



Levensverlengende behandelingen en vegetatieve toestand: wetenschappelijke vorderingen en ethische dilemma's

Toespraak tot de deelnemers aan het Congres *"Life-sustaining Treatments and Vegetative State: Scientific Advances and ethical Dilemmas"*

Paus Johannes Paulus II
20 maart 2004



Geachte dames en heren,

Hartelijk begroet ik u, de deelnemers aan het congres "Life-sustaining Treatments and Vegetative State: Scientific Advances and ethical Dilemmas" ("Leven behoudende behandelingen en vegetatieve toestand: wetenschappelijke vorderingen en ethische dilemma's"). Een bijzondere groet richt ik tot Msgr. Elio Sgreccia, vice-president van de Pauselijke Academie voor het Leven, en aan de heer prof. Gian Luigi Gigli, President van de Internationale Federatie van Katholieke Artsenverbanden en zeer toegewijde verdediger van de basiswaarden van het leven, die op vriendelijke wijze de wensen van iedereen tot uitdrukking heeft gebracht.

Dit belangrijke congres, dat door de Pauselijke Academie voor het Leven en de Internationale Federatie van Katholieke Artsenverbanden is georganiseerd, behandelt een uiterst belangrijk onderwerp: *het klinische beeld van een zogenaamde "vegetatieve toestand" of "waakcoma". Deze complexe wetenschappelijke, ethische, sociale en pastorale aspecten van deze toestand behoeven een diepgaande reflexie en een vruchtbare interdisciplinaire dialoog, zoals u volgepakte en rijke arbeidsprogramma bewijst.*

2

Met bijzondere waardering en grote hoop bemoedigt de Kerk het werken van de wetenschappers, die zich dagelijks en vaak onder grote opofferingen aan hun studie- en onderzoekopgaven zetten, om de diagnostiek, therapie, prognostiek en revalidatie mogelijkheden voor dergelijke patiënten te verbeteren, die volledig moeten terugvallen op artsen en verplegend personeel. Want de zieke mens geeft geen herkenbare tekenen van bewustzijn van zichzelf of van de omgeving en schijnt niet in staat om interactie met anderen te hebben of te reageren op specifieke stimulansen.

De geleerden wijzen met name op de noodzakelijkheid, om te komen tot een exacte diagnose, die normaal gesproken een lange en een zorgvuldige observatie in gespecialiseerde centra vraagt, dit ook met het oog op de hoge aantallen fouten die in de vakliteratuur beschreven zijn. Niet weinige van de patiënten kunnen later door aangepaste behandeling en gerichte revalidatieprogramma's uit hun coma ontwaken. Vele anderen daarentegen blijven helaas gevangen in hun toestand, ook voor langere tijd en zonder technologische ondersteuning.

In het bijzonder werd voor diegenen die meer dan een jaar in de "vegetatieve toestand" blijft de vakterm "blijvende vegetatieve toestand" ontwikkeld. In werkelijkheid geeft deze definitie geen andere diagnose, echter alleen een conventionele prognose met betrekking tot het feit, dat de verbetering in de toestand van de patiënt, statistisch gezien, steeds moeilijker wordt, naargelang de vegetatieve toestand aanhoudt.

We moeten echter niet vergeten of onderwaarderen dat er een aantal gevallen zijn, die zeer goed gedocumenteerd zijn, waarbij sprake is van tenminste een gedeeltelijke genezing, soms zelfs pas na jaren; we

kunnen dus alleen bevestigen dat de stand van de medische wetenschap tot nu toe niet in staat is, met zekerheid te voorspellen welke patiënt vanuit deze toestand geneest en welke niet.

3

Met betrekking tot patiënten die in dergelijke klinische omstandigheden zijn, zijn er die twijfelen aan het voortbestaan van “menselijke eigenschappen” op zich, haast alsof de uitdrukking “vegetatief” (welk gebruik inmiddels algemeen is geworden), dat haast een symbolische beschrijving is van de klinische toestand, kan of moet echter eerder toegepast worden op degene die ziek is waardoor inderdaad zijn waarde en zijn persoonlijke waardigheid verminderd wordt. In deze zin moet opgemerkt worden dat, ook al wordt de term tot de klinische toestand beperkt, het zeker niet zo is dat het gebruik op de mens zelf niet de meest gelukkige is.

Om een tegenwicht te geven aan deze gedachtestroming zie ik het als mijn plicht met nadruk te bevestigen, dat de innerlijke waarde en zijn persoonlijke waardigheid van iedere mens zich niet wijzigt, wat ook immer zijn concrete levensomstandigheden zijn. *Een mens is en blijft steeds een mens en wordt nooit een plant of een dier, zelfs niet wanneer hij ernstig ziek is of gehinderd is in de uitoefening van zijn hogere functies.*

Ook onze broeders en zusters, die zich in een klinische “vegetatieve toestand” bevinden, behouden ten volle hun menselijke waardigheid. De liefdevolle blik van God de Vader rust blijvend op hun en erkent hen als Zijn kinderen, die heel bijzonder zijn hulp nodig hebben.

4

De artsen en verplegenden, de maatschappij en de Kerk hebben morele verplichtingen naar deze mensen, die ze niet mogen ontlopen, zonder de verplichtingen te verzaken die zowel professionele ethiek en menselijke en christelijke humaniteit van hun verlangen.

De zieke in een vegetatieve toestand, die of een herstel of het natuurlijke einde verwacht, heeft dus recht op de basiswaarden van verzorging door een arts (verzorging met voeding en drank, hygiëne, warmte etc.) en op de voorzorg tegen complicaties, die met bedlegerigheid verbonden zijn. Hij heeft ook het recht op een doelmatige, de rehabilitatie bevorderende ingrepen en op de monitoring van de klinische tekenen die duiden op een eventuele verbetering.

In het bijzonder wil ik de benadrukken dat het toedienen van water en voeding, ook wanneer dit langs kunstmatige wegen gebeurt, steeds een natuurlijk middel van behoud van leven en geen medische handeling is. Haar toepassing is daarom principieel als normaal en gepast en daarmee als moreel verplichtend te beschouwen, voorzover en tot dat dit gezien kan worden dat het haar eigen doelstelling bereikt, dat in het voorliggende onderwerp daarin bestaat dat de patiënt voeding en vermindering van de pijn krijgt.

Want de plicht “de zieke in dergelijke situaties de geboden normale behandelingen” niet onthouden mogen worden (1) omvat ook de verzorging met voeding en water (2) Een waarschijnlijkheidsberekening, die op de beperkte hoop op verbetering zich baseert, wanneer de vegetatieve toestand meer dan een jaar duurt, kan ethisch het afbreken of onderbreken van minimumbehandeling van de patiënt, inclusief de voeding en waterverzorging, niet rechtvaardigen. Want de dood door verhongering en dorst is het enige mogelijke resultaat van de onderbreking. In deze zin wordt uiteindelijk – wanneer deze bewust en met voorbedachte rade nabij gebracht – tot een feitelijke euthanasie door niet handelen.

Met dit voor ogen heb ik in de encycliciek *Evangelium Vitae* duidelijk gemaakt: “Onder euthanasie in haar eigenlijke betekenis verstaat men een handelen of nalaten, dat van nature en bedoeld de dood veroorzaakt, om zo alle lijden te beëindigen” Een dergelijke handeling is altijd “een zware aantasting van de Goddelijke wet inzoverre het zich om gewilde dood van een menselijke persoon gaat, wat zedelijk niet te accepteren is”. (3)



Overigens is de morele uitgangspositie bekend, waarna ook de minste twijfel verdwijnt, wanneer men zich weet tegenover een levende persoon te staan, dat men zich alleen al daardoor verplicht voelt deze ten volle te respecteren en iedere handeling achterwege te laten die een voortijdige dood tot gevolg heeft.

5

Overwegingen over de “kwaliteit van het leven”, vaak gedicteerd door psychologische, sociale en economische druk, kunnen nooit de algemene basisbeginselen overheersen.

Een afweging van de kosten kan niet opwegen tegen de waarde van het basisbegrip van het goede dat het menselijke leven bestemt en dat men wil beschermen. Wanneer men namelijk toegeeft, dat beslissingen over het leven van een mens gebaseerd kunnen worden op externe kennis van zijn kwaliteit, is hetzelfde inzicht dat toenemende of afnemende niveaus van kwaliteit van leven, en dus van menselijke waardigheid, kan worden bepaald vanuit externe waarnemingen van een subject, en dat daarmee een discriminatoire en eugenetische principe in de sociale betrekkingen geïntroduceerd wordt.

Het is ook “*a priori*” uit te sluiten dat het nalaten van voeding en het toedienen van water, zoals het in belangwekkende studies heet, bij zieken zeer grote pijnen teweeg brengen, ook wanneer men deze reacties alleen op het niveau van het autonome of mimische zenuwstelsel kan waarnemen. De moderne technieken van de klinische neurofysiologie en hersendiagnose door scans schijnen daadwerkelijk daarop te wijzen, dat de patiënt elementaire vormen van communicatie en analyse van stimulansen heeft.

6

Toch is het niet voldoende om de algemene basisprincipes te bevestigen, waarbij de waarde van het leven van een mens niet ondergeschikt gemaakt kan worden aan welk oordeel dan ook over haar kwaliteit door een andere mens; het is noodzakelijk om een *positief handelen* te bevorderen om tegen de druk stand te houden, die het achterwege laten van watertoediening en van voeding een middel zien om het leven van een patiënt te beëindigen.

