

## Geografische verschillen in euthanasiegevallen in Nederland

*British Medical Journal Supportive & Palliative Care, januari 2021*

De Nederlandse onderzoekers Groenewoud en Boer publiceren in de BMJ gegevens waaruit blijkt dat er spreiding is in het aantal nieuwe euthanasiegevallen tussen de verschillende postcodegebieden.

---

## Kardinaal Eijk over aangekondigde regeling euthanasie bij kinderen: 'Maak de cirkel niet rond'

*RKKerk.nl, 23 oktober 2020*

door Willem Jacobus kardinaal Eijk, referent voor medische ethiek namens de Nederlandse bisschoppenconferentie

### Euthanasie bij kinderen

De Euthanasiewet bepaalt dat een arts die euthanasie verricht, of hulp bij suïcide verleent, niet gerechtelijk kan worden vervolgd en gestraft als hij aan een aantal zorgvuldigheidsvereisten voldoet. Hij moet verifiëren of het verzoek daadwerkelijk vrijwillig en duurzaam is. Voorts moet het lijden van de patiënt uitzichtloos zijn en ondraaglijk. Uitzichtloos betekent dat er geen alternatieve behandeling meer beschikbaar is om het lijden te verminderen. Dat het lijden ondraaglijk is, wordt vooral door de patiënt zelf aangegeven.

De Euthanasiewet is van toepassing vanaf de leeftijd van 12 jaar. Tussen 12 en 16 jaar is de toestemming van de ouders vereist voor euthanasie. In de leeftijdsklasse van 16 tot 18 jaar hoeven de ouders alleen te worden geraadpleegd, maar is hun toestemming niet vereist.

Bij ongeborenen is de beëindiging van de zwangerschap en daarmee van het leven van het kind volgens de Abortuswet mogelijk tot een zwangerschapsduur van 24 weken, het moment waarop het kind geacht wordt ook buiten de baarmoeder levensvatbaar te zijn.

Voorts is er een landelijke regeling (Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen), die onder bepaalde voorwaarden abortus provocatus toestaat bij een zwangerschapsduur van meer dan 24 weken. Diezelfde regeling biedt ook mogelijkheden tot actieve levensbeëindiging van ernstige zieke of gehandicapte pasgeborenen tot een leeftijd van 1 jaar.

### En bij kinderen tussen 1 en 12 jaar?

Er is echter geen regeling die actieve levensbeëindiging mogelijk maakt bij kinderen in de leeftijdscategorie van 1 tot 12 jaar. Het kabinet heeft hier onderzoek naar laten verrichten. Het betreffende onderzoeksrapport beveelt verbetering van palliatieve zorg aan en verbetering van de kennis hiervan bij kinderen tussen 1 en 12 jaar (en ook hun ouders). Bij goede palliatieve zorg kan het lijden in verreweg de meeste gevallen adequaat worden behandeld. Het rapport stelt echter dat in wellicht 5 tot 10 gevallen per jaar palliatieve zorg niet voldoende is. Het gaat om kinderen die ernstig ziek zijn en binnen afzienbare tijd zullen sterven. In deze gevallen zouden mogelijkheden moeten worden gecreëerd voor kinderartsen om het leven van deze kinderen actief te

beëindigen, zonder gerechtelijk te worden vervolgd en gestraft.

De Minister voor Gezondheidszorg, Hugo de Jonge, heeft mede namens de Minister Van Justitie en veiligheid op 13 oktober 2020 een brief naar de Tweede Kamer gestuurd. Hierin kondigt hij aan dat hij in overleg met het Openbaar Ministerie en de beroepsgroep (kinderartsen) een regeling zal ontwerpen, waardoor kinderartsen die euthanasie verrichten of het leven beëindigen bij kinderen met een uitzichtloos en ondraaglijk geacht lijden, die naar verwachting binnen afzienbare tijd zullen overlijden, onder bepaalde voorwaarden niet strafwaardig zijn.

De gedachte die aan deze regeling ten grondslag ligt, is dezelfde als die bij de Euthanasiewet en de Aanwijzing vervolgingsbeslissing late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeboren. De arts die aan de gestelde zorgvuldigheidsvereisten voldoet, wordt geacht te hebben gehandeld uit overmacht (art. 40 van het Wetboek van strafrecht). De overmacht bestaat hier in een conflict tussen de plicht van de arts om het leven van de patiënt te beschermen en naar vermogen te behouden en anderzijds zijn plicht om barmhartigheid te betonen en het lijden van de patiënt te verminderen of weg te nemen. Als het laatste alleen mogelijk is door het leven te beëindigen, handelt de kinderarts uit overmacht, zo is de gedachte, en is hij niet strafwaardig. Euthanasie of levensbeëindiging blijft dus op zich strafbaar. Het gaat in de nieuw te ontwerpen regeling, evenals bij de euthanasiewet en de regeling voor late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeboren, om een strafuitsluitingsgrond voor de arts.

### **Een regeling voor euthanasie bij kinderen ontwerpen of niet?**

Als deze regeling een feit zal zijn, dan kan het leven van mensen vanaf de conceptie op elke leeftijd onder voorwaarden door artsen worden beëindigd zonder dat zij strafwaardig zijn. Dan is de cirkel rond. Het menselijk leven is echter vanaf de conceptie een essentiële waarde. De waarde ervan kan daarom niet worden afgewogen tegen iets anders, zoals een ernstige vorm van lijden door ziekten of handicaps ook niet als het gaat om kinderen. Levensbeëindiging is daarom geen geoorloofd middel om aan het lijden een einde te maken.

Uiteraard moeten artsen wel iets aan het lijden van het kind doen. Het kabinet beveelt op de eerste plaats palliatieve zorg aan. Dit is een zorg gericht op de gehele persoon van het kind, medisch, psychologisch en pastoraal. Het bieden van deze zorg door kinderartsen, verpleegkundigen, pastores, familieleden en vrijwilligers tot het natuurlijk levenseinde wordt een morele plicht genoemd in Samaritanus bonus (nr. 6), een document over euthanasie dat de Congregatie voor de Geloofsleer op 14 juli 2020 heeft uitgebracht. Het ontwerpen van de nieuwe regeling die minister De Jonge aankondigt, roept de volgende vraag op: zal het creëren voor mogelijkheden van actieve levensbeëindiging bij kinderen het zoeken naar verbetering van palliatieve zorg misschien niet ontmoedigen, omdat actieve levensbeëindiging een effectievere oplossing lijkt?

