsleer is dat deze kennis als gevolg van de erfzonde verduisterd is. Vandaar dat God via de Heilige Schrift en via de Kerk normen, die van nature al bekend zouden kunnen zijn, alsnog uitdrukkelijk openbaart.

Het is duidelijk dat het extreme vrijheids- en zelfbeschikkingsideaal niet zomaar met een beroep op het persoonlijk geweten kan worden verdedigd. Het geweten kan dwalen wanneer het van de verkeerde norm uitgaat of die verkeerd toepast. Is iemands vrijheid gediend, wanneer men hem de “vrijheid” laat om volgens zijn dwalend geweten te handelen? Iemand kan alleen in echte vrijheid handelen als hij de objectieve waarheid kent. Bovendien, hoe vrij is iemand die euthanasie of suïcide overweegt? De betrokkene is in de regel overmand door de angst voor zijn ziekte of voor wat hem te wachten staat. Wie onder de invloed van zijn emoties handelt, handelt niet vrij. Wanneer de wetgever de betrokkene “vrij” laat, laat hij hem feitelijk in zijn onvrijheid ronddobberen. En dat is liefdeloos.

De zorg voor het algemeen welzijn, dat door de wetgever dient te worden gegarandeerd, vereist dat de burgers in echte vrijheid kunnen handelen. Het is daarom beslist niet waar dat het opkomen voor een wetgeving die gebaseerd op objectieve normen, de vrijheid schendt van de burgers die er anders over denken.

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.

Het zelfgewilde einde van oudere mensen

door H. Drion, oud-hoogleraar in het burgerlijk recht aan de Rijksuniversiteit Leiden en oud-raadsheer in de Hoge Raad
NRC Handelsblad, 19-10-1991, p 8

Dit artikel verwoordt niet het standpunt van de Stichting Medische Ethiek. I.v.m. een volledig beeld van de discussie, staat hier de link naar het originele artikel op de website van NRC Handelsblad.

Leven en dood van de mens blijven onder Gods heerschappij

door dr. W.J. Eijk, arts en priester
Vita Humana, 2 april 1989

Niet weinigen in onze geseculariseerde samenleving zien euthanasie als een aanvaardbare oplossing om het lijden dat veroorzaakt wordt door een dodelijke en ongeneeslijke ziekte, te beëindigen. Maar wat zegt het christelijk geloof over euthanasie?

Euthanasie is een begrip dat in vele betekenissen wordt gebruikt. Het moet daarom eerst nader worden afgegrensd. Onder euthanasie wordt hier verstaan: de meestal door een arts opzettelijk nagestreefde beëindiging of verkorting van het leven van een patiënt die in ernstige mate lijdt aan een dodelijke en ongeneeslijke ziekte, en die uitdrukkelijk om de dood verzoekt. De beëindiging of verkorting van het leven kan worden bewerkstelligd door verrichting van een dodelijke medische handeling, de zogenaamde actieve euthanasie. Maar het leven kan ook worden verkort door staken of achterwege laten van een proportionele levensverlengende behandeling, hetgeen passieve euthanasie wordt genoemd. Bij proportionele medische behandeling moet men denken aan middelen die effectief zijn en weinig nadelen hebben, zoals antibiotica, infusen en vocht- en voedseltoediening via een neuscatheter. Maar ook operaties en kunstmatige ademhaling kunnen onder bepaalde omstandigheden proportioneel worden genoemd. Zoals de term al aangeeft, hangt het sterk van de situatie af of medische behandeling al dan niet proportioneel is.

Men mag echter beslist niet van euthanasie spreken bij de staking of het achterwege laten van niet-proportionele middelen, zoals bijvoorbeeld heel ingrijpende operaties of chemotherapie waarvan het resultaat niet kan worden gegarandeerd of waaraan voor de patiënt zware nadelen zijn verbonden. In een dergelijk geval kan het achterwege laten van de behandeling niet als een opzettelijke verkorting van het leven worden opgevat.

De christelijke moraal wijst de opzettelijke verkorting of beëindiging van het leven – dus actieve en passieve euthanasie – af, maar niet het achterwege laten van niet-proportionele medische behandeling.

