



Iets mis met de cultuur?

Katholiek Nieuwsblad, 2 december 2016

door Jan Peeters

[KatholiekNieuwsblad](#)

“Als de dood nog de enige oplossing is en zo vaak wordt ingeroepen als in de Lage Landen, dan moet er iets goed mis zijn met de cultuur.” Dat zegt ethicus dr. Theo Boer, voormalig lid van een Regionale Toetsingscommissie Euthanasie, in een aangrijpende korte documentaire over euthanasie.

De documentaire is gemaakt in opdracht van de internationale Alliance Defending Freedom (ADF), een organisatie die opkomt voor de vrije uitoefening van de godsdienstvrijheid en voor het leven, huwelijk en gezin.

In de documentaire *Affirming Dignity* ('De waardigheid bevestigen') komen ethici en artsen aan het woord die de vermeende zinnigheid van euthanasie weerleggen en wijzen op de fundamentele omslag die het legaliseren ervan teweeg brengt. Euthanasie dreigt, zegt een van de sprekers, op termijn de standaard te worden om te sterven.

De angst zit er bij mensen goed in. De vergrijzing neemt toe, de zorg wordt minder, de mogelijkheden voor mantelzorg door eroderende sociale- en familiebanden minder, de kans op eenzaamheid groter.

De wettelijke mogelijkheid tot euthanasie heeft zijn eigen dynamiek, waarschuwt de protestantse ethicus Boer. De mogelijkheid voor artsen om in uitzonderlijke gevallen van uitzichtloos lijden zonder strafvervolgung een leven te beëindigen is inmiddels naar het gevoel een recht om te sterven geworden met op termijn een plicht voor artsen om te doden.

Dat lijkt vergezocht, maar nu reeds zijn artsen die geen euthanasie willen plegen verplicht een patiënt door te verwijzen. Een van de artsen die aan het woord komen, een oncoloog, weigert dat. Niet alleen omdat het slecht is voor de patiënt, maar voor de hele samenleving.

Mensen die om euthanasie vragen, zegt een palliatieve zorgarts in de documentaire, zouden verplicht enige tijd palliatieve zorg moeten ontvangen. Hij zegt er zeker van te zijn dat 80 tot 90% het verzoek laat vallen als ze ontdekken dat hun lijden verlicht kan worden door goede lichamelijke en geestelijke zorg en aandacht.

Euthanasie ondermijnt het besef van de positieve waarde van wederzijdse afhankelijkheid en solidariteit en daarmee het cement van de samenleving.

De documentaire belicht het zelf niet, maar die erosie van humaniteit blijkt onder meer uit donorprotocollen die momenteel van overheidswege worden ontwikkeld. Psychiatrische patiënten met een doodwens – welke psychiatrische patiënt heeft die niet? – wordt concreet voorgesteld daar iets 'nobels' van te maken door orgaandonor te worden. Dan worden er heel wat vliegen in één klap geslagen, luidt de redenatie. Als onze cultuur inmiddels zo cynisch is, ja, dan is er iets goed mis.

De documentaire Affirming Dignity is ook te zien op www.katholieknieuwsblad.nl/goed-mis.

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



Ook voor gezonde mensen medische hulp bij zelfdoding?

Katholiek Nieuwsblad, 21 oktober 2016

door Willem Jacobus kardinaal Eijk, aartsbisschop van Utrecht en referent voor medische ethiek namens de Nederlandse bisschoppenconferentie.

[KatholiekNieuwsblad](#)

Het nieuwe kabinetsplan om levensbeëindiging van gezonde mensen met een 'voltooid leven' mogelijk te maken, vervult met zorg. Ook de persoonlijke autonomie is er niet mee geholpen, want "beëindiging van leven betekent ook beëindiging van vrijheid".

Iedereen werd op woensdag 12 oktober jl. verrast door een brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Schippers, en de minister van Veiligheid en Justitie, Van der Steur, gericht aan de voorzitter van de Tweede Kamer. Beide ministers maakten daarin bekend dat het kabinet het voornemen heeft om een nieuwe wet uit te werken. Deze wet moet het mogelijk maken dat ook hulp bij suïcide wordt geboden aan mensen die niet lijden aan een medische aandoening of een combinatie van medische factoren, kortom ook aan mensen die eventueel gezond zijn.