Voorts moet worden gewezen op de glijdende schaal die in de Nederlandse euthanasiediscussie waarneembaar is. Aan het begin van de jaren '80 werd euthanasie in de terminale fase van een lichamelijke ziekte acceptabel geacht. Later ook vóór de terminale fase. In de jaren '90 vond euthanasie ook toepassing bij psychiatrische aandoeningen en dementie. Vanaf het begin van deze eeuw werd levensbeëindigend handelen toegepast bij gehandicapte pasgeborenen (kinderen vanaf de geboorte tot de leeftijd van 1 jaar). En binnenkort dus ook bij kinderen van 1 tot 12 jaar.

Wie actieve levensbeëindiging verricht wegens een bepaalde vorm van lijden, laat het principe los dat het leven een essentiële waarde is. Daardoor zal men steeds weer voor de vraag staan of levensbeëindiging bij een mindere vorm van lijden ook toepassing zou moeten kunnen vinden. De geschiedenis van de euthanasiediscussie in de laatste veertig jaar laat zien dat de criteria voor het verrichten van euthanasie steeds verder zijn opgerekt. Zal hetzelfde op termijn niet gebeuren ten aanzien van euthanasie bij kinderen?

Kortom, maak de cirkel niet rond. Zet die laatste stap niet, waardoor euthanasie toepasbaar wordt op alle

leeftijden. Mogelijk vergis ik me en is dit misschien niet de laatste stap op het gebied van de euthanasie, maar zou die weer tot verdere stappen kunnen leiden.

---

## Brief Levensbeëindigend handelen kinderen 1-12 jaar

Minister Hugo de Jonge heeft een brief naar de Tweede Kamer gestuurd waarin hij een regeling voor levensbeëindiging (euthanasie) bij kinderen van 1 tot 12 jaar aankondigt. Voor kinderen onder de 1 jaar en kinderen ouder dan 12 jaar waren er al regelingen.



[Brief minister de Jonge Levensbeëindiging kinderen 1 tot 12 jaar](#) Download

---

## Waarom een leven nooit voltooid is

*De Sleutel, Bisdomblad van het Bisdom Roermond, Jaargang 47 / Najaar 2020, p. 22-23*

door dr. Lambert Hendriks, moraaltheoloog, voorzitter Katholieke Stichting Medische Ethiek

Het euthanasiedebat is in de coronacrisis nogal verstild, maar laait af en toe weer op. Recent is dat de discussie om euthanasie mogelijk te maken bij een leven dat als 'voltooid' wordt beschouwd. Dat is een interessant gegeven, want wat is een voltooid leven?

De voltooiing van het leven is voor gelovige mensen een bekende uitdrukking, maar dan als iets dat we op aarde nooit kunnen bereiken. Een voltooid leven is een leven dat zijn vervulling vindt bij God. Dan is het af en is er niets dat een mens nog gelukkiger kan maken. Maar zolang we leven, hebben we die volmaaktheid niet bereikt en kunnen we ook niet voorzien of er nog iets is dat ons leven rijker kan maken.

Wie naar de reden kijkt waarom mensen in zulke gevallen om euthanasie vragen, ontdekt dat het niet zozeer gaat om de ervaring dat het leven voltooid is. Meestal hebben deze mensen geen fut meer om het leven aan te kunnen. Ze zijn letterlijk 'levensmoe'. Hun leven is niet voltooid, maar ze hebben er geen zin meer in. Of preciezer gezegd: het ontbreekt aan zin. Mensen kunnen dan geen antwoord meer geven op de vraag: 'wat is eigenlijk de zin van mijn bestaan?'

Behalve dat mensen de vraag naar de zin van hun leven steeds moeilijker kunnen beantwoorden, doet zich een nog veel interessanter fenomeen voor. Het lijkt er namelijk op dat mensen de vraag naar de zin van het leven niet eens meer stellen. Terwijl dit eeuwenlang de meest tot de verbeelding sprekende vraag is geweest. Niet alleen grote filosofen, maar ook gewone mensen hebben zich steeds afgevraagd: waarom leef ik? Waartoe ben ik op aarde?

Wie de vraag naar de zin van het leven niet meer stelt, kan het leven al snel zinloos vinden. Dan is het ook begrijpelijk dat mensen ongelukkig worden en dingen zeggen als: "Ik heb niet zelf kunnen kiezen dat ik geboren werd, maar ik wil minstens zelf kunnen kiezen wanneer ik sterf." Het leven wordt dan beschouwd als een last die je overkomt. Deze visie is duidelijk het gevolg van het ontbreken van zingeving.

Een verklaring hiervoor zou de toegenomen welvaart kunnen zijn. Geluk wordt steeds meer vertaald in termen van materiële voorspoed. Eeuwenlang werd een goed leven geassocieerd met een goed karakter en goed doen aan anderen. Nu draait het om bezit en welbevinden. De economie is een bijna alles bepalende factor geworden en het lijden wordt nauwelijks nog verdragen.

Het is natuurlijk prima dat we proberen om lijden of tegenslag terug te dringen. Maar het is een utopie om te veronderstellen dat het leven alleen maar uit voorspoed zou kunnen bestaan. Het verdwijnen van pijn en lijden is namelijk iets dat we juist in het eeuwig leven verwachten. Ons leven hier wordt altijd getekend door onvolmaaktheid en zwakte. Maar in de westerse wereld is het idee ontstaan dat we pas een goed leven hebben als het ons in materiële zin goed gaat. Pijn en lijden worden dan ook op ditzelfde materiële niveau getrokken. Mensen spreken met hun arts op een manier alsof ze recht zouden hebben op zware medicatie en pijnstillers. Geluk wordt op zo'n manier een heel oppervlakkig gegeven, dat daardoor ook heel kwetsbaar is. Wat er dan ontbreekt, is de ervaring dat het leven om veel meer draait dan om welvaart en voorspoed. De waarde van het leven ligt zelfs juist helemaal niet op dat vlak.