Ten aanzien van actieve euthanasie moet worden opgemerkt dat het in moreel opzicht geen verschil maakt of de arts het dodelijke middel door een injectie toedient of dat de patiënt zelf de door de arts voorgeschreven middelen inneemt.

Waarde van het lichaam

Euthanasie houdt in dat aan het lichamelijk leven van de mens een einde wordt gemaakt. Binnen het hedendaagse utilitaristische denken (dat is: denken in termen van nuttigheid en functionaliteit) staat de medische ethiek sterk onder invloed van het zogenaamde instrumentalisme, de opvatting dat het lichamelijk leven louter waarde bezit, indien er nog een ander menselijk doel (goed) mee kan worden verwezenlijkt of gediend. Het lichaam wordt daardoor in zekere zin afgemeten naar zijn "gebruikswaarde". Het lichamelijk leven wordt binnen dit denken opgevat als iets waarvan men afstand kan doen wanneer men het gevoel heeft dat het tot niets meer dient en men van verder leven niets meer kan verwachten.

Hoe wordt binnen het christelijk mensbeeld het lichaam opgevat? Zowel het jodendom alsook het christendom beschouwen het lichaam als een intrinsiek en integraal onderdeel van de menselijke persoon. Binnen de christelijke theologie is de eenheid van lichaam en ziel niet steeds op gelukkige wijze geformuleerd. Een goede filosofische fundering van de eenheid van lichaam en ziel is bijvoorbeeld gegeven door de heilige Thomas van Aquino in de dertiende eeuw.

Deze visie op de menselijke persoon kan ook theologisch worden gefundeerd: zij is duidelijk in overeenstemming met het Credo, de christelijke Geloofsbelijdenis. Over de menswording van de Zoon van God zegt de evangelist Johannes met nadruk "Het Woord is vlees geworden" (Joh. 1,14), om duidelijk te laten uitkomen dat Jezus niet aan het kruis heeft geleden in een soort schijnlichaam, dat niet tot Zijn eigen persoon zou hebben behoord. De verlossing vindt plaats door het Lichaam van Christus dat gegeven wordt en Zijn Bloed dat vergoten wordt om ons te verlossen. Dit zou onmogelijk zijn geweest als Zijn lichaam geen intrinsiek onderdeel van Zijn eigen persoon was. De eenheid van lichaam en ziel wordt ook bevestigd door de verrijzenisleer: door de dood verliest de mens zijn lichaam, maar het is Gods bedoeling dat de mens zal delen in de verrijzenis van Christus. De mens is dus voorbestemd voor het eeuwig leven als volledig menselijke persoon, dat wil zeggen inclusief het lichaam.

Het lichaam is dus een integraal onderdeel van de menselijke persoon en mag niet worden beschouwd als een soort "aanhangsel". De mens is niet alleen zijn geest, maar wezenlijk een eenheid van materie en geest. Deze eenheid van lichaam en ziel impliceert dat wanneer men het lichaam schade toebrengt, men ook de persoon schaadt. Wat betekent dit gegeven nu voor de morele beoordeling van euthanasie? Omdat het lichaam intrinsiek deel uitmaakt van de menselijke persoon, kan een mens geen oordeel vellen over de waarde van zijn eigen lichaam zonder dat dit tegelijkertijd ook een oordeel inhoudt over de waarde van zichzelf als menselijke persoon. Maar wat is de waarde van een menselijke persoon? De menselijke persoon heeft niet louter een "gebruikswaarde". De menselijke persoon en bijgevolg ook zijn lichamelijk leven hebben altijd waarde in zichzelf: dat wil zeggen dat hun waarde niet afhangt van de omstandigheden waarin het leven verkeert. Dat de menselijke persoon en zijn lichamelijk leven een waarde in zichzelf zijn, houdt in dat zij nooit alleen als middel tot een doel kunnen worden gebruikt. Zij hebben dus nooit alleen nuttigheidswaarde. Dit kan zowel met filosofische als met theologische argumenten aangetoond worden. Het belangrijkste theologische argument is dat de mens geschapen is naar Gods beeld en gelijkenis (Gen. 1,26-27), terwijl het tweede Vaticaans concilie de mens ziet als "het enige schepsel op aarde dat God heeft gewild om wille van zichzelf" (Gaudium et Spes no. 24). Het komt dus geen mens toe een oordeel te vellen over de eventuele waarde die het lichamelijk leven zou hebben. Noch wanneer het om het leven van een ander gaat, noch wanneer het zijn eigen leven betreft.