Vooraf moet de *familie ondersteund worden*, die een geliefde hebben, die door een dergelijke verschrikkelijke klinische situatie getroffen is. Ze mogen zich niet alleen gelaten voelen met deze zware menselijke, psychologische en financiële belasting. Hoewel de behandeling van een dergelijke patiënt in het algemeen geen bijzondere kosten met zich meebrengt, moet de maatschappij voldoende middelen ter beschikking stellen voor de behandeling van deze soort van handicap, opdat ze met gepaste en concrete initiatieven komt, bijvoorbeeld

- het oprichten van centra waar mensen in een waakcoma met speciale programma's behandeld en gerevalideerd kunnen worden;
- de financiële ondersteuning en verzorging van families thuis, wanneer de patiënt, na beëindiging van het programma van de intensieve revalidatie naar huis terugkeert;
- het ontwikkelen van structuren van hulp voor die gevallen, waarbij de verwanten niet in staat zijn, om het probleem aan te kunnen, of wanneer de familie een “pauze” in de verzorging mogelijk gemaakt wordt, om daardoor hun psychologische en morele druk te verminderen.

Een gepaste behandeling van deze patiënten en de verzorging van de familie moet tevens de aanwezigheid en de getuigenis van artsen en verpleging kennen, die de opgave hebben, aan de verwanten hun medeleven en het aan hun zijde strijden duidelijk maakt; ook de deelname van vrijwilligers betekent een belangrijke steun voor de familie, opdat zij uit het isolement komen en zich als waardevolle en niet alleen gelaten groep van het sociale netwerk voelen.

In deze situatie spelen de geestelijke ondersteuning en de zielzorg een belangrijke rol als hulp voor het opnieuw ontdekken van de diepste zin bij een schijnbaar uitzichtloze toestand.



7

Dames en heren, afsluitend roep ik u op, als mensen van de wetenschap, die verantwoordelijk bent voor het beroep van een arts, om het basisprincipe streng te bewaken, omdat de werkelijke opgave van de geneeskunst hierin bestaat *“waar mogelijk te genezen, maar immer zorg te dragen”* (to cure if possible, always to care).

Ter bezegeling van uw waarlijk humanitaire missie van bijstand en hulp voor de lijdende broeder en zuster roep ik de woorden van Jezus in herinnering: *“Amen, zeg ik u: wat gij voor de geringsten van Mij gedaan hebt hebt, hebt gij aan Mij gedaan”* (Mt. 25, 40)

In dit licht roep ik de steun af van Diegene, die met de belangrijke patristische woorden als “Christus medicus” aangeduid wordt en terwijl ik uw arbeid aan de schutse van Maria toevertrouw, de Troosterin van de bedroefden en Sterkte van de stervenden, deel ik u allen van ganser harte mijn bijzondere Apostolische Zegen.

Paus Johannes Paulus II

Noten

1. Congregatie van de Geloofsleer, Iuar et Bona, hfd. 4
2. Vgl. Pauselijke Raad ‘Cor Unum’, Dans le cadre 2.4.4; Pauselijke Raad voor de werkers in de Gezondheidszorg, Handvest voor de werkers in de Gezondheidszorg nr. 120.
3. Johannes Paulus II, Encycliek Evangelium Vitae, nr. 65

Vertaling: R.K. Documenten, Stichting Interkerk Wassenaar, © 2005

Verklaring over de Vegetatieve Toestand

Pontifical Academy for Life, World Federation of Catholic Medical Associations

International Congress on “Life-Sustaining Treatments and Vegetative State: Scientific Advances and Ethical Dilemmas”,

(Rome, 17-20 March 2004)



Joint Statement On The Vegetative State

Scientific and ethical problems related to the Vegetative State

- 1) Vegetative State (VS) is a state of unresponsiveness, currently defined as a condition marked by: a state of vigilance, some alternation of sleep/wake cycles, absence of signs of awareness of self and surroundings, lack of behavioural responses to stimuli from the environment, maintenance of autonomic and other brain functions.
- 2) VS must be clearly distinguished from: encephalic death, coma, “locked-in” syndrome, minimally conscious state. VS cannot be simply equated with cortical death either, considering that in VS patients islands of cortical tissue which may even be quite large can continue functioning.
- 3) In general, VS patients do not require any technological support in order to maintain their vital functions.
- 4) VS patients cannot in any way be considered terminal patients, since their condition can be stable and enduring.
- 5) VS diagnosis is still clinical in nature and requires careful and prolonged observation, carried out by



specialized and experienced personnel using specific assessment standardized for VS patients in an optimum-controlled environment. Medical literature, in fact, shows diagnostic errors in a substantially high proportion of cases. For this reason, when needed, all available modern technologies should be used to substantiate the diagnosis.

6) Modern neuroimaging techniques have demonstrated the persistence of cortical activity and response to certain kinds of stimuli, including painful stimuli, in VS patients. Although it is not possible to determine the subjective quality of such perceptions, some elementary discriminatory processes between meaningful and neutral stimuli seem to be nevertheless possible.

7) No single investigation method available today allows us to predict, in individual cases, who will recover and who will not among VS patients.

8) Until today, statistical prognostic indexes regarding VS have been obtained from studies quite limited as to number of cases considered and duration of observation. Therefore, the use of misleading terms like “permanent” referred to VS should be discouraged, by indicating only the cause and duration of VS.

9) We acknowledge that every human being has the dignity of a human person, without any discrimination based on race, culture, religion, health conditions or socio-economic conditions. Such a dignity, based on human nature itself, is a permanent and intangible value that cannot depend on specific circumstances of life and cannot be subordinated to anyone’s judgment.

We recognize the search for the best possible quality of life for every human being as an intrinsic duty of medicine and society, but we believe that it cannot and must not be the ultimate criterion used to judge the value of a human being’s life.

We acknowledge that the dignity of every person can also be expressed in the practice of autonomous choices; however, personal autonomy can never justify decisions or actions against one’s own life or that of others: in fact, the exercise of freedom is impossible outside of life.

10) Based on these premises, we feel the duty to state that VS patients are human persons, and as such, they need to be fully respected in their fundamental rights. The first of these rights is the right to life and to the safeguard of health. In particular, VS patients have the right to:

- correct and thorough diagnostic evaluation, in order to avoid possible mistakes and to orient rehabilitation in the best way;
- basic care, including hydration, nutrition, warming and personal hygiene;
- prevention of possible complications and monitoring for any possible signs of recovery;
- adequate rehabilitative processes, prolonged in time, favouring the recovery and maintenance of all progress achieved;
- be treated as any other patients with reference to general assistance and affective relationships.

This requires that any decision of abandonment based on a probability judgment be discouraged, considering the insufficiency and unreliability of prognostic criteria available to date. The possible decision of withdrawing nutrition and hydration, necessarily administered to VS patients in an assisted way, is followed inevitably by the patients’ death as a direct consequence. Therefore, it has to be considered a genuine act of euthanasia by omission, which is morally unacceptable.

At the same time, we refuse any form of therapeutic obstinacy in the context of resuscitation, which can be a substantial cause of post-anoxic VS.

11) To the rights of VS patients corresponds the duty of health workers, institutions and societies in general to



guarantee what is needed for their safeguard, and the allocation of sufficient financial resources and the promotion of scientific research aimed to the understanding of cerebral physiopathology and of the mechanisms on which the plasticity of the central nervous system is based.

12) Particular attention has to be paid to families having one of their members affected by VS. We are sincerely close to their daily suffering, and we reaffirm their right to obtain help from all health workers and full human, psychological and financial support, which enables them to overcome isolation and feel part of a network of human solidarity.

13) In addition, it is necessary for institutions to organize models of assistance, specialized with reference to the care of these patients (awakening centres and specialized rehabilitation centres), sufficiently spread over the territory. Institutions should also promote the training of competent personnel.

14) VS patients cannot be considered as “burdens” for society; rather, they should be viewed as a “challenge” to implement new and more effective models of health care and of social solidarity.

Proceedings of this conference

Kloneren vergt een te hoge prijs

de Volkskrant, 26 februari 2004

door mgr.dr. W.J. Eijk, bisschop van Groningen, arts, in de Nederlandse Bisschoppenconferentie referent voor medisch-ethische kwesties.

de Volkskrant

Het kloneren van menselijke embryo's is ongewenst, uit respect voor ieder menselijk leven, al is het embryonaal. Bovendien is er een alternatief, het gebruik van volwassen stamcellen, aldus mgr.dr. W.J. Eijk.

Kunstmatige voortplanting

Address of John Paul II to the members of the Pontifical Academy For Life



Pope John Paul II
Saturday, 21 February 2004

Dear Brothers and Sisters,

1. I am pleased to be able to personally meet all of you, members of the Pontifical Academy for Life, on this special occasion when you are celebrating the 10th anniversary of the Academy's foundation. You are commemorating all the people who contributed to its birth, with a special thought for the distinguished and meritorious Prof. Jérôme Lejeune, your first President, whose memory I cherish with gratitude and love.



I thank Prof. Juan de Dios Vial Correa, President, for his kind words, and I also greet the Vice-President, Bishop Elio Sgreccia, and the members of the Administrative Council, expressing to one and all my appreciation for the great dedication with which you support the Academy's activity.