Die waarde ligt verborgen in het leven zelf in de vrije wil die we hebben om zelf iets van ons leven te maken en niet in de voorspoed die iemand al dan niet kan ervaren. De vraag naar euthanasie is er daarom een van onmacht. Wie moe is van het leven en niet bereid is om op een andere manier naar zichzelf en zijn leven te kijken, voor hem is euthanasie een uitweg. Daarbij hoeft de vraag naar het 'waarom' opeens niet meer beantwoord te worden. In de ogen van veel mensen is euthanasie een oplossing, omdat er dan geen lijden meer gedragen hoeft te worden. Maar ook, omdat je geen antwoord meer hoeft te geven op de vraag wat je met je leven wil, wanneer je het als 'voltooid' beschouwt.

Euthanasie doet geen recht aan de waarde van een mensenleven. Wanneer mensen moeite hebben met het vinden van zingeving, dan moeten ze geholpen worden om de waarde van hun leven opnieuw te ontdekken. Vooral door liefdevolle aandacht van andere mensen. Juist het ontbreken daarvan, blijkt vaak de reden om een leven dan maar als 'voltooid' te beschouwen. Een einde maken aan het leven doet geen recht aan het geschenk van het leven dat we hebben gekregen. En ook niet aan de vrijheid die God ons gegeven heeft om in bepaalde mate onze weg naar het geluk zelf vorm te geven. Van het streven naar een goede economie zouden we daarom de stap moeten durven zetten naar het streven om de mogelijkheden voor mensen om zich te ontplooiën en de zin van hun leven te ontdekken te verwezenlijken.

Door coronacrisis zijn mensen over de hele wereld anders aan gaan kijken tegen het leven, zeker in de westerse wereld. Hier draaide immers alles vooral om welvaart en juist die heeft het zwaar te verduren. Opeens ontdekten mensen de grote waarde van een minder hectisch leven, van meer tijd voor reflectie en van gezondheid als zodanig. Terwijl we eraan gewend waren geraakt dat zelfs gezondheid tot op zekere hoogte met geld gekocht kan worden, was opeens duidelijk dat dit een bijzonder waardevol goed is, waarvan je voor een bijzonder groot deel gewoon afhankelijk bent.

Precies deze afhankelijkheid is iets waar de moderne mens helemaal niet meer aan gewend is. Het afhankelijk worden, is zelfs vaak een motivatie om te kiezen voor euthanasie. Ondanks het actuele euthanasiedebat overheerst bij de meeste mensen de wil om te leven. Dat gaat hand in hand met het verlangen naar een goed, geslaagd leven. 'Gelukkig zijn' blijft daarmee het doel van iedere mens. Hoe belangrijk is het dus dat de mens in staat wordt gesteld om deze levenszin te verwerkelijken. Als alle inspanningen daarop gericht zijn, wordt ook voorkomen dat iemand bij vergissing zijn leven als voltooid beschouwt.

Juist wie met lijden te maken krijgt, ontdekt vaak dat de waarde van het leven niet ligt in voorspoed, maar in dat wat niemand van hem afpakken kan: het feit dat hij een mens is. Een mens, die weliswaar geroepen is tot een voltooid leven, maar dan een volmaakte voltooiing in Gods vaderhuis.

## **Kardinaal Eijk reageert op uitspraak Hoge Raad over euthanasie bij demente vrouw**

'Ik vrees dat deze uitspraak niet zal leiden tot een daling in het aantal gevallen van euthanasie en medische hulp bij suïcide', zegt kardinaal Eijk in een reactie op de recente uitspraak van de Hoge Raad in de zaak van euthanasie bij een demente vrouw.

De vrouw had in een wilsverklaring gevraagd om euthanasie als zij dement zou worden. Ze had echter ook gezegd zelf te willen aangeven wanneer zij de tijd daarvoor rijp vond. Op het moment dat de euthanasie plaatsvond, leek de inmiddels zwaar demente vrouw fysiek tegenwerking te bieden en pas nadat zij een verdovend middel had gekregen kon de euthanasie doorgang vinden.

Vraag was nu of de rechtbank in Den Haag, die in september 2019 de betrokken arts vrijspak van een aanklacht voor moord door het Openbaar Ministerie, in het gelijk zou worden gesteld door de Hoge Raad. Deze bevestigde in zijn uitspraak inderdaad dat de arts zorgvuldig en volgens de wet zou hebben gehandeld en dat de fysieke reactie van de vrouw er niet op zou wijzen dat tegen haar wil gehandeld werd.

### **Onzekerheid neemt toe**

'In plaats van criteria vast te stellen voor de interpretatie van de schriftelijke euthanasieverklaring van patiënten met vergevorderde dementie, laat de Hoge Raad deze interpretatie nu over aan het oordeel van betrokken artsen. Daardoor neemt voor artsen de onzekerheid alleen maar toe. Vraag is hoe groot de kans is dat hun interpretatie van een schriftelijke euthanasieverklaring door een rechtbank wordt goedgekeurd, mocht er een gerechtelijke procedure tegen hen worden gestart voor het uitvoeren van euthanasie bij een patiënt met vergevorderde dementie,' aldus kardinaal Eijk.

Het aantal gevallen van euthanasie en medische hulp bij zelfdoding is in 2019 volgens de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie opnieuw gestegen naar een aantal van 2.655, dat is een groei van 13% ten opzichte van 2018. Kardinaal Eijk: 'Het is te vrezen dat de uitspraak van de Hoge Raad, hoewel deze voor artsen die euthanasie verrichten bij patiënten met dementie, meer onzekerheid geeft, in het algemeen niet zal leiden tot een daling van het aantal gevallen van euthanasie en medische hulp bij zelfdoding.'