Ondraaglijk en uitzichtloos

Wat staat het kabinet voor ogen? In 2002 werd de Euthanasiewet van kracht. Formeel zijn euthanasie en hulp bij suïcide nog steeds verboden. De Euthanasiewet maakt het echter voor een arts mogelijk euthanasie te verrichten of hulp bij suïcide te verlenen zonder te worden gestraft. Hiervoor moet hij voldoen aan een aantal zorgvuldigheidseisen. Een daarvan is dat hij overtuigd moet zijn dat het lijden van de patiënt ondraaglijk en uitzichtloos is. Het lijden is uitzichtloos als er geen behandeling beschikbaar is waardoor het lijden kan worden weggenomen of verminderd. Dit is een objectief criterium. Of het lijden uitzichtloos is, zal de arts vooral beoordelen op basis van zijn deskundigheid. Dat het lijden ondraaglijk is, moet vooral de patiënt aangeven. Dit is in hoofdzaak een subjectief criterium. De Euthanasiewet gaat er echter vanuit dat het ondraaglijk en uitzichtloos lijden wordt veroorzaakt door een medische aandoening of op zijn minst een combinatie van medische factoren (zoals artrose, rugklachten, slechthorendheid, slechthoortendheid, bedlegerigheid).

Geen medische grondslag

Het kabinet meent dat lijden ook ondraaglijk en uitzichtloos kan zijn bij mensen die niet lijden aan een medische aandoening of een combinatie van medische factoren: een lijden 'zonder medische grondslag'. Dit betreft mensen veelal op leeftijd die gebukt gaan onder het verlies van dierbaren, eenzaamheid, vermoeidheid of aftakeling als gevolg van ouderdom, maar overigens gezond zijn. Enkelen onder hen ontwikkelen als gevolg daarvan een duurzame en actieve doodswens, omdat zij van mening zijn dat hun leven geen zin meer heeft en 'voltooid' is. Deze mensen komen volgens de Euthanasiewet niet in aanmerking voor hulp bij suïcide. Deze wet vereist immers dat er voor het uitzichtloos en ondraaglijk lijden een medische grondslag is. Om ook hulp bij suïcide mogelijk te maken bij mensen die uitzichtloos en ondraaglijk lijden door andere dan medische oorzaken en hun leven daarom 'voltooid' achten, wil het kabinet een nieuwe wet uitwerken.

Stervenshulpverlener

In 2010 publiceerde de initiatiefgroep Uit Vrije Wil een wetsontwerp dat ruimte bood voor hulp bij suïcide bij mensen die de leeftijd van zeventig jaar hebben bereikt en een vrijwillige, weloverwogen en duurzame stervenswens hebben. De hulp bij suïcide zou moeten worden verleend door een 'stervenshulpverlener', die geen arts hoeft te zijn, maar bijvoorbeeld psycholoog, filosoof, geestelijk verzorger of verpleegkundige is. Voor stervenshulp zouden ook mensen in aanmerking komen die niet lijden aan een medische of psychiatrische



aandoening, maar om andere redenen menen dat hun leven voltooid is. Er bleek in Haagse politieke kringen toentertijd weinig steun te zijn voor dit burgerinitiatief. Het opiniepanel van het televisieprogramma Een Vandaag hield er van 21 tot 27 juli 2011 een enquête over onder achthonderd huisartsen: slechts 20% van hen bleek bereid hulp bij suïcide te verlenen aan mensen die hun leven voltooid achtten. 64,5% verklaarde zich daar niet toe bereid. De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst publiceerde in 2011 als haar officiële standpunt dat er een medische grondslag moest zijn, minstens een combinatie van medische factoren, om te kunnen spreken van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden dat levensbeëindiging kan rechtvaardigen.

In 2014 stelden de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Veiligheid en Justitie de Adviescommissie voltooid leven in, die stond onder het voorzitterschap van de D66'er prof. P. Schnabel. Deze commissie concludeert in haar rapport Voltooid leven, gepubliceerd op 4 februari van dit jaar, dat de Euthanasiewet goed functioneert. De commissie is van mening dat de Euthanasiewet voor het merendeel van de gevallen die worden gekwalificeerd als 'voltooid leven' ruimte biedt voor levensbeëindiging op verzoek. Zij raadt daarom af om deze wet te wijzigen.