2. You are now taking part in two "Study Days" devoted to the topic of artificial procreation. The subject is proving full of serious problems and implications which deserve careful examination. Essential values are at stake, not only for the Christian faithful but also for human beings as such.

What emerges ever more clearly in the procreation of a new creature is its indispensable bond with spousal union, by which the husband becomes a father through the conjugal union with his wife, and the wife becomes a mother through the conjugal union with her husband. The Creator's plan is engraved in the physical and spiritual nature of the man and of the woman, and as such has universal value.

The act in which the spouses become parents through the reciprocal and total gift of themselves makes them cooperators with the Creator in bringing into the world a new human being called to eternal life. An act so rich that it transcends even the life of the parents cannot be replaced by a mere technological intervention, depleted of human value and at the mercy of the determinism of technological and instrumental procedures.

3. Rather, it is the scientist's task to investigate the causes of male and female infertility, in order to prevent this situation of suffering in spouses who long to find "in their child a confirmation and completion of their reciprocal self-giving" (Donum Vitae, II, A, n. 1). Consequently, I would like to encourage scientific research that seeks a natural way to overcome the infertility of the spouses, and likewise to urge all specialists to perfect those procedures that can serve this end. I hope that the scientific community – I appeal particularly to those scientists who are believers – may advance reassuringly on the road to true prevention and authentic treatment.

4. The Pontifical Academy for Life will not fail to do everything in its power to encourage every valid initiative which aims to avoid the dangerous manipulation that is part of the processes of artificial procreation.

May the community of the faithful itself strive to support authentic research channels and, when making decisions, resist technological possibilities that replace true parenthood and is therefore harmful to the dignity of both parents and children.

In support of these wishes, I cordially impart my Blessing to you all, which I willingly extend to all your loved ones.

De patiënt is geen koning

Katholiek Nieuwsblad, 2 januari 2004

door dr. F.J. van Ittersum

KatholiekNieuwsblad

U vraagt en wij draaien. Dat is de situatie in het land van de zorg, zowel bij artsen als bij verzekeraars. De jubilerende Stichting Medische Ethiek is het daar helemaal niet mee eens.

Of het nu gaat over abortus, euthanasie of een reguliere medische behandeling, de Nederlandse regelgeving hieromtrent is geënt op autonomie en zelfbeschikking van de patiënt. Of zijn vraag nu beëindiging van zijn eigen leven betreft of een medisch zinloze behandeling, de patiënt zelf leeft inmiddels in de waan dat zijn wil voor de dokter wet is. De bijpassende toegeeflijkheid van de dokter valt inmiddels onder "barmhartigheid", dat



als nieuwe betekenis “aanvaarden van de beslissing van een ander” gekregen heeft. Zorginstellingen gaan mee met dit ‘klant-is-koning’ principe en proberen, meestal onder opgaaf van drogredenen, artsen en verpleegkundigen die handelingen zoals abortus en euthanasie niet willen uitvoeren, uit de kliniek te weren. Het wordt tijd om in te zien dat zelfbeschikking een nieuwe afgod van onze tijd dreigt te worden.

Bescherming tegen artsen

Historisch gezien is de aandacht voor zelfbeschikking en autonomie ontstaan in de tijd dat artsen zonder inbreng van de patiënt de behandeling bepaalden. Zowel mgr.dr. W.J. Eijk, arts, moraaltheoloog en bisschop van Groningen, en prof.dr. H.M. Dupuis, emeritushoogleraar medische ethiek Rijksuniversiteit Leiden en lid van de Eerste Kamer voor de VVD, schilderden onlangs bij gelegenheid van het 10-jarig bestaan van de Stichting Medische Ethiek hoe onbegrensde macht van artsen in sommige situaties leidde tot ontoelaatbare medische experimenten of ingrijpende behandelingen, soms zelfs tegen de wil van de patiënt in. Door toenemende beschikbaarheid van informatie – via radio, televisie, en nu ook internet – werd zelf beslissen, ook over medische zaken, veel gemakkelijker. Bovendien had de technische vooruitgang de indruk gewekt dat vele dingen, ook aangaande het eigen leven, door de mens beheersbaar zijn. Zelfbeschikking, bedoeld om mensen te beschermen tegen artsen die hun grenzen niet kenden, was niet alleen een voor de hand liggende maar ook een goede ontwikkeling.

Autonome ik

Het denken over zelfbeschikking werd vervolgens sterk beïnvloed door twee andere factoren. De protestantse traditie had eeuwenlang de nadruk gelegd op individuele verantwoordelijkheid, persoonlijke levensheiliging en afkeer van de – rooms aandoende – natuurlijke orde. Als uitvloeisel hiervan werd het vormen van gedachten over het eigen leven verschoven naar het privé-domein (“de huiskamer”). Daarnaast had de filosofie van Descartes een dualistische mensbeeld gangbaar gemaakt, waarbij de mens gezien wordt als een twee-eenheid bestaande uit het ik (het bewustzijn van de mens) en het lichaam. Het lichaam wordt hierbij onderworpen aan het ik; een situatie waarin het menselijk leven geen waarde op zichzelf heeft, maar een waarde die de betrokken persoon eraan toekent. Impliciete bevestiging van de legitimiteit van dit gedachtegoed door onder meer de euthanasiewet versterkte in de publieke opinie het idee dat een beslissing van het autonome ik, ook aangaande het eigen leven, opeisbaar zou moeten worden.

Katholiek tegengas

Vanuit bijbels perspectief is de autonomie ten opzichte van anderen duidelijk af te grenzen: het gebod van Christus “Heb uw naaste lief gelijk uzelf” geeft aan dat het primair gaat om liefde voor – en dus ook om rekening houden met – de ander, ook als het gaat om legitieme eigen beslissingen van de mens. Zelfbeschikking met betrekking tot het eigen leven hangt af van de visie op de mens en werd bij het eerder genoemde 10-jarig bestaan nader uitgewerkt door prof.dr. B. Honings OCD. In de leer van de r.-k. Kerk vormen, in tegenstelling tot het gedachtegoed van Descartes, het ik (het bewustzijn van de mens), zijn geestelijke dimensies en zijn lichaam een eenheid. “De mens heeft niet zijn lichaam, maar is het.” De mens kan daardoor niet de waarde van zijn eigen lichaam bepalen zonder over zichzelf te oordelen. Autonomie betekent veel meer dat de mens de capaciteit heeft vrij te handelen. In de volmaakte situatie zoekt de mens in vrijheid het goede (God). Hoe meer hij het goede nastreeft, hoe volmaakter hij wordt en dus ook hoe vrijer. In vrijheid handelen volgens de wetten van God betekent derhalve dat de vrijheid van de mens toeneemt, niet dat deze wordt ingeperkt. De mens heeft daarom binnen de katholieke visie een relatieve autonomie, dat wil zeggen een rechtmatige vorm van autonomie, maar dan binnen de grenzen van zijn menszijn zoals door God bedoeld.

De afgod van de zelfbeschikking is dus wel degelijk te ontmaskeren. Christus’ gebod bepaalt op een evenwichtige manier de grenzen van autonomie in menselijke relaties. De scheiding tussen lichaam en geest die het zelf beschikken over het eigen lichaam denkbaar maakt, is zeker niet de enige logische visie op het

menselijk leven.

Overgenomen met toestemming van *Katholiek Nieuwsblad*.

Het onderzoek naar de euthanasiepraktijk in Nederland over de periode 2001/2002

Pro Vita Humana, 2003 (10), nr. 6, p. 161-166

door mgr. dr. W.J. Eijk, bisschop van Groningen en voorzitter van de Stichting Medische Ethiek



1. Inleiding

Recent verscheen het rapport Medische besluitvorming aan het einde van het leven, de praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie. (1) Hierin is aan de hand van sterfgevallenonderzoek, uitgevoerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek, en van artseninterviews gekeken naar het voorkomen van euthanasie, hulp bij suïcide en levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt in Nederland over de periode 2001/2002. Daardoor is vergelijking mogelijk met eerdere onderzoeken die in 1990/1991 (2) en in 1995/1996 (3) zijn verricht. (4) Onder euthanasie wordt verstaan de situatie waarin de arts de patiënt op diens verzoek een levensbeëindigend middel toedient. Hulp bij suïcide houdt in dat de arts de patiënt opzettelijk behulpzaam is bij diens zelfdoding door hem de daartoe benodigde middelen te verschaffen. Vindt levensbeëindiging plaats zonder instemming of buiten medeweten van de patiënt, dan spreekt men van levensbeëindiging zonder verzoek.

Het huidige onderzoek is breder van opzet dan de voorafgaande onderzoeken. Nu is ook gekeken naar euthanasie bij dementie, terminale sedatie en het effect van palliatieve zorg op de frequentie van euthanasie. Toegevoegd is ook het onderzoek naar de opvattingen van de Nederlandse bevolking met betrekking tot euthanasie.

2. Verontrustende resultaten

Het is goed dat opnieuw in kaart is gebracht hoe artsen in Nederland omgaan met verzoeken om levensbeëindiging. Vanuit de katholieke visie op het respect voor het menselijk leven stemmen de resultaten echter niet hoopgevend. Het valt te betreuren dat het percentage Nederlandse artsen dat euthanasie en hulp bij zelfdoding volledig uitsluit, onveranderd laag is, namelijk 11%. (5) Het totale aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding, zoals aangegeven in de diverse onderzoeken, steeg van 2.700 in 1990/1991 tot 3.600 in 1995/1996. Over 2001/2002 was dit aantal 3.800. (6) De toename lijkt minder snel te gaan, zeker gelet op het groeiende totaal aantal sterfgevallen.