*Volgende pagina: de volledige tekst van de reactie van kardinaal Eijk.*

### **Reaction on behalf of the Dutch Bishop's Conference on the supreme court's judgement in a case euthanasia in a patient with advanced dementia**

In 2016, a physician of a nursing home performed euthanasia in a woman who had a written euthanasia declaration, firmed four years before. This itself does raise the question of whether such a written declaration, firmed years ago, still expresses the actual will of the patient. The legislator said in the Law on euthanasia (2002) that a written euthanasia declaration replaces an orally expressed request for euthanasia. In her declaration the woman said that she wanted euthanasia, when she would have been admitted to a nursing home one day, but something in this declaration remained unclear: she determined that the euthanasia should take place at a moment that she thought she would be ready for it. But after having been admitted to a nursing home she was not able to indicate whether she desired euthanasia or not. Notwithstanding this lack of clarity,

the physician decided in consultation with the family and two physicians, specialized in consulting in euthanasia cases, to perform the euthanasia. The physician and the two physicians consulted all considered the suffering of the woman as without prospect and unbearable. When the physician of the nursing home tried to introduce an infusion in order to administer the means for the euthanasia, the woman withdrew her arm. Was this a sign of resistance against the euthanasia? Anyhow, the physician administered a sedative means in the woman's coffee, after which it was possible to introduce an infusion and the euthanasia was performed.

The college of attorneys general, desiring to have more clarity in the application of the Law on euthanasia in persons who suffer from dementia, started legal proceedings against the physician of the nursing home. On April 22, 2020, the Supreme Court acquitted the physician from the charge that she would have been inaccurate in applying the Law on euthanasia. The Supreme Court followed that testimony of an anesthesiologist, that the woman's withdrawing movement at the moment that the physician tried to introduce the infusion, was no sign of resistance against the euthanasia, but a reflex movement. Administering a sedative to the patient before the euthanasia would be acceptable according to the Supreme Court, in case one can foresee unpredictable or irrational behavior, which could complicate the euthanasia. The Supreme Court judged that the physician of the nursing home had complied with the due care criterion of the Law on euthanasia that the patient suffered without prospect and unbearably. With regard to the lack of clarity in the written euthanasia declaration the Supreme Court judged that the physician does have a certain room in interpreting the declaration. The Court thought that the physician was right in concluding on the basis of the declaration that the woman in question desired euthanasia under the given circumstances after all, though she could not herself indicate the moment of the euthanasia anymore because of advanced dementia.

Does the legal proceedings against the physician of the nursing home lead to the clarity, desired by the college of attorneys general? Physicians of nursing homes think that that is not the case. Instead of laying down criteria for interpreting the written euthanasia declarations of patients with advanced dementia, the Supreme Court leaves this to the judgement of the physicians involved, by which their uncertainty only grows. How big is the possibility that their interpretation of the written euthanasia declaration will be approved by a court, when legal proceedings are started against them, in case they perform euthanasia in patients with advanced euthanasia on the basis of written euthanasia declarations?

Most probably due to the legal proceedings against the physician of the nursing home, the number of cases of euthanasia and medically-assisted suicide, reported to the Regional Euthanasia Review Committees, which had risen to 6.585 in 2017, dropped in 2018 to 6.126. This is a decrease of 7%. Who considers human life as an intrinsic and therefore universal value and is convinced that it may not be terminated by euthanasia, medically assisted suicide and termination of life without request, would prefer that these actions never take place. However, a drop of 7% could be seen as a relative contribution to the common well-being, the basic principle of Catholic social ethics, of which the legal defense of the right to life is one of the fundamental conditions. Nevertheless, in 2019 the number of cases of euthanasia and medically-assisted suicide reported to the Regional Euthanasia Review Committees again rose to 2.655 (a growth of 13%). One may fear that the Supreme Court's judgement, though making physicians perhaps more uncertain in performing euthanasia in patients with advanced dementia, will not lead in general to a decrease of the number of cases of euthanasia and medically-assisted suicide.

Utrecht, April 23rd, 2020

+ Willem Jacobus Cardinal Eijk

Referent for medical-ethical questions on behalf of the Dutch Bishops' Conference

## **Ruime meerderheid Nederlanders wijst euthanasie niet principieel af**

*CBS, 19 november 2019*

Euthanasie moet in bepaalde gevallen mogelijk zijn, vindt 87 procent van de volwassenen in Nederland. Daartegenover is 8 procent in alle gevallen tegen, en 5 procent kan of wil er niets over zeggen. Dit meldt het CBS op basis van het onderzoek Belevingen 2018.

Opvallend is dat ook christenen, zowel reformatorische als Rooms-katholieken in ruime meerderheid vinden dat euthanasie onder bepaalde omstandigheden mogelijk moet zijn. In de beschrijving van het onderzoek is niet vermeld wanneer mensen geclassificeerd werden als Rooms-katholiek of behorende tot een andere religie. Evenmin is vermeld hoe kerkbetrokken de mensen die zich religieus noemen zijn.

[CBS 2019 Opvattingen over euthanasie](#)Download

---

## **Overlijden van Vincent Lambert - Gezamenlijke verklaring van de religieuze leiders van Reims**

De heer Vincent Lambert is overleden. Als verantwoordelijken voor de verschillende religies in de stad Reims bidden we voor onze stadgenoot. We doen dat al jaren, met veel van onze landgenoten die diep getroffen zijn door zijn lot. De bevelen hem aan bij de levende en barmhartige God, bij Hem die de mensen vanuit de dood tot het leven roept. We bidden voor de vrouw en de dochter van de heer Vincent Lambert, voor zijn ouders, zijn broers en zusters en voor al de zijnen. Dat zij door hun verdriet heen troost en hoop mogen vinden. Wij spreken tegenover hen ons broederlijk medegevoel uit.

We denken vandaag intens aan hen die de zorg voor de heer Lambert hadden: de artsen en de afdelingsmedewerkers van het ziekenhuis van Reims, en ook de advocaten en rechters die tot taak hadden helderheid te brengen in de situatie van de heer Lambert.