Conflict van plichten

Het kabinet neemt het advies van de commissie over om de Euthanasiewet ongewijzigd te laten. Het wijkt tot ieders verrassing echter af van het advies van de commissie om de huidige juridische mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding niet te verruimen door een nieuwe wet in het vooruitzicht te stellen die ruimte zal creëren voor hulp bij suïcide wegens een voltooid leven, dat wil zeggen voor mensen die hun leven wensen te beëindigen vanwege een uitzichtloos en ondraaglijk geacht lijden zonder medische grondslag. Waarom wil het kabinet zo'n nieuwe wet naast de bestaande Euthanasiewet? Binnen het kader van de Euthanasiewet is wie euthanasie of hulp bij suïcide wenst afhankelijk van de arts. Deze heeft geen plicht om euthanasie te voltrekken of hulp bij suïcide te verlenen. De patiënt heeft geen recht op euthanasie of hulp bij suïcide. De arts toetst vooraf of het lijden van de patiënt, dat moet zijn veroorzaakt door een ziekte of een combinatie van medische factoren, uitzichtloos en ondraaglijk is en daarom het verzoek tot levensbeëindiging kan worden ingewilligd. Om de arts te controleren verricht een van de vijf Regionale Toetsingscommissies achteraf een toetsing. In de Euthanasiewet staat de arts centraal. Deze wet gaat uit van de veronderstelling dat de arts vanwege de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt geconfronteerd wordt met een conflict van plichten: enerzijds heeft hij de plicht om het leven te beschermen en te behouden, anderzijds heeft hij de plicht om het lijden weg te nemen of te verminderen en zou hij dat in sommige gevallen, als er geen alternatief is, alleen kunnen doen door het leven van de patiënt te beëindigen. Hij staat dan voor een conflict van plichten dat een situatie van overmacht zou inhouden. Zou hij in die situaties het leven van de patiënt beëindigen, dan doet hij iets dat formeel tegen de wet ingaat, maar niet materieel en wordt hij daarom niet gestraft.

Andere, nieuwe wet

In gevallen van een 'voltooid leven' is er echter geen medische aandoening of combinatie van medische factoren waarover de arts een oordeel zou kunnen vellen. De arts kan niet op basis van zijn specifieke deskundigheid beoordelen of een leven 'voltooid' is en of zaken als eenzaamheid, ouderdom en verminderde mobiliteit een uitzichtloos en ondraaglijk lijden betekenen. Bijgevolg is een conflict van plichten bij de arts in deze situaties niet aan de orde. Daarom acht het kabinet daarvoor een andere, nieuwe wet nodig waarin niet de arts en zijn veronderstelde conflict van plichten een centrale rol hebben, maar degene die wegens een voltooid leven wenst te sterven, en diens autonomie. Het kabinet wil recht doen aan de autonomie van mensen die een stervenswens hebben zonder dat er medische redenen voor zijn. Autonomie (zelfbeschikking) is, aldus het kabinet, een fundamentele waarde en een belangrijk element zowel voor de ethiek als voor het recht.

Het kabinet acht autonomie weliswaar geen absoluut principe, maar vindt dat de beschermwaardigheid van het



leven in sommige gevallen onder druk komt te staan, wanneer mensen zonder specifiek medische problemen menen dat hun leven voor henzelf geen waarde meer heeft en daarom een persistente, actieve doodswens hebben. In dergelijke gevallen kan het voorkomen dat de beschermwaardigheid van het leven moet wijken voor de autonomie, het recht op zelfbeschikking.

Nieuwe beroepsgroep

Om misbruik te voorkomen zal ervoor moeten worden gewaakt dat het verzoek om hulp bij suïcide inderdaad vrijwillig, consistent en weloverwogen is. Dit moet voorafgaande aan de zelfdoding worden getoetst door een speciaal daartoe opgeleide 'stervenshulpverlener'. Het gaat om een nieuwe beroepsgroep van deskundigen die ervaring hebben met existentiële en psychosociale problemen en met de begeleiding van mensen aan het levenseinde. Dit kunnen artsen zijn, maar ook verpleegkundigen of psychologen die een 'medische kopstudie' hebben gevolgd. De stervenshulpverlener moet een aantal gesprekken voeren met de betrokkene om te bezien of diens doodswens weloverwogen, vrijwillig en duurzaam is. Tevens moet hij beoordelen of de stervenswens niet uit een medische oorzaak voortvloeit, bijvoorbeeld een depressie, en door een medische behandeling kan worden weggenomen. Nadat de zelfdoding heeft plaatsgevonden wordt het besluit om hulp bij zelfdoding te verlenen getoetst door een onafhankelijke commissie.

De wet die het kabinet wil uitwerken, lijkt veel op het wetsvoorstel van Uit Vrije Wil. Het kabinet geeft echter geen leeftijdsgrens aan, al denkt het bij 'voltooid leven' vooral aan mensen op leeftijd.

Die wet moet er nooit komen.