Uit onderzoek van sterfgevallen in zes Europese landen over de periode juni 2001 tot februari 2002 blijkt dat van de onderzochte landen euthanasie in Nederland het meest voorkomt. Hulp bij suïcide is daarentegen frequenter in Zwitserland. In dit land is euthanasie verboden, maar hulp bij suïcide door artsen en andere burgers is toegestaan, mits zonder eigenbelang verleend: (7)

België	0,30	0,01	1,50
--------	------	------	------

Denemarken	0,06	0,06	0,67
Italië	0,04	0,00	0,06
Nederland	2,59	0,21	0,60
Zweden	-	-	0,23
Zwitserland	0,27	0,36	0,42

Kolom 1: land

Kolom 2: percentage van sterfgevallen waarin euthanasie de doodsoorzaak was

Kolom 3: percentage sterfgevallen waarin hulp bij zelfdoding door arts plaatsvond

Kolom 4: percentage sterfgevallen met als doodsoorzaak levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt

Het motief voor euthanasie of hulp bij zelfdoding is praktisch altijd een ernstige lichamelijke aandoening. Zelden vindt levensbeëindiging op verzoek plaats alleen wegens een psychiatrische aandoening. (8)

Nagegaan is ook of het 'klaar-met-het-leven-zijn' in de praktijk een motief is voor levensbeëindiging op verzoek. De acceptatie van dit motief werd in de media breed bediscussieerd naar aanleiding van de rechtszaak tegen de huisarts die in april 1998 hulp bij suïcide had verleend aan de ex-politicus Brongersma. Deze wenste zijn leven te beëindigen niet vanwege een lichamelijke aandoening, maar omdat hij levensmoe was. Het verlies van zijn netwerk en zijn sociale positie speelden daarbij een belangrijke rol. Nadat de huisarts in 2000 door de rechtbank in Haarlem was vrijgesproken, werd hij in hoger beroep door het gerechtshof in Amsterdam in 2001 en door de Hoge Raad in 2002 strafbaar verklaard. Levensbeëindiging op verzoek alleen omdat iemand zich 'klaar-met-het-leven' acht zonder dat er een lichamelijke of psychiatrische aandoening in het spel is, komt nauwelijks voor. (9) 29% van de artsen zegt dit motief voor het verlenen van hulp bij zelfdoding aanvaardbaar te vinden, 60% daarentegen niet. Onder de Nederlandse bevolking wordt daar positiever over gedacht: 45% vindt dat ouderen over medicamenten moeten kunnen beschikken waarmee zij op een desgewenst moment zonder inmenging van een arts een einde aan hun leven kunnen maken. (10) Een voorstel hiertoe werd begin jaren negentig gedaan door de jurist Drion. Vandaar dat wordt gesproken over de 'pil van Drion'. Deze speelde daarmee in op een tendens die onder de bevolking al leefde. Maar moet ook niet worden geconstateerd dat het lanceren van een bedenkelijk voorstel de publieke opinie over de waarde van het menselijk leven in negatieve zin beïnvloedt?

Een aparte categorie vormt euthanasie bij demente patiënten. Zijn zij eenmaal dement, dan kunnen zij hun verzoek om levensbeëindiging niet meer uiten. Een aantal mensen heeft echter met het oog op een situatie waarin zij niet meer wilsbekwaam zullen zijn, een euthanasieverklaring opgesteld waarin is vastgelegd onder welke omstandigheden zij niet verder willen leven. Het feitelijke aantal van euthanasiegevallen op basis van een euthanasieverklaring bij demente patiënten ligt zo laag dat een betrouwbare schatting ervan onmogelijk is. 3% Van de artsen geeft aan ooit in dergelijke gevallen euthanasie te hebben verricht, 44% heeft het nooit gedaan maar acht het wel denkbaar; 54% acht dat ook niet denkbaar. (11)

Het percentage gemelde gevallen van euthanasie en hulp bij suïcide is gestegen van 41% in 1995 tot 54% in 2001. (12) Van groot belang is echter wat zich in de tussenliggende jaren afspeelde. De meldingsprocedure is in deze periode namelijk enkele malen gewijzigd. Tot 1998 vond melding plaats via de gemeentelijke lijkschouwer bij de officier van justitie. Sinds 1998 moeten euthanasie en hulp bij zelfdoding worden gemeld aan Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Dit is gehandhaafd in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding van 2001. (13)

Een opmerkelijk gegeven is dat het totale aantal gemelde gevallen van euthanasie en suïcide tot 1998 toenam,

maar vanaf 2000 een dalende tendens toont: (14)

1999	2000	2001	2002
2216	2123	2054	1882

Totaal aantal gemelde gevallen van euthanasie en hulp bij suïcide in de jaren 1999 – 2002

Omdat alleen over de jaren 1995/1996 en 2001/2002 het totaal aantal gevallen van euthanasie en hulp bij suïcide is onderzocht, kan over de tussenliggende jaren geen meldingspercentage worden berekend. Dat is een ommissie. De bedoeling van de wijzigingen van de meldingsprocedure was artsen ertoe te bewegen gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding vaker te melden en daardoor de euthanasiepraktijk transparanter te maken. Met de nu beschikbare gegevens valt echter niet met zekerheid vast te stellen wat het effect van genoemde wijzigingen op het meldingspercentage is geweest. Als het totaal aantal gevallen van euthanasie en zelfdoding per jaar geleidelijk gestegen is, wat aannemelijk lijkt, dan is het meldingspercentage afgenomen. Dat zou erop wijzen dat de melding via de Regionale Toetsingscommissies niet tot het gewenste resultaat heeft geleid.

Hoe dan ook, in 2001/2002 onttrokken artsen zich nog altijd in bijna de helft van alle gevallen van euthanasie en hulp bij suïcide aan maatschappelijk-juridische toetsing. Wil toetsing voor de arts gunstig uitvallen, dat betekent: niet leiden tot strafbaarheid, dan is een eerste vereiste dat een geval van levensbeëindigend handelen door de arts werd gemeld. Het is onthutsend dat er binnen een beroepsgroep met een directe verantwoordelijkheid voor leven en dood velen zijn die de wettelijke regelingen met betrekking tot levensbeëindiging niet in acht nemen (nog afgezien van de principiële ethische bezwaren tegen levensbeëindigend handelen op zich vanuit het katholieke gezichtspunt).

Het percentage gevallen van levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt is in 2001/2002 praktisch hetzelfde gebleven. (15) De daling van dit percentage van 0,8 in 1990/1991 (totaal 1000) tot 0,7 in 1995/1996 (totaal 900) werd door de secretaris van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunde aangevoerd als een aanwijzing dat in Nederland de situatie rond levensbeëindiging door artsen niet uit de hand was gelopen. (16) Het is echter geen kleinigheid dat rond 900 keer per jaar levensbeëindiging plaatsvindt bij zieken die daar zelf niet in gekend zijn. Ook voor veel voorstanders van de legalisering van euthanasie en hulp bij zelfdoding is het onaanvaardbaar dat het leven van patiënten buiten hun medeweten wordt beëindigd. Maatschappelijke toetsing is in deze gevallen praktisch uitgesloten doordat artsen gevallen van levensbeëindiging zonder verzoek amper melden (hier is melding aan het Openbaar Ministerie vereist). (17)

Hetzelfde geldt voor levensbeëindiging bij pasgeborenen. Tussen 1996 en 2001 werden gemiddeld slechts 3 gevallen van levensbeëindigend handelen bij pasgeborenen per jaar gemeld. In 2001 dienden artsen echter in ongeveer 100 van de in totaal 1088 sterfgevallen van nul-jarigen middelen toe met het uitdrukkelijk doel het levenseinde te bespoedigen. (18)

3. Een volledig beeld?

Het is de vraag of de onderzoeksresultaten een volledig beeld van de werkelijkheid geven. Er zijn aanwijzingen – ook binnen het onderzoeksrapport zelf – dat levensbeëindigend handelen aanzienlijk frequenter voorkomt dan het onderzoeksrapport aangeeft.

Enkele maanden geleden kwam in het nieuws dat artsen om de meldingsprocedure rond euthanasie te ontlopen frequent gebruik maken van 'terminale sedatie'. Op zich kan het aanvaardbaar zijn dat door hoge doses



pijnstillers en sedativa het bewustzijn wordt onderdrukt in situaties waarin hinderlijke symptomen op een andere wijze niet adequaat kunnen worden bestreden. Dat geldt ook wanneer daardoor het levenseinde wordt bespoedigd, mits de dosis van de toegediende middelen is afgestemd op de symptoombestrijding en daar niet bovenuit gaat. Dan is de verhaasting van het sterven niet het doel, maar een neveneffect. Het is echter de vraag of deze voorwaarden in de praktijk wel in acht worden genomen. Het vermoeden bestaat dat de doses toegediende morfine en andere middelen hoger zijn dan strikt noodzakelijk voor de symptoombestrijding. In dat geval is er sprake van doelbewust levensbeëindigend handelen. De resultaten van het nu gepubliceerde onderzoek versterken dat vermoeden: in 2% van alle 140.377 sterfgevallen (in totaal afgerond 2.800) in 2001/2002 vond intensivering plaats van pijn- of symptoombestrijding mede met het doel het levenseinde te bespoedigen. (19) Moeten deze gevallen niet bij euthanasie worden gerekend als dat met instemming van de patiënt gebeurde? Of bij levensbeëindiging zonder verzoek, als de patiënt er niet in gekend was?