De situatie van de heer Lambert was eenmalig. De besluiten, die met betrekking tot hem genomen zijn, kunnen dus niet als zodanig worden overgenomen voor gevallen die schijnbaar gelijkaardig zijn. Gezien de debatten die hebben plaatsgevonden menen wij dat het nuttig is om de volgende punten naar voren te brengen in het licht van ons geloof in een God die schepper is en het leven geeft:

1. We erkennen zonder terughoudendheid dat het eigen is aan de waardigheid van ieder menselijk wezen om af te zien van een behandeling die geacht wordt nutteloos, of niet geproportioneerd te zijn of die het risico inhoudt dat zij een toestand van nog meer lijden kan veroorzaken, zolang als een dergelijk besluit het leven van niemand anders in gevaar brengt;
2. Wij menen dat het voor mensen mogelijk is elkaar te ondersteunen, elkaar te helpen, elkaar te begeleiden tijdens de meest pijnlijke momenten van het leven, zodat geen enkele burger in de verleiding komt om van de maatschappij te eisen dat zij zijn dood

- veroorzaakt;
3. Wij zouden onze medeburgers eraan willen herinneren dat het feit dat iemand van anderen afhankelijk wordt voor verzorging of voor de handelingen van het gewone dagelijkse leven niet betekent dat deze persoon zijn waardigheid verliest; we willen ons ervoor inzetten om bij te dragen tot een opwekking tot toewijding, edelmoedigheid en solidariteit voor personen die afhankelijk zijn, op grond van welke oorzaak dan ook en ook bij hun naasten die de verantwoordelijkheid voor de zorg dragen, hen die men tegenwoordig de 'mantelzorgers' noemt;
  4. We willen allen danken die hebben bijgedragen aan het nadenken over de situatie van het levenseinde en over de uitzonderlijke situatie van mensen die zich in een toestand van zeer geringe communicatiemogelijkheid bevinden, die noch helemaal vallen in de categorie van zieken, noch geheel in die van de mensen met een handicap. Zonder twijfel is nog medisch en filosofisch onderzoek nodig om hen op de beste manier te begeleiden. Een overweging aangaande de de praktijk van de reanimatie lijkt ons eveneens noodzakelijk. Het lijkt ons van groot belang dat verstandige en diepgaande discussies over deze medische en ethische kwesties worden voortgezet.
  5. Wij geven uitdrukking aan ons vertrouwen in de artsen van ons land. Ons gemeenschappelijk vertrouwen in hun wetenschappelijke en menselijke capaciteiten is noodzakelijk opdat zij kunnen voortgaan met het nemen van de beste en meest wijze beslissingen, door in waarheid met de personen, die aan het einde van hun leven staan, in gesprek te gaan of met de naasten van hen die niet meer in staat zijn tot communiceren.
  6. Omdat wij in het eeuwige leven geloven, verklaren we dat het leven van de mens veel meer is dan het lichamelijke leven, maar zich nu eenmaal wel afspeelt in de lichamelijke situatie. Wij willen onze diepe verbondenheid uitdrukken met al diegenen die hun naasten in beproeving bijstaan met fijngevoeligheid, edelmoedigheid, zonder iets terug te verwachten, in vreugde over hun lichamelijke aanwezigheid. We willen nogmaals onze dankbaarheid uitspreken aan het medische en verpleegkundige personeel van onze ziekenhuizen.

Ons land heeft zich tot nu toe moeite gegeven om een juiste weg te vinden om mensen aan het einde van hun leven en zij, die gedeeltelijk of geheel verstoken zijn van het vermogen tot communiceren, te begeleiden in de sterk technologische context waarin we leven.

We wensen dat ons land steeds meer een zorg zal weten te ontwikkelen die in staat is de therapeutische vooruitgang, de palliatieve zorg, een echte relationele beschikbaarheid van het verplegend personeel en een samenwerking met mantelzorgers en vrijwilligers tot een geheel te maken alsook een maatschappelijke zorg die in staat is om uitgesloten en verlaten personen op te nemen, opdat voor allen een samenleving in solidariteit en broederschap kan worden zeker gesteld.

Ondertekenaars:

Rabbijn Amar, Reims

Aomar Bendaoud, imam van de Grote Moskee van Reims

Dominee Xavier Langlois, van de Verenigde Protestantse Kerk te Reims

Dominee Pasca Geoffroy, van de Verenigde Protestantse Kerk te Reims

+ Eric de Moulins-Beaufort, aartsbisschop van Reims



+ Bruno Feillet, hulpbisschop van Reims

*Vertaling uit het Frans: dr. J.A. Raymakers*

Décès de Vincent Lambert – Déclaration commune des responsables religieux de Reims

*Diocese de Reims, 11 juli 2019*

Déclaration commune des responsables religieux rémois, à propos de la mort de M. Vincent Lambert

M. Vincent Lambert est mort. Responsables des différents cultes dans la ville de Reims, nous prions pour notre concitoyen. Nous le faisons depuis des années, avec beaucoup de nos compatriotes profondément affectés par son sort. Nous le recommandons au Dieu vivant et miséricordieux, à celui qui appelle les êtres humains de la mort à la vie. Nous prions pour la femme et pour la fille de M. Vincent Lambert, pour ses parents, ses frères et ses sœurs, pour tous les siens. Qu'ils puissent trouver consolation et espérance par-delà leur chagrin. Nous leur exprimons notre fraternelle compassion.

Nous pensons fortement en ce jour à ceux qui ont eu à s'occuper de M. Lambert : les médecins et les équipes de l'hôpital de Reims, et aussi les avocats et les magistrats qui ont eu la responsabilité d'éclairer la situation de M. Lambert.