Hellend vlak

Wat kunnen we zeggen van de nieuwe wet die het kabinet voornemens is uit te werken? Op de eerste plaats bevestigt dit voornemen van het kabinet datgene waar al vanaf het begin van de euthanasiediscussie voor is gewaarschuwd: door euthanasie of hulp bij suïcide toe te staan, ook al gebeurt dit in nog zo beperkte mate, begeeft men zich op het hellend vlak. Dat laten de ontwikkelingen in de laatste halve eeuw in Nederland ook zien. In de jaren zeventig en het begin van de jaren tachtig ging de discussie over het toelaten van euthanasie in het terminale stadium van een ongeneeslijke lichamelijke aandoening. Later werd ook euthanasie vóór het terminale stadium bespreekbaar. Aan het begin van de jaren negentig kwam euthanasie of hulp bij suïcide wegens psychiatrische aandoeningen in beeld of bij mensen in een gevorderde staat van dementie wanneer betrokkene een schriftelijke euthanasieverklaring had getekend toen hij nog over zijn toestand kon oordelen. Het Gronings Protocol uit 2004, dat later een landelijke regeling werd, schiep mogelijkheden voor de levensbeëindiging van gehandicapte pasgeborenen. Dat nu ook mogelijkheden worden gecreeerd voor hulp bij suïcide voor mensen die gezond zijn, viel daarom in zekere zin te voorzien, al was overigens de mededeling van het kabinet hiervoor een nieuwe wet te zullen uitwerken voor iedereen een verrassing, omdat dit op zo frappante wijze van het advies van de Adviescommissie voltooid leven afwijkt. Als men levensbeëindigend handelen op verzoek toestaat wegens een bepaalde vorm van lijden, dan zal men steeds aanlopen tegen de vraag of levensbeëindiging bij een iets minder ernstig lijden ook aanvaardbaar is. De deur, eenmaal op een kier gezet, zwaait dan gemakkelijk steeds verder open. Als nu ook ruimte wordt gecreeerd voor hulp bij suïcide bij gezonde mensen, zij het onder voorwaarden, wat is dan de volgende stap?

Slechts relatieve autonomie

Een principiële vraag is of de autonomie van de mens zover gaat dat hij ook beschikkingsrecht heeft over leven en dood. Het antwoord op die vraag is neen. De mens heeft uiteraard een zekere autonomie, maar die is relatief en omvat niet het recht om te beschikken over eigen leven en dood of die van iemand anders. De centrale vraag is: welke waardigheid heeft het menselijk leven? Het lichamelijke leven van de mens hangt samen met de



waarde die het menselijk lichaam heeft. Bij levensbeëindiging beëindigt men het lichamelijke leven (niet dat van de ziel, die onsterfelijk is). Onze cultuur ziet het lichaam vaak als een object, een ding, waar wij vrij over zouden kunnen beschikken. De menselijke persoon zou alleen het bewustzijn betreffen ('ik ben mijn brein'), dat vrijelijk zou kunnen beschikken over het menselijk lichaam als een puur middel tot welk doel ook. Dit is een materialistisch denkbeeld. De geest of het bewustzijn wordt gezien als een geheel van complexe biochemische en neurofysiologische functies in de hogere delen van de hersenen. Binnen deze visie heeft het lichaam alleen de waarde die het individu eraan toekent. Wanneer het lichamelijke leven door ziekte of andere oorzaken ontlusterd is en daarom zijn waarde verloren zou hebben, zou het individu er door actieve levensbeëindiging afstand van mogen doen.

Gedegradeerd tot middel

Het lichaam is echter geen object of een ding, maar behoort wezenlijk tot de menselijke persoon. De mens is zowel wat zijn lichaam als wat zijn geestelijke dimensie betreft geschapen naar Gods beeld en gelijkenis. God en wie naar zijn beeld geschapen zijn, zijn altijd een doel in zich en nooit een louter middel tot een doel. Dit geldt ook voor het lichaam. De beëindiging van het lichamelijke leven om aan het lijden een einde te maken houdt in dat het wordt opgeofferd als een middel om het lijden te beëindigen. Dit betekent dat het lichaam wordt gedegradeerd tot een middel. Daarom is levensbeëindiging op verzoek of zonder verzoek altijd een moreel kwade handeling die nooit of te nimmer mag worden verricht. Het lichaam deelt in de waardigheid van de menselijke persoon die een doel in zich is en daarom een waarde die altijd en overal blijft, ook als de persoon in kwestie de indruk heeft dat die verloren is gegaan. Het laatste bevestigen we als we om die reden euthanasie of hulp bij suïcide toestaan. We zouden daarentegen mensen moeten helpen om het besef van de essentiële waardigheid van het leven weer te ontdekken.