Euthanasie houdt in dat men van het lichamelijk leven afstand doet omdat men van oordeel is dat dit leven zijn waarde heeft verloren omdat het door ziekte is ontluisterd. Euthanasie is dus ten diepste gefundeerd op de gedachte dat het lichaam naar zijn "nuttigheidswaarde" kan worden beoordeeld. Dit is echter onmogelijk. Het lichaam deelt in de intrinsieke waarde van de persoon die nooit louter naar zijn eventuele "nut" kan worden beoordeeld. Daarom is euthanasie in strijd met de christelijke visie waarin het lichaam gezien wordt als een integraal onderdeel van de menselijke persoon.

Gave van God

De moderne mens wil met al zijn wetenschappelijke kennis en techniek niet alleen de wereld maar ook zichzelf beheersen: hij wil de oorsprong van het leven in handen hebben wanneer het gaat om kunstmatige bevruchting en abortus. Het zelfde geldt ten aanzien van het einde van leven. Zowel overdreven krampachtige ingrepen om mensen in leven te houden als euthanasie zijn pogingen om het einde van het leven te domineren. Deze mentaliteit is in tegenspraak met het gegeven dat het leven van de mens een gave is.

De mens is voor zijn bestaan afhankelijk van God, de Schepper. Het leven is dus een gave van God. Maar dit dient goed te worden verstaan: het gaat niet om een “geschenk” waarmee we kunnen doen en laten wat we willen, waarvan we op eigen initiatief afstand zouden kunnen doen. Bij de schepping geeft God aan de mens de heerschappij over deze wereld maar niet over zichzelf of zijn medemensen (Gen. 1,28-29). De mens als zodanig, en dus ook zijn leven en dood, blijven onder Gods heerschappij. Het komt de mens dus niet toe om zelfstandig het moment van zijn dood te bepalen, zoals dat bij euthanasie gebeurt.

Voor een gelovige christen krijgen het leven en de dood een nieuwe betekenis door Jezus’ leven, dood en verrijzenis: “Zolang wij leven, leven wij voor de Heer, en sterven wij, dan sterven wij voor de Heer: of wij leven of sterven, Hem behoren wij toe” (Rom. 14,8). De navolging van Christus is niet beperkt tot het leven, maar strekt zich ook uit tot het sterven, en krijgt hierin zelfs een bijzondere betekenis. Door zijn eigen lijden en zeker het lijden dat tot de dood voert, deelt een christen in het lijden van de Heer op het kruis van Golgotha. Delen in het lijden en de dood van Jezus heeft een diepe zin: hieraan is een grote genade verbonden voor hem/haar die lijdt, maar ook voor de Kerk als geheel en voor anderen voor wie men zijn lijden in het bijzonder wil dragen: “Op het ogenblik verheug ik mij dat ik voor u mag lijden en in mijn lichaam aanvullen wat nog ontbreekt aan de verdrukkingen van de Christus, ten bate van zijn lichaam, dat is de Kerk” (Kol. 1,24).

Wil dit echter het geval zijn, dan moet de christen ziekte, lijden en dood ook gelovig, bewust en vrijwillig aanvaarden als een mee-sterven met Christus. Het vraagt dat hij zijn lijden en dood tegemoet treedt met dezelfde houding die Jezus bezielde op het moment van Zijn kruisdood. Het vraagt een volledige overgave aan Gods liefdevolle ontferming, dat wil zeggen zowel een vertrouwen dat God hem/ haar bij zal staan met Zijn genade om zijn/haar lijden zo te dragen en te volbrengen, dat dit ten goede zal komen aan anderen, aan de Kerk; even belangrijk is het geloof in het eeuwig leven en de verrijzenis die God schenkt. Een dergelijk vertrouwen wordt verkregen door het gelovig verstaan van Gods Woord en door het ontvangen van de sacramenten waardoor men zich met Christus verenigt.