La situation de M. Lambert était singulière. Les décisions prises à son sujet ne peuvent donc être transposées telles quelles à des cas apparemment analogues. Au vu des débats qui ont eu lieu, nous pensons utile, dans la lumière de notre foi en Dieu qui crée et qui donne la vie, de rappeler les points suivants :

1. Nous reconnaissons sans réserve qu'il appartient à la dignité de tout être humain de renoncer à un traitement jugé inutile, disproportionné ou risquant de provoquer un état de souffrance supplémentaire, du moment qu'une telle décision ne met en danger la vie d'aucun autre ;
2. Nous croyons qu'il est possible aux êtres humains de se soutenir, de s'entraider, de s'accompagner dans les moments les plus douloureux de la vie, de sorte qu'aucun citoyen ne soit tenté d'exiger de la société qu'elle provoque sa mort ;
3. Nous voudrions rappeler à nos concitoyens que devenir dépendant des autres pour des soins ou pour les actes de la vie ordinaire ne signifie pas perdre sa dignité ; nous voulons œuvrer pour contribuer à susciter les dévouements, les générosités et les solidarités nécessaires auprès des personnes dépendantes, à quelque titre qu'elles le soient, et auprès de leurs proches qui en portent la responsabilité, ceux que l'on appelle aujourd'hui « les aidants » ;
4. Nous voulons remercier tous ceux qui ont contribué à la réflexion sur la situation de la fin de vie et sur la situation singulière des personnes en état pauci-relationnel, qui n'entrent ni tout à fait dans la catégorie des personnes malades ni tout à fait dans celle des personnes handicapées. Des recherches médicales et philosophiques sont sans doute encore nécessaires pour les accompagner au mieux. Une réflexion sur la pratique de la réanimation nous paraît également nécessaire. Poursuivre des débats prudents et approfondis sur ces questions médicales et éthiques nous paraît important.
5. Nous exprimons notre confiance aux médecins de notre pays. Notre confiance collective dans leurs capacités scientifiques et humaines est nécessaire pour qu'ils puissent continuer à prendre les

décisions médicales les meilleures et les plus sages en dialoguant en vérité avec les personnes en fin de vie ou les proches des personnes devenues incapables de communiquer ;

6. Croyants en la vie éternelle, nous affirmons que la vie humaine est bien plus que la vie corporelle mais se joue pourtant dans la condition corporelle. Nous exprimons notre profonde union à tous ceux qui entourent leurs proches dans l'épreuve avec délicatesse, avec générosité, sans attendre de retour, en se réjouissant de leur présence corporelle. Nous redisons notre gratitude pour le personnel médical et soignant de nos hôpitaux.

Notre pays s'est efforcé jusqu'ici de trouver une voie juste pour accompagner au mieux, dans le contexte de haute technicité dans lequel nous vivons, les personnes en fin de vie et celles qui sont privées partiellement ou totalement de capacités de communication.

Nous souhaitons que notre pays développe toujours davantage aussi bien le soin médical capable d'intégrer les progrès thérapeutiques, les soins palliatifs, une véritable disponibilité relationnelle des soignants et une collaboration des aidants et des bénévoles, que le soin social capable d'intégrer les exclus et les délaissés, afin de garantir à tous une vie commune dans la solidarité et la fraternité.

Signataires :

Rabbin Amar, de Reims

Aomar Bendaoud, imam de la Grande Mosquée de Reims

Pasteur Xavier Langlois, de l'Eglise Protestante Unie de France à Reims

Pasteur Pascal Geoffroy, de l'Eglise Protestante Unie de France à Reims

+ Eric de Moulins-Beaufort, archevêque de Reims

+ Bruno Feillet, évêque auxiliaire de Reims

*Engelse vertaling op ZENIT*

---

## **Toename euthanasie mogelijk gevolg van vergrijzing en meer acceptatie**

Factoren die mogelijk een rol spelen in de stijging van het aantal euthanasiegevallen de laatste vijftien jaar, zijn de toegenomen acceptatie van euthanasie en de toegenomen bereidheid en mogelijkheden om door te verwijzen als een arts zelf geen euthanasie wil of kan uitvoeren. Daarnaast zijn vergrijzing en verandering van ziektepatronen van invloed op de euthanasietoename. Voor het verklaren van de afvlakking van de stijging van euthanasiegevallen in 2018 is het nog te vroeg; de toekomst moet uitwijzen of er sprake is van een toevallige schommeling of van een nieuwe trend. Dit blijkt uit literatuuronderzoek van het Nivel.



[Ontwikkelingen in het aantal euthanasiegevallen en achterliggende factoren 3-7-2019](#)Download

# Wees blij met elke daling van het aantal euthanasiegevallen

*Katholiek Nieuwsblad, 30 november 2018*

door kardinaal Wim Eijk, referent voor medische ethiek namens de Nederlandse bisschoppenconferentie

Heeft de vervolging van een arts voor een onzorgvuldige euthanasie bijgedragen aan de daling van het aantal euthanasiegevallen? Dat moet nog blijken, maar laten we intussen blij zijn met die daling.

In vijf euthanasiegevallen is besloten strafrechtelijk onderzoek te doen, omdat de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie tot de conclusie is gekomen dat de toepassing van euthanasie onzorgvuldig was. Twee gevallen zijn geseponeerd, in twee andere loopt het onderzoek nog. In één geval heeft het college van procureurs-generaal besloten tot vervolging over te gaan en dat heeft geleid tot de eerste veroordeling vanwege een onzorgvuldig uitgevoerde euthanasie sinds de invoering van de Euthanasiewet in 2002. Het betreft een verpleeghuisarts die in 2016 euthanasie toepaste bij een 74-jarige vrouw.

## **Een teken van verzet?**

De reden voor de veroordeling is in de eerste plaats dat de euthanasieverklaring die de vrouw had ingevuld toen ze nog wilsbekwaam was, onduidelijk was. In de tweede plaats was de uitvoering onzorgvuldig, doordat de arts stiekem, dus zonder overleg met de patiënte, een slaapmiddel in haar koffie had gedaan. De reden was dat de patiënte onrustig was en het middel voor de beëindiging van haar leven daarom niet kon worden geïnjecteerd. Was deze onrust een teken van verzet van de vrouw tegen euthanasie? Dat is bij gevorderde dementie noch met zekerheid vast te stellen, noch met zekerheid uit te sluiten.

## **Bijzondere bezwaren**

Afgezien van de essentiële bezwaren tegen euthanasie in het algemeen, zijn er in geval van gevorderde dementie enkele bijzondere bezwaren. In de eerste plaats is het maar de vraag of een euthanasieverklaring, in het verleden opgesteld, wel de wil van het moment weergeeft. Volgens de Euthanasiewet vervangt een schriftelijke euthanasieverklaring het mondelinge verzoek om levensbeëindiging. De wet bepaalt echter niets over de geldigheidsduur. Dit betekent dat een euthanasieverklaring, hoeveel jaar geleden ook schriftelijk vastgelegd, nog steeds geldig is. Maar hoe valt uit te sluiten dat de wil van betrokkenen in de loop van de tijd niet veranderd is?