Bij een bevestigend antwoord op deze vragen is het percentage gemelde gevallen van levensbeëindiging nog een stuk lager dan nu in het rapport is aangegeven.

Een vergelijkbaar probleem doet zich voor bij het niet-instellen of staken van levensverlengende behandelingen. Naar katholiek inzicht staat het staken van of niet-instellen van levensverlengende behandeling ethisch gelijk met euthanasie, wanneer er tussen de voor- en nadelen een aanvaardbare verhouding bestaat. Hoe deze verhouding ligt in de onderzochte gevallen wordt uit het rapport niet duidelijk. Wel is vastgesteld dat in 13% van alle sterfgevallen (in totaal ongeveer 18.200 gevallen) behandeling achterwege is gebleven of niet is ingesteld met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen. (20) Zijn dit de situaties die ethisch gezien aan levensbeëindiging equivalent zijn? Dat zou eveneens het totaal aantal gevallen van euthanasie of levensbeëindiging zonder verzoek aanzienlijk hoger maken. Tekenend is in dit verband wat de onderzoekers zelf concluderen: "Toch vormen niet-behandelbeslissingen naast intensivering van pijn- of symptoombestrijding de grootste categorie medische beslissingen rond het levenseinde en zijn de effecten van dit type beslissingen in termen van bekorting van de levensduur op bevolkingsniveau aanzienlijk groter dan die van euthanasie, hulp bij zelfdoding, levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek en intensieve pijn- en symptoombestrijding." (21)

Aparte aandacht is besteed aan wat wordt genoemd 'terminale sedatie'. De onderzoekers verstaan hieronder de combinatie van de toediening van middelen om een patiënt in diepe sedatie of coma te brengen en het nalaten van voedsel- en vochttoediening. (22) In 6% van het totaal aantal sterfgevallen was sedatie toegepast en in 3,9% tevens geen vocht en voedsel toegediend. (23) In 46% van alle gevallen van sedatie was naast de verlichting van symptomen levensbeëindiging mede een doel, in 5% was dat het hoofddoel. (24) Ook hier doet zich de vraag voor of in deze gevallen terminale sedatie niet feitelijk neerkomt op euthanasie of levensbeëindiging zonder verzoek, al naar gelang de patiënt bij de beslissing daartoe betrokken is of niet. Ook al verloopt de levensbeëindiging dan langzamer en gemaskeerd, het blijft dan doelbewuste levensbeëindiging.

Aanwijzingen uit binnen- en buitenland dat terminale sedatie al langere tijd wordt toegepast in de gezondheidszorg, worden in het onderzoeksrapport afgedaan als "anekdotische informatie." (25) In het KRO-televisieprogramma 'Reporter' op donderdag 27 februari 2003 en de daarop volgende discussie (26) bleek dat levensbeëindiging nogal eens voorkomt onder de dekmantel van terminale sedatie. De reden zou zijn dat ofwel niet aan alle zorgvuldigheidsvereisten was voldaan, ofwel de arts de rompslomp van de meldingsprocedure wilde vermijden. Het gaat hier om indicaties die ernstig moeten worden genomen. Dat geldt temeer daar zelfs van de uitdrukkelijk als euthanasie, hulp bij suïcide en levensbeëindiging zonder verzoek beschreven gevallen bijna de helft door artsen niet wordt gemeld.

De voorzitter van het college van procureurs-generaal signaleerde recent een lacune in de wet, in die zin dat



terminale sedatie niet onder een vorm van toetsing valt. Naar zijn mening moet voor elk geval van sedatie een of andere vorm van externe controle bestaan, ook wanneer de arts niet de intentie had om het leven te bekorten, omdat er strafrechtelijk een samenhang zou zijn: het effect van terminale sedatie is gelijk aan dat van euthanasie. (27) Op zich valt het toe te juichen als gevallen van terminale sedatie die ethisch gezien equivalent zijn aan euthanasie of levensbeëindiging zonder verzoek, getoetst worden. Het gaat echter te ver om voor ethisch aanvaardbare vormen van terminale sedatie in een externe controle te voorzien. Wanneer de dosis van de geneesmiddelen is afgestemd op de pijn- en symptoombestrijding en daar niet boven uitgaat, is levensbekorting een nevenwerking. Het is in het algemeen de verantwoordelijkheid van de behandelend arts op basis van zijn deskundigheid – zo mogelijk in overleg met de patiënt – een zorgvuldige afweging te maken tussen de hoofdwerving en de bijwerkingen van geneesmiddelen. Dat geldt ook wanneer de bijwerking eventueel levensbekorting kan zijn.

4. De invloed van palliatieve zorg

De Nederlandse Bisschoppenconferentie bepleit al vele jaren de invoering van palliatieve zorg. (28) Buitenlandse en binnenlandse ervaring heeft uitgewezen dat goede en intensieve medische, verpleegkundige, psychologische en spirituele zorg voor mensen in de eindfase van hun leven de euthanasievraag voorkomt. (29) 25% van alle patiënten opgenomen in het hospice Rozenheuvel, een centrum voor palliatieve zorg te Rozendaal bij Arnhem, verklaarde euthanasie te wensen als hun lijden ondraaglijk zou worden. In de periode tussen 1995 en 1999 waren er onder 571 patiënten slechts twee die in hun verzoek volhardden en naar een ander ziekenhuis werden verwezen om euthanasie te ondergaan. (30) Palliatieve zorg is niet primair een middel om euthanasie uit te bannen, maar om de terminale fase draaglijk te maken. Het neveneffect daarvan is evenwel dat voorkomen kan worden dat terminaal zieken de moed verliezen en bijgevolg om euthanasie verzoeken.

Het valt op dat in Nederland – in vergelijking met andere landen – de euthanasiepraktijk vroeg op gang kwam, de palliatieve zorg daarentegen laat. Hoe kwam dat? Voelde men de noodzaak van palliatieve zorg minder, omdat men bij ondraaglijk lijden zijn toevlucht nam tot euthanasie? Of is het zo dat men door de trage ontwikkeling van de palliatieve zorg lange tijd voor euthanasie geen alternatief had? In ieder geval is meer dan eens een relatie gelegd tussen de late ontwikkeling van palliatieve zorg in Nederland en de Nederlandse euthanasiepraktijk. (31)

Omdat eind 2001 SCEN-artsen (SCEN staat voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) openlijk zeiden dat zij na de invoering van palliatieve zorg nauwelijks nog met verzoeken om euthanasie werden geconfronteerd, (32) hebben de onderzoekers van de euthanasiepraktijk met een beperkte steekproef geprobeerd na te gaan hoe groot de invloed is van palliatieve zorg op de frequentie van euthanasie. Van 31 huisartsen zagen er 4 een duidelijke vermindering van het aantal verzoeken om euthanasie door palliatieve zorg, 18 een zeker uitstel en soms afstel van euthanasie en 9 geen enkele vermindering. (33) Niet is nagevraagd over welke expertise de betrokken artsen beschikken op het terrein van de palliatieve zorg. Dat had eigenlijk moeten gebeuren. Op dit vlak is de deskundigheid van artsen in Nederland over het algemeen beperkt. Dat is ook een van de bevindingen van het onderzoek: “Eveneens de helft van de artsen vond dat Nederlandse artsen door onvoldoende kennis van palliatieve zorg vaak niet kunnen beoordelen of er nog behandelingsalternatieven zijn en dat de kwaliteit van palliatieve zorg in Nederland te wensen overlaat.” (34)

Bij een gebrekkig aanbod aan palliatieve zorg bestaat het risico dat lijden al snel als ondraaglijk wordt bestempeld. Dit risico doet zich vooral voor als de arts niet deskundig is op het gebied van palliatieve zorg. Hij zal dan geen gelegenheid hebben te ondervinden dat door palliatieve zorg een verzoek om euthanasie kan worden voorkomen. Omdat de betrokken artsen niet is gevraagd naar hun bekwaamheid op dit vlak, kan weinig waarde worden gehecht aan hun antwoord op de vraag of zij enige invloed bemerkten van de toepassing van palliatieve zorg op de frequentie van de euthanasievraag. Daardoor is een kans gemist om de invloed van



goede terminale zorg op de frequentie van euthanasie grondig te onderzoeken. Het blijft de vraag of palliatieve zorg in de Nederlandse gezondheidszorg wel de plaats heeft gekregen die zij verdient.

5. Conclusie

De beste garantie voor een zorgvuldig omgaan met het levenseinde is de invoering van adequate palliatieve zorg die levensbeëindigend handelen uitsluit. Dan is levensbeëindigend handelen niet nodig. Pijn, die slechts in een minderheid van alle gevallen (29% in 2001-2002) een motief vormt voor een verzoek om euthanasie,³⁵ kan praktisch altijd tot draagbare proporties worden teruggebracht. Bij ondraaglijke pijn kan een aanvaardbare vorm van terminale sedatie een uitweg bieden.

Nog afgezien van het feit dat euthanasie niet nodig is: levensbeëindiging is onverenigbaar met de fundamentele waarde van het menselijk leven en met de fundamentele opdracht van de gezondheidszorg. Als dit principe eenmaal is verlaten, riskeert men een voortgaande uitholling van het respect voor het leven. Is het gegeven dat artsen in Nederland in een hoge frequentie weigeren zich bij levensbeëindigend handelen toetsbaar op te stellen, daarvan niet een pijnlijke consequentie?