Het is duidelijk dat er binnen deze visie op het lijden voor euthanasie geen plaats is: euthanasie is een afwijzing van dit mee-sterven met Christus, een afwijzing van de navolging van Christus tot in de dood. In concrete omstandigheden zal niet altijd sprake zijn van een bewuste afwijzing van dit mee-sterven met Christus, wanneer namelijk de zieke om euthanasie vraagt onder druk van zijn emoties of van zijn omgeving. Maar euthanasie als zodanig impliceert een gebrek aan vertrouwen in Gods liefdevolle ontferming en in de kracht van Gods genade die ons in staat stelt om een lijden te dragen dat boven onze krachten uitgaat.

Wanneer een dergelijke keuze van de zieke voor de dood een moreel verkeerde beslissing is, dan is het duidelijk dat medewerking van de arts aan euthanasie ook moreel ontoelaatbaar moet worden geacht. De verrichting van euthanasie kan secundair ertoe leiden dat de innerlijke houding van de arts tegenover het leven, tegenover ongeneeslijke zieken of gehandicapten verandert. Maar speciaal met betrekking tot de zieke met een ongeneeslijke en uitzichtloze aandoening is voor de gelovige arts een belangrijke taak weggelegd. Hij/zij moet voor zijn/haar patiënt werkelijk de naaste willen zijn zoals Jezus die beschrijft in de parabel van de Barmhartige Samaritaan, die bereid is om van zijn reisschema af te wijken en met inzet van zichzelf de gewonde bij te staan. Echt medische bijstand is nooit alleen medisch-technische hulp, maar houdt ook in dat de medicus bereid is om

de patiënt menselijke hulp te verlenen in de volle zin van het woord: Wanneer een patiënt zou vragen om euthánasie, dan dient de arts te bedenken dat dit in veel gevallen een uiting is van wanhoop, of een verzoek is om een effectievere pijnbestrijding, terwijl het in andere gevallen een onuitgesproken behoefte aan een luisterend oor kan zijn. Voor een gelovig arts zouden we eraan kunnen toevoegen dat hij/zij er ook oog voor moet hebben dat het vertrouwen van de patiënt in Gods liefdevolle ontferming kan wankelen. Werkelijk christelijke barmhartigheid vraagt dat men naast de patiënt gaat staan en deze door een liefdevolle bejegening helpt om zijn/haar vertrouwen terug te vinden. Zou het doden van een patiënt “uit barmhartigheid”, “mercy-killing”, in feite niet moeten worden gezien als de toevoeging van een laatste afwijzing aan een serie van afwijzingen die de zieke ondervond door gebrek aan echt medemenselijk contact en die hem juist tot zijn uiting van wanhoop hebben gebracht?

Het lijdt geen twijfel dat medewerking aan actieve euthanasie in strijd is met de taak die een christelijk arts in overeenstemming met zijn geloofsovertuiging moet vervullen.

Conclusie
De intrinsieke waarde van het lichaam van de mens, het feit dat zijn leven een gave van God is en de roeping van een christen om zich in zijn lijden met Christus te verenigen zijn de fundamentele redenen waarom het christelijk geloof euthanasie afwijst. Een echt christelijke benadering blijft niet steken in een afwijzing van euthanasie, maar vraagt tevens een daadwerkelijk antwoord op de nood waarin terminale patiënten verkeren. De samenleving dient geen ruimte te scheppen voor euthanasie, maar moet er alles aan doen om ernstig ongeneeslijke zieken alle medischtechnische en medemenselijke hulp te bieden die zij nodig hebben. Artsen en verplegend personeel moeten op de begeleiding van deze zieken worden voorbereid in hun opleiding, wat betreft pijnbestrijding, verzorging en psychologische benadering. Wanneer de zorg voor deze zieken de mogelijkheden van het ziekenhuis, de huisarts, wijkverpleging of de familie te boven gaan, zou de oprichting van hospices, klinieken gespecialiseerd in de verzorging van terminale patiënten, uitkomst kunnen bieden.