Een tweede bezwaar is dat de arts bij euthanasie bij een patiënt met een gevorderde dementie het leven beëindigt van iemand die meestal vredig is en niet ongelukkig lijkt, dus geen tekenen vertoont van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden, een van de belangrijkste criteria bij de toetsing of euthanasie aanvaardbaar is. Bovendien verzoekt de patiënt op dat moment ook niet om levensbeëindiging. Daarom zijn artsen in het algemeen terughoudend met euthanasie bij mensen met een gevorderde dementie.

## **De griepgolf**

Heeft deze eerste veroordeling in een geval van euthanasie sinds de invoering van de Euthanasiewet een aantoonbaar afschrikwekkend effect? Misschien wel. In de eerste negen maanden van dit jaar blijkt het aantal meldingen van euthanasie onverwachts negen procent lager uit te vallen dan in dezelfde periode vorig jaar. Eén verklaring hiervoor is de griepgolf in de eerste drie maanden van dit jaar. Daardoor zijn veel ouderen met een zwakke gezondheid aan griep overleden en zijn zij mogelijk niet toegekomen aan een verzoek om euthanasie. Een andere verklaring wordt gezocht in het strafrechtelijk onderzoek dat het Openbaar Ministerie in vijf gevallen van euthanasie heeft ingesteld. Dit zou een aantal artsen ervan weerhouden om euthanasieverzoeken in te

willigen.

Is deze daling een blijvend effect? De voorzitter van de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie, meent dat het hier gaat om een incidentele daling, en verwacht dat het aantal meldingen van euthanasie volgend jaar weer zal stijgen. De euthanasiestatistieken van de komende jaren zullen het leren.

### **Bijdrage aan algemeen welzijn**

Moeten we als katholieken, gelet op onze visie op de essentiële waardigheid van het menselijk leven, nu blij zijn met deze daling? Zou het aantal euthanasiegevallen niet eigenlijk nul moeten worden?

Afgezien van de vraag of dit – gelet op de huidige cultuur – mogelijk is: deze daling op zich is een goede zaak. En wel op basis van een van de leidende principes van de sociale leer van de Kerk, het algemeen welzijn. Dit is het alomvattend geheel van condities die in de samenleving nodig zijn opdat de leden ervan hun doel als mens kunnen bereiken. Tot deze conditie behoort zonder meer dat de essentiële waardigheid van het menselijk leven wordt erkend en desnoods kan worden afgedwongen. Eveneens dat wetten in het algemeen moeten worden nageleefd, ook – onder bepaalde voorwaarden – wanneer het gaat om een onrechtvaardige wet. Artsen dienen de Euthanasiewet in acht te nemen, die door haar restricties althans een relatieve bescherming van het menselijk leven biedt.

En die daling van het aantal meldingen van euthanasie met negen procent: is dat ook een bijdrage aan het algemeen welzijn? Wellicht een kleine, maar een bijdrage is het.

*Overgenomen met toestemming van [Katholiek Nieuwsblad](#).*

---

## **‘Voltooid leven’: Wie zelfbeschikking claimt, roept betutteling over zich af**

Interview met schrijver Paul Frissen

*[Katholiek Nieuwsblad, 23 november 2018](#)*

door Caroline Spilt

D66 wil verruiming van de bestaande euthanasiewetgeving, omdat dat de autonomie vergroot. Hoogleraar Paul Frissen wil diezelfde wetgeving verstrengen omdat dat de autonomie vergroot. Hetzelfde streven, een tegenovergesteld standpunt: over die paradox gaat Frissens nieuwe boek.

Ooit snoten we onze neus voluit, vervolgens in onze ellenboog en tegenwoordig in een zakdoek. Sinds pakweg 1800 wordt in de westerse wereld alles wat menselijkerwijs mogelijk is gedaan om de gezondheidszorg te verbeteren, lang te leven en lijdende mensen bij te staan. Dat noemen we beschaving. Maar alles doen voor wie zwak is, valt ook hulp verlenen bij sterven daaronder? Of blijft dat doden en houden we dat strafbaar?

### **Afkeer van betutteling**

Als de meerderheid zelf wil kunnen beslissen over de eigen dood, dan faciliteren we dat, zegt D66. En een groeiende meerderheid wil dat. Mensen die persoonlijk ervaren dat hun leven voltooid is, krijgen recht op staatshulp om dat leven te beëindigen, in plaats van dat artsen oordelen of lijden ondraaglijk en uitzichtloos is. Het betekent ook dat de arts niet langer illegaal handelt. Dat is nu nog wel zo, maar artsen worden niet vervolgd als ze aan zorgvuldigheidseisen hebben voldaan.

Deze politieke wens van D66 is gestoeld op de gedachte 'als ik niet zelf over mijn dood mag beslissen, doet een ander dat, en dat is paternalisme'. Die afkeer van betutteling deelt Paul Frissen, decaan van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur in Den Haag en hoogleraar Bestuurskunde aan de Universiteit van Tilburg. "We hebben opvattingen over emancipatie, die subsidiëren we en leggen we uit. We hebben opvattingen over hoe dik je mag zijn en bouwen daar programma's omheen. Dat preventieakkoord? Verschrikkelijk..."

*Toch deelt u in het voltooid leven-debat het standpunt van D66 niet. De ene mens wil bij ziekte vechten tot het einde, de ander niet. Op de vraag hoe je hun beiden de meeste vrijheid geeft, antwoordt D66: door zelfbeschikking. Dat klinkt logisch.*

"Het gekke aan die redenering is dat men streeft naar autonomie, maar dan wel gefaciliteerd door de staat of dokter of een andere hulpverlener. Dat mag je zeggen, maar daarmee is het geen autonome kwestie, want je vraagt een ander om iets te doen wat nu illegaal is. Het recht om te doden is voorbehouden aan de staat, om ons tegen elkaar te beschermen. De staat heeft taken die immoreel zijn als de burger ze uitvoert: de staat mag doden, oorlog voeren, gevangen zetten, belasting heffen. Die taken zijn een staatsmonopolie om anarchie te voorkomen. Andersom, als we te veel vastleggen, worden we totalitair. Die kant ga je op als je het monopolie gaat delen. Dan moeten we gaan bepalen welke vorm van doodslag mag, hoe een goede dood en dus een goed leven eruit ziet."