Noten

1. G. van der Wal, A. van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen, P.J. van der Maas, Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie, Utrecht: De Tijdstroom, 2003.
2. 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, Den Haag: Sdu Uitgeversmaatschappij Plantijnstraat, 1991
3. G. van der Wal, P.J. van der Maas, Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. De praktijk en de meldingsprocedure, Den Haag; Sdu Uitgevers, 1996
4. Voor een uitgebreid commentaar op de onderzoeken van 1990/1191 en 1995/1996 zie: W.J. Eijk, J.P.M. Leikens, "Medical-ethical decisions and life-terminating actions in the Netherlands 1990-1995. Evaluation of the second survey of the practice of euthanasia," *Medicina e morale* 47 (1997), nr. 3, pp. 475-501.
5. Medische besluitvorming aan het einde van het leven, 2003, p. 45.
6. *Ibid.*, pp. 46, 52.
7. A. van der Heide, L. Deliens, K. Faisst, T. Nilstun. M. Norup, E. Paci, G. van der Wal, P.J. van der Maas, "End-of-life decision-making in six European Countries: descriptive study," *The Lancet* – published online, June 17, 2003 – <http://image.thelancet.com/extras/03art3298web.pdf>, speciaal p. 3.
8. Medische besluitvorming aan het einde van het leven, 2003, pp. 46-47.
9. *Ibid.*, p. 47.
10. *Ibid.*, p. 107.
11. *Ibid.*, pp. 111-112.
12. *Ibid.*, pp. 139-145.
13. "Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding," *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden* (2001), nr. 194.
14. Regionale Toetsingscommissies euthanasie, Jaarverslag 2001, p. 12; Jaarverslag 2002, p. 13.
15. Medische besluitvorming aan het einde van het leven, 2003, pp. 55-57.
16. R. Dillmann, "Euthanasia in the Netherlands: Transparency and Accountability," *Acta Neurochirurgica* (1999), Supplements 74, pp. 78-79.
17. Medische besluitvorming aan het einde van het leven, 2003, p. 141.
18. *Ibid.*, p. 121.
19. *Ibid.*, p. 63.
20. *Ibid.*, p. 64.



21. Ibid., p. 71.
22. Ibid., p. 75.
23. Ibid., p. 76.
24. Ibid., p. 83.
25. Ibid., p. 87.
26. "Arts omzeilt euthanasiewet. Medicijnen ter pijnbestrijding voorkomen omslachtige procedure," Trouw (2003), 27 februari, p. 1; H. van der Jagt-Willems, "'Late euthanasie' lastig voor dokters," *ibid.*, 4 maart, p. 16.
27. J. De Wijkerslooth, "Twee lacunes in de euthanasieregeling," *Opportuun* (2003), juni; "Toezicht op terminale sedatie nodig," Trouw (2003), 27 juni, p. 3; "Commentaar - Terminale sedatie," *ibid.*, 28 juni, p. 1.
28. Euthanasia and human dignity. A collection of contributions by the Dutch Catholic Bishop's Conference to the Legislative Procedure 1983-2001, Utrecht/Leuven: Peeters, 2002, pp. 23-25, 132, 144-152,
29. H. ten Have, R. Janssens, Palliative care in Europe. Concepts and policies, Amsterdam/Berlijn/Oxford/Tokyo/Washington DC: IOS Press, 2001 (=Biomedical and Health Research, vol. 48), pp. 23-24, 40-41, 51-52, 57-58, 77-79; R. Bruntink, Een goede plek om te sterven. Palliatieve zorg in Nederland. Een wegwijzer, Zutphen/Apeldoorn: Plataan, 2002, p. 23-26.
30. R.J.P.A. Janssens. H.A.M.J. ten Have, Z. Zylicz, "Hospice and euthanasia in the Netherlands: an ethical point of view," *Journal of Medical Ethics* 25 (1999), p. 410.
31. R.J.P.A. Janssens. H.A.M.J. ten Have, Z. Zylicz, "Hospice and euthanasia in the Netherlands ...," *op. cit.*, p. 409.
32. M. Oostveen, "Spijt. Voorvechters van de euthanasiepraktijk bezinnen zich," *NRC/Handelsblad* (2001), 10 november, zaterdags bijvoegsel, p. 25.
33. Medische besluitvorming aan het einde van het leven, 2003, pp. 96-98.
34. Ibid., p. 99.
35. Ibid., pp. 50-51.

Overgenomen met toestemming van Pro Vita Humana.

Kloneren, recept voor maakbare mens ?

Hoe kloneren in zijn werk gaat en welke bezwaren de katholieke Kerk daartegen heeft.

[KatholiekNieuwsblad](#)

Katholiek Nieuwsblad, 23 november 2001

door prof.dr. J.P.M. Lelkens

'Kloon' is het Griekse woord voor 'stek' en we weten allen dat, als we bijvoorbeeld van een geranium een stek nemen, deze uitgroeit tot een geranium die er hetzelfde uit ziet als de oorspronkelijke. Niet alleen het uiterlijk, het fenotype, is volkomen hetzelfde, ook het genoom, het totaal aan erfelijke eigenschappen dat in iedere cel aanwezig is, blijkt identiek te zijn. Stekken of klonen is dus een ideale manier om planten, die door ons gewenste eigenschappen bezitten, te vermenigvuldigen.

Klieven embryo

Kunnen we ook dieren en eventueel zelfs mensen kloneren?

Om dieren - en straks wellicht ook mensen - te kloneren staan twee wegen open: klieving van een embryo en kerntransplantatie.



Allereerst iets over het klieven van een embryo. De bevruchte eicel, de zygote, deelt zich al heel snel in tweeën en groeit al delend via het 4-, 8-, 16-cellig stadium enzovoorts, uit tot een voldragen vrucht. Tot in het 4- of 8-cellig stadium kunnen de cellen nog 'totipotent' zijn, dat wil zeggen dat iedere cel in principe tot een volwaardig dier kan uitgroeien. Klieving of afsplitsing van een of meerdere cellen moet dus in een zeer vroeg stadium plaatsvinden. Muizenembryo's kunnen slechts in het tweecellig stadium worden gesplitst, koeien en schapen nog tot in het 8-cellig stadium.

Splitsing van een embryo komt ook in de natuur voor: als een embryo zich (om nog onbekende redenen) splitst in twee onafhankelijke embryo's, ontstaan volkomen identieke (eeneiige) tweelingen.

Kerntransplantatie

De tweede mogelijkheid tot kloneren is de kerntransplantatie. Iedere lichaamscel van mens en dier bevat een kern en in deze kern bevindt zich zijn/haar volledige genoom, opgeslagen in het DNA. Uit een willekeurige lichaamscel wordt de kern verwijderd en overgebracht (getransplanteerd) naar een (onbevruchte) eicel waaruit de kern is weggenomen. Door een elektroshock fuseert de kern met de eicel en ontstaat zodoende een kunstmatig bevruchte eicel, die tot deling kan worden aangezet. Vervolgens wordt dit embryo in de baarmoeder van een zogenaamde draagmoeder ingebracht om verder te kunnen uitgroeien. Het bekende gekloneerde schaap Dolly is op deze wijze tot stand gekomen.

De ter wereld gekomen kloon is dus identiek met de donor waarvan de kern afkomstig is, omdat zijn/haar erfelijke eigenschappen dezelfde zijn: de kloon en de donor kunnen we beschouwen als tweelingen.

Het kon natuurlijk niet uitblijven dat na de komst van Dolly de gedachten van sommige wetenschappers al uitgingen naar het kloneren van mensen.

Stand van zaken

Het experiment met Dolly slaagde pas na 277 mislukkingen. Tot nu toe is klonen 203 keren gelukt bij koeien, geiten, varkens en muizen, maar totaal mislukt bij apen, honden, katten en ratten. Bovendien vertoonden veel embryo's allerlei defecten.

Al met al geen solide wetenschappelijke basis om nu al te trachten mensen te kloneren. Daarbij komt nog dat, als het gelukt is een embryo tot stand te brengen, dit in een baarmoeder moet worden ingeplant. Deze zogeheten embryotransfer is ook het sluitstuk van de in-vitrofertilisatie (reageerbuisbevruchting: het samenbrengen van ei- en zaadcellen in een glazen buisje), afgekort IVF.

In de praktijk is echter gebleken dat, als 3 à 4 embryo's tegelijk worden ingeplant, deze procedure toch slechts in 20 procent der gevallen een zwangerschap oplevert. Tegenwoordig, nu niet meer dan 2 embryo's worden geïmplant, is de kans om zwanger worden gedaald tot 10 à 15 procent.

Moreel slecht

Evenals IVF is klonen – hetzij door embryoklieving, hetzij door kerntransplantatie – een vorm van asexuele (= ongeslachtelijke) voortplanting. Omdat in beide methodieken het kind in het geheel niet de vrucht is van een volledige, lichamelijke (en geestelijke) zelfgave van de ouders aan elkaar, is ook kloneren een moreel slechte handeling.

De kloon is het product van een technische manipulatie en met een bepaald doel gemaakt. Het kind, een menselijke persoon, wordt – zo kan men zeggen – zodoende geïnstrumentaliseerd en hem/haar is hiermede het recht ontnomen uit de liefde van twee ouders te worden geboren.

Product

Ouders hebben geen absoluut recht op kinderen, maar kinderen wel op ouders! Een kloon echter heeft geen



ouders en zal later tevergeefs op zoek gaan naar zijn biologische vader of moeder. Hij/zij zal hooguit een tweelingbroer of -zus vinden en misschien zijn draagmoeder die verder geen bijdrage heeft geleverd aan zijn erfelijke eigenschappen. Ieder mens is uniek juist door de mix van erfelijke eigenschappen die hij van zijn vader en moeder ontvangt. De kloon echter is doelbewust van zijn uniciteit (uniekheid) beroofd omdat hij het gehele genoom van een bepaalde man of vrouw ontvangt, maar nooit de helft van twee ouders.

Ook in strijd met de waardigheid van zijn persoon, is het feit dat het kind door gebruikmaking van een techniek wordt verlaagd tot een product, vervaardigd conform het in de celkern van de donor aanwezige DNA-recept.

Middel

Mocht blijken dat zo'n 'product' van onvoldoende kwaliteit is of niet aan de verwachtingen voldoet, dan zal het naar alle waarschijnlijkheid al in een vroeg stadium worden vernietigd.

Daarenboven wordt bij kloneren het kind gebruikt als middel tot een doel, bijvoorbeeld voor het verkrijgen van transplantatieweefsel dat genetisch identiek is met de donor en dus niet zal worden afgestoten. Hoe goed het doel overigens ook moge zijn, een menselijk wezen – dus ook het beginnend embryo – heeft als subject een intrinsieke waarde, is doel in zichzelf en mag nooit worden gebruikt als een object, een middel om een bepaald doel te bereiken.

De toekomst

Nu wordt kloneren alleen nog gebruikt voor transplantatie- en researchdoeleinden en mogen embryo's buiten de baarmoeder hooguit 14 dagen in leven worden gehouden. Maar wat als embryo's tot volledige kinderen kunnen worden gekloond? Mocht het ooit zover komen dat kloneren van mensen mogelijk is en wordt toegestaan, dan zullen de gevolgen desastreus zijn.

Zolang er nog geen kunstmatige baarmoeders bestaan, zullen vrouwen, na levering van eicellen, worden gedegradeerd tot 'broedmachines' voor het laten rijpen van klonen. Het aantal gedode embryo's zal drastisch stijgen omdat zeer velen, wegens niet gehaalde kwaliteit niet in een baarmoeder zullen worden ingeplant.

Te verwachten valt tevens dat, ondanks de toepassing van genetische pre-implantatie diagnostiek – die overigens nog in een experimenteel stadium verkeert – toch een groot aantal kinderen met defecten zal worden geboren.

Kinderen maken

Klonen zal zeer waarschijnlijk ook worden toegepast ter verbetering van het ras (eugenese). Omgekeerd kan kloneren ook leiden tot een tweedeling in de mensheid als de elite ertoe overgaat bewust grote aantallen individuen te kweken met bijvoorbeeld een gering IQ om deze als soldaten of werkers te hunnen dienste te kunnen inzetten.

Als men velen nu al hoort praten over kinderen 'maken' in plaats van hen te krijgen als een geschenk uit Gods hand, lijkt de toekomst al begonnen en moeten we, nu onze kennis op genetisch gebied met rasse schreden vooruitgaat, niet verbaasd zijn dat een aantal wetenschappers zich in hun hoogmoed opmaakt om het ontstaan van een mens totaal in eigen hand te nemen en Gods scheppingsplan aan hun laars te lappen.

Prof. dr. J.P.M. Lelkens is secretaris van de Stichting Medische Ethiek



Marty rapport over euthanasie

Rapport van Dick Marty aan de Raad van Europa om euthanasie niet meer te vervolgen.

Palliatieve zorg maakt euthanasievraag overbodig

door mgr.dr. W.J. Eijk

“De beste garantie voor een zorgvuldig omgaan met het levenseinde is de invoering van adequate palliatieve zorg die levensbeëindigend handelen uitsluit. Dan is levensbeëindigend handelen niet nodig.” Mgr. dr. Eijk, bisschop van Groningen en binnen de Bisschoppenconferentie verantwoordelijk voor medisch-ethische zaken, pleit in ‘rkkerk.nl’ voor meer palliatieve zorg. Daardoor zal de vraag naar euthanasie afnemen. Hiermee mengt hij zich in het recente maatschappelijk debat over de euthanasiepraktijk in Nederland. Dit artikel is een uitwerking van zijn opiniebijdrage in ‘de Volkskrant’ van 2 augustus.

Recent verscheen het rapport Medische besluitvorming aan het einde van het leven, de praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie. Hierin is aan de hand van sterfgevallenonderzoek uitgevoerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek en van artseninterviews gekeken naar het voorkomen van euthanasie, hulp bij suïcide en levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt in Nederland over de periode 2001/2002. Daardoor is vergelijking mogelijk met eerdere onderzoeken die in 1990/1991 en in 1995/1996 zijn verricht.

Niet hoopgevend

Het is goed dat opnieuw in kaart is gebracht hoe artsen in Nederland omgaan met verzoeken om levensbeëindiging. Vanuit de katholieke visie op het respect voor het menselijk leven stemmen de resultaten echter niet hoopgevend. Het valt te betreuren dat het percentage Nederlandse artsen dat euthanasie en hulp bij zelfdoding volledig uitsluit, onveranderd laag is, namelijk 11%. Het totale aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding, zoals aangegeven in de diverse onderzoeken, steeg van 2.700 in 1990/1991 tot 3.600 in 1995/1996. Over 2001/2002 was dit aantal 3.800. De toename lijkt minder snel te gaan, zeker gelet op het groeiende totaal aantal sterfgevallen.

Het percentage gemelde gevallen van euthanasie en hulp bij suïcide is gestegen van 41% in 1995 tot 54% in 2001. Van groot belang is echter wat zich in de tussenliggende jaren afspeelde. Het totale aantal gemelde gevallen van euthanasie en hulp bij suïcide nam toe tot 1998, maar toont vanaf 2000 weer een dalende tendens. Het is daarom de vraag of de bereidheid tot melden van euthanasie en hulp bij zelfdoding in de komende jaren niet verder zal afnemen. Hoe dan ook, in 2001/2002 onttrokken artsen zich nog altijd in bijna de helft van alle gevallen van euthanasie en hulp bij suïcide aan maatschappelijk-juridische toetsing. Wil toetsing voor de arts succesvol zijn, dat betekent niet leiden tot strafbaarheid, dan is een belangrijke conditie dat een geval van levensbeëindigend handelen door de arts is gemeld. Het is onthutsend dat er binnen een beroepsgroep met een directe verantwoordelijkheid voor leven en dood velen zijn die de wettelijke regelingen met betrekking tot levensbeëindiging niet in acht nemen (nog afgezien van de principiële ethische bezwaren tegen levensbeëindigend handelen op zich vanuit katholiek gezichtspunt).

Geen kleinigheid

Het percentage gevallen van levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt is in 2001/2002 praktisch hetzelfde gebleven. De daling van dit percentage van 0,8 in 1990/1991 (totaal 1.000) tot 0,7 in 1995/1996



(totaal 900) is wel gezien als teken dat in Nederland de situatie rond levensbeëindigend handelen door artsen niet uit de hand is gelopen. Het is echter geen kleinigheid dat rond 900 keer per jaar levensbeëindiging plaatsvindt bij zieken die daar zelf niet in gekend zijn. Ook voor veel voorstanders van de legalisering van euthanasie en hulp bij zelfdoding is het onaanvaardbaar dat het leven van patiënten buiten hun medeweten wordt beëindigd. Maatschappelijke toetsing is in deze gevallen praktisch uitgesloten doordat artsen gevallen van levensbeëindiging zonder verzoek amper melden. Hetzelfde geldt voor levensbeëindiging bij pasgeborenen. Tussen 1996 en 2001 werden gemiddeld slechts 3 gevallen van levensbeëindigend handelen bij pasgeborenen per jaar gemeld. In 2001 dienden artsen echter in ongeveer 100 van de in totaal 1088 sterfgevallen van nul-jarigen middelen toe met het uitdrukkelijk doel het levenseinde te bespoedigen.

Neveneffect

Het is de vraag of de onderzoeksresultaten een volledig beeld van de werkelijkheid geven. Er zijn aanwijzingen – ook binnen het onderzoeksrapport zelf – dat levensbeëindigend handelen aanzienlijk frequenter voorkomt dan het onderzoeksrapport aangeeft.

Enkele maanden geleden kwam in het nieuws dat artsen om de meldingsprocedure rond euthanasie te ontlopen frequent gebruik maken van ‘terminale sedatie’. Op zich kan het aanvaardbaar zijn dat door hoge doses pijnstillers en sedativa het bewustzijn wordt onderdrukt in situaties waarin hinderlijke symptomen op een andere wijze niet adequaat kunnen worden bestreden. Dat geldt ook wanneer daardoor het levenseinde wordt bespoedigd, mits de dosis van de toegediende middelen is afgestemd op de symptoombestrijding en daar niet bovenuit gaat. Dan is de verhaasting van het sterven niet het doel, maar een neveneffect. Het is echter de vraag of deze voorwaarden in de praktijk wel in acht worden genomen. Het vermoeden bestaat dat de doses toegediende morfine en andere middelen hoger zijn dan strikt noodzakelijk voor de symptoombestrijding. In dat geval is er sprake van doelbewust levensbeëindigend handelen. De resultaten van het nu gepubliceerde onderzoek versterken dat vermoeden: in 2% van alle 140.377 sterfgevallen (in totaal afgerond 2.800) in 2001/2002 vindt intensivering plaats van pijn- of symptoombestrijding mede met het doel het levenseinde te bespoedigen. Moeten deze gevallen niet bij euthanasie worden gerekend als dat met instemming van de patiënt gebeurde? Of bij levensbeëindiging zonder verzoek, als de patiënt er niet in gekend was?