*Is het erg als we dat doen?*

"Ja. Als de staat kiest voor een specifieke ethische opvatting verliest ze haar neutraliteit. Zeker Nederland kenmerkt zich door een grote traditie waarin heel veel ethische kwesties in de samenleving zelf werden behandeld. De verzuiling is daar een voorbeeld van. De staat was een relatief neutraal systeem om die pluraliteit in stand te houden."

*Toch zijn er op een paar thema's afspraken nodig. Op welke leeftijd je mag trouwen bijvoorbeeld, en wat we doen met de volksgezondheid.*

"Dan maak je afspraken over hoe met het verschil om te gaan. Dat is het enige wat je moet afspreken: wat is verboden? Filosofe Hannah Arendt zei ooit dat de grootsheid maar ook het verwarrende van wetten is, dat ze je alleen vertellen wat je níet mag doen, en nooit wat je zou móeten doen. Het verbod is milder dan het gebod. Verbieden is minder dwingend dan voorschrijven."

*Minder voorschrijven is exact het doel van verruiming van de wet. Hoe legt u uit dat je je daarmee júist op het vlak van het gebod gaat begeven?*

"Als het wetsvoorstel van D66 wordt aangenomen, wordt er ook een nieuwe categorie professionals geïntroduceerd. Dat is een fundamentele verandering. In de huidige wetgeving is het oordeel puur medisch. Dat moet ook, want de dokter is voor sommige dingen wel opgeleid en voor andere dingen niet. Een dokter kan de uitzichtloosheid van het lijden beoordelen want hij weet welke behandeling bij welk ziektebeeld nog mogelijk is. Maar nu komt er een beroepsgroep die criteria moet ontwikkelen over wanneer het bestaan ondraaglijk is. Ik weet niet of ik in een samenleving zou willen leven waar een beroepsgroep bestaat die de toegang tot de dood regelt. Als enige professie."

*Die beroepsgroep stelt criteria op voor de 'toegang tot de medicijnkast' - zo oud, zo ziek et cetera - maar als je daarbinnen valt, ben je toch nog altijd zelf degene die kiest? Dat is toch niet door de meerderheid bepaald?*

"De criteria worden door een politieke meerderheid bepaald."

*Wat is daar erg aan?*

"Dan kan iedereen die binnen die criteria valt, aanbellen en zeggen: 'Ik wil graag pillen.' Dat lijkt me zeer

onwenselijk! Er is immers een grote categorie mensen met een doodswens van wie we toch vinden dat ze niet dood moeten gaan. Als iemand bovenop een flat staat, dan willen jij en ik niet dat er tegen brandweer, politie en verpleegkundige gezegd wordt: 'Hij wil het zelf. Laat maar springen.'

Omdat we dat een onaangenaam gezicht vinden, zou de weg naar de apotheek moeten worden geopend via een nieuwe beroepsgroep met de sleutel van de medicijnkast. Wanneer kan deze groep de sleutel weigeren en zeggen: 'Nou nee, dacht het niet'? Wanneer is de doodswens legitiem? Het is opmerkelijk dat artsen zelf steeds meer bezwaren formuleren. Kun je bij dementie de wilsverklaring bevestigen? En in de psychiatrie is altijd de vraag: is de doodswens onderdeel van het ziektebeeld? Negatieve waarden zoals ondraaglijkheid zijn van een andere orde dan positieve waarden over wanneer een leven voltooid is. Als we de wet gaan verruimen, zullen die positieve waarden via politiek debat door de meerderheid worden geformuleerd. Begin dit jaar kwam GroenLinks met een initiatiefnota, Lachend Tachtig. Daarin wordt voorgesteld alle 65-plussers bij binnenkomst in het ziekenhuis te screenen op kwetsbaarheid. De nota stelt dat bij mensen wier levensverwachting korter is dan zes maanden, risico op overbehandeling bestaat. Dan komt er een complex iets op gang waarin de waarde van het voortgezette leven wordt bepaald. Dat moet dan. Wie bepaalt? De familie, de zorgverzekeraar, de dokter? 'Ach, is dat het nou wel waard? Zou u dat wel doen? Het is toch mooi geweest?' De voormalige Raad voor Volksgezondheid was voorstander van een maat, de quality adjusted life year, die de kosten van de gezondheidszorg afzet tegen het aantal jaar dat je nog te leven hebt keer 80.000 euro."

*U bedoelt dat je wel sterk in je schoenen moet staan om desondanks te zeggen: 'Ik vind die extra twee maanden toch de kosten waard'?*

"Vindt u dat geen reële angst? In zo'n situatie gaan hoogopgeleide types de dokter ompraten, terwijl mensen aan de onderkant van de samenleving, die toch wat minder bureaucratisch competent zijn, dan een probleem hebben.

Al die opvattingen zijn sympathiek, en in chique termen gesteld: 'de kwaliteit van leven', 'overbehandeling'. Ik weet best dat er keuzes gemaakt moeten worden als ik in een ziekenhuis kom waar één IC-bed is, en er komt ook een vitale sporter van 28 binnen. Maar ik zou liever niet opgeschreven willen hebben hoe die keuze gemaakt moet worden. Want dan komen er afspraken, afspraken worden vastgelegd in regelgeving, dan komen er protocollen en de protocollen worden op een gegeven moment gecodificeerde wetgeving. Dan gaan we politiek bepalen wanneer iemand dood moet gaan."

*Paul Frissen, Staat en taboe - Politiek van de goede dood. Uitg. Boom, hb., 200 pp., € 29,90, ISBN 978 90 24424 20 7*

*Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.*