Bij een bevestigend antwoord op deze vragen is het percentage gemelde gevallen van levensbeëindiging nog een stuk minder dan nu in het rapport is aangegeven. Een vergelijkbaar probleem doet zich voor bij het niet-instellen of staken van levensverlengende behandelingen. Naar katholiek inzicht staat het staken van of niet-instellen van levensverlengende behandeling ethisch gelijk met euthanasie, wanneer er tussen de voor- en nadelen een aanvaardbare verhouding bestaat. Hoe deze verhouding ligt in de onderzochte gevallen wordt uit het rapport niet duidelijk. Wel is vastgesteld dat in 13% van alle sterfgevallen (in totaal ongeveer 18.300 gevallen) behandeling achterwege is gebleven of niet ingesteld met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen. Zijn dit de situaties die ethisch gezien aan levensbeëindiging equivalent zijn? Dat zou eveneens het totaal aantal gevallen van euthanasie of levensbeëindiging zonder verzoek aanzienlijk hoger maken. Tekenend is in dit verband wat de onderzoekers zelf concluderen: “Toch vormen niet-behandelbeslissingen naast intensivering van pijn- of symptoom- bestrijding de grootste categorie medische beslissingen rond het levenseinde en zijn de effecten van dit type beslissingen in termen van bekorting van de levensduur op bevolkingsniveau aanzienlijk groter dan die van euthanasie, hulp bij zelfdoding, levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek en intensieve pijn- en symptoombestrijding.”

‘Terminale sedatie’

Aparte aandacht is besteed aan wat wordt genoemd ‘terminale sedatie’. De onderzoekers verstaan hieronder de combinatie van de toediening van middelen om een patiënt in diepe sedatie of coma te brengen en van het nalaten van voedsel- en vochttoediening. In 6% van het totaal aantal sterfgevallen was sedatie toegepast en in



3,9% tevens geen vocht en voedsel toegediend. In 46% van alle gevallen van sedatie was naast de verlichting van symptomen levensbeëindiging mede een doel, in 5% was dat het hoofddoel. Ook hier doet zich de vraag voor of in deze gevallen terminale sedatie niet feitelijk neerkomt op euthanasie of levensbeëindiging zonder verzoek, al naar gelang de patiënt bij de beslissing daartoe betrokken is of niet. Ook al verloopt de levensbeëindiging dan langzamer en gemaskeerd, het blijft dan doelbewuste levensbeëindiging.

Het onderzoeksrapport doet aanwijzingen uit binnen- en buitenland dat terminale sedatie al langere tijd wordt toegepast in de gezondheidszorg af als “anekdotische informatie”. In het kro-televisieprogramma Reporter op donderdag 27 februari 2003 en de daarop volgende discussie bleek dat levensbeëindiging nog al eens voorkomt onder de dekmantel van terminale sedatie. De reden zou zijn dat ofwel niet aan alle zorgvuldigheidsvereisten was voldaan, ofwel de arts de rompslomp van de meldingsprocedure wilde vermijden. Het gaat hier om indicaties die ernstig moeten worden genomen. Dat geldt temeer daar zelfs van de uitdrukkelijk als euthanasie, hulp bij suïcide en levensbeëindiging zonder verzoek beschreven gevallen bijna de helft door artsen niet wordt gemeld.

De voorzitter van het college van procureurs-generaal signaleerde recent een lacune in de wet, in die zin dat terminale sedatie niet onder een vorm van toetsing valt. Naar zijn mening moet voor elk geval van sedatie een of andere vorm van externe controle bestaan, ook wanneer de arts niet de intentie had om het leven te bekorten, omdat er strafrechtelijk een samenhang zou zijn: het effect van terminale sedatie is gelijk aan dat van euthanasie. Op zich valt het toe te juichen als gevallen van terminale sedatie die ethisch gezien equivalent zijn aan euthanasie of levensbeëindiging zonder verzoek, getoetst worden. Het gaat echter te ver om voor ethisch aanvaardbare vormen van terminale sedatie in een externe controle te voorzien. Wanneer de dosering van de geneesmiddelen is afgestemd op de pijn- en symptoombestrijding en daar niet boven uitgaat, is levensbekorting een nevenwerking. Het is in het algemeen de verantwoordelijkheid van de behandelend arts op basis van zijn deskundigheid – zo mogelijk in overleg met de patiënt – een zorgvuldige afweging te maken tussen de hoofdwerving en de bijwerkingen van geneesmiddelen. Dat geldt ook wanneer de bijwerking eventueel levensbekorting kan zijn.

Palliatieve zorg

De Bisschoppenconferentie bepleit al vele jaren de invoering en intensivering van palliatieve zorg. Buitenlandse en binnenlandse ervaring heeft uitgewezen dat goede en intensieve medische, verpleegkundige, psychologische en spirituele zorg voor mensen in de eindfase van hun leven de euthanasievraag voorkomt.

Palliatieve zorg is niet primair een middel om euthanasie uit te bannen, maar om de terminale fase draaglijk te maken. Zij kan echter voorkomen dat terminaal zieken de moed verliezen en bijgevolg om euthanasie verzoeken. Het lijkt geen toeval dat in Nederland de euthanasiepraktijk relatief vroeg, de palliatieve zorg daarentegen relatief laat tot ontwikkeling is gekomen.

Omdat eind 2001 scen-artsen (scen staat voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) openlijk zeiden dat zij na de invoering van palliatieve zorg nauwelijks nog met verzoeken om euthanasie werden geconfronteerd, hebben de onderzoekers van de euthanasiepraktijk met een beperkte steekproef geprobeerd na te gaan hoe groot de invloed is van palliatieve zorg op de frequentie van euthanasie. Van 31 huisartsen zagen er 4 een duidelijke vermindering van het aantal verzoeken om euthanasie door palliatieve zorg, 18 een zeker uitstel en soms afstel van euthanasie en 9 geen enkele vermindering. Niet is nagevraagd over welke expertise de betrokken artsen beschikken op het terrein van de palliatieve zorg. Dat had eigenlijk moeten gebeuren. Op dit vlak is de deskundigheid van artsen in Nederland over het algemeen beperkt. Dat is ook een van de bevindingen van het onderzoek: “Eveneens de helft van de artsen vond dat Nederlandse artsen door onvoldoende kennis van palliatieve zorg vaak niet kunnen beoordelen of er nog behandelingsalternatieven zijn en dat de kwaliteit van palliatieve zorg in Nederland te wensen overlaat.”

Bij een gebrekkig aanbod aan palliatieve zorg bestaat het risico dat lijden al snel als ondraaglijk wordt bestempeld. Dit risico doet zich vooral voor als de arts niet deskundig is op het gebied van palliatieve zorg. Hij zal dan geen gelegenheid hebben te ondervinden dat door palliatieve zorg een verzoek om euthanasie kan worden voorkomen. Omdat niet is gevraagd naar de kennis van de betrokken artsen naar hun bekwaamheid op dit vlak, kan weinig waarde worden gehecht aan hun antwoord op de vraag of zij enige invloed bemerkten van de toepassing van palliatieve zorg op de frequentie van de euthanasievraag. Daardoor is een kans gemist om de invloed van goede terminale zorg op de frequentie van euthanasie grondig te onderzoeken. Het blijft de vraag of palliatieve zorg in de Nederlandse gezondheidszorg wel de plaats heeft gekregen die zij verdient.

Uitholling

De beste garantie voor een zorgvuldig omgaan met het levenseinde is de invoering van adequate palliatieve zorg die levensbeëindigend handelen uitsluit. Dan is levensbeëindigend handelen niet nodig. Pijn, die slechts in een minderheid van alle gevallen (29% in 2001-2002) een motief vormt voor een verzoek om euthanasie, kan praktisch altijd tot draagbare proporties worden teruggebracht. Bij ondraaglijke pijn kan een aanvaardbare vorm van terminale sedatie een uitweg bieden.

Nog afgezien van het feit dat euthanasie niet nodig is: levensbeëindiging is onverenigbaar met de fundamentele waarde van het menselijk leven en met de fundamentele opdracht van de gezondheidszorg. Als dit principe eenmaal is verlaten, riskeert men een voortgaande uitholling van het respect voor het leven. Is het gegeven dat artsen in Nederland in een hoge frequentie weigeren zich bij levensbeëindigend handelen toetsbaar op te stellen, daarvan niet een pijnlijke consequentie?

Eerder gepubliceerd op www.rkkerk.nl, augustus 2003

Overheid liet Kelly in de steek

de Volkskrant, 19 april 2003

door mgr.dr. W.J. Eijk

de Volkskrant

Het Hof in Den Haag heeft de deur opengezet naar een 'wrongful life claim'. Het is nu aan de overheid om die deur (weer) stevig op slot te draaien, meent mgr.dr. W.J. Eijk.