Beëindiging vrijheid

Het kabinet denkt met de nieuwe wet recht te doen aan de autonomie van mensen die een persistente actieve stervenswens hebben wegens een lijden dat niet door medische factoren is bepaald. Daar valt veel op af te dingen. Dat de beschermwaardigheid van het leven in sommige gevallen moet wijken voor het recht op zelfbeschikking betekent dat men aan de vrijheid van de mens een hogere waarde toekent dan aan zijn leven. Het is waar dat de vrijheid een hogere waarde is dan het leven. Dat zien we bij de martelaar die toelaat dat anderen hem doden, omdat hij zich daardoor niet laat dwingen om Christus te verloochenen, maar in vrijheid ervoor kiest Hem trouw te blijven. Echter, de vrijheid mag dan een hogere waarde zijn dan het leven, het leven is een fundamentele waarde ten opzichte van de vrijheid: zonder leven geen vrijheid. Beëindiging van het leven betekent ook beëindiging van de vrijheid.

Autonomie echt gediend?

Afgezien van deze fundamentele beschouwing: is met de nieuwe wet die het kabinet wil invoeren, de autonomie van mensen met een doodswens echt gediend? We kunnen ons met recht en reden afvragen of ze wel echt dood willen. Hulpverleners weten uit ervaring dat het verzoek om levensbeëindiging vaak een roep om hulp is. Dan moet geen hulp bij suïcide worden aangeboden, maar samen met de betrokkene worden gesproken om te zien wat zijn echte probleem is en hoe hij geholpen kan worden. Als mensen gebukt gaan onder eenzaamheid, verlies van dierbaren en ouderdomsverschijnselen, dan moeten we geen mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding aanbieden, maar ons afvragen of we niet een en ander aan onze zieken- en ouderenzorg dienen te verbeteren. Hiermee komen we aan de werkelijke problemen tegemoet waar mensen mee worstelen die een stervenswens uiten. Het kabinet zegt dat we, voordat we overgaan tot daadwerkelijke hulp bij suïcide, ons eerst moeten afvragen of we niet iets aan de situatie van deze mensen en de zorg voor hen moeten doen. Echter, als eenmaal de mogelijkheid tot hulp bij suïcide realiteit wordt en er wellicht een trend uit voortvloeit om bij een stervenswens hulp bij suïcide aan te bieden, dan kan dat pogingen om de zorg voor deze mensen te verbeteren



ontmoedigen. Tevens kunnen ouderen en eenzamen zich onder die omstandigheden schuldig gaan voelen, als ze verder zouden willen leven. Ze zouden daardoor het gevoel kunnen krijgen teveel een claim op hun familieleden te leggen of een kostenpost voor de gezondheidszorg te worden.

Echte autonomie

Tenslotte: het kabinet wil tegemoetkomen aan de autonomie van mensen, maar richt zich uitsluitend op de uiterlijke autonomie, het vrij zijn van wetten die de overheid oplegt, of vrij zijn van sociale druk. Maar veel belangrijker is de innerlijke autonomie: het innerlijke vermogen om moreel goede keuzes te maken, ook als dat heel moeilijk is. Aan deze innerlijke autonomie moeten we in de eerste plaats aandacht schenken. Deze moeten we zien te versterken door goede professionele en liefdevolle palliatieve zorg en zieken- en ouderenzorg. De ervaring leert dat mensen daardoor die innerlijke kracht terugkrijgen, weer zin in het leven gaan zien en het ook willen voortzetten.

Aan het begin van de jaren negentig deed Drion, lid van de Hoge Raad, het voorstel om aan ouderen op hun verzoek via een arts geneesmiddelen ter beschikking te stellen waarmee zij op een zelfgekozen moment aan hun leven een einde zouden kunnen maken. In 1998 beëindigde de PvdA-politicus Edward Brongersma zijn leven met een middel dat hem op zijn verzoek daartoe door zijn huisarts was verstrekt. Hij leed niet aan een ernstige lichamelijke of psychische aandoening, maar ging gebukt onder de afname van zijn lichamelijke krachten en eenzaamheid, om welke redenen hij zijn leven zinloos achtte. Omdat Brongersma niet leed aan een classificeerbare lichamelijke of psychische aandoening, werd zijn huisarts door de Hoge Raad schuldig bevonden aan hulp bij zelfdoding, al werd hem geen straf opgelegd. Anderzijds sloot de Hoge Raad niet uit dat er ook in een situatie waarin er geen sprake is van een medische of psychische aandoening, sprake kan zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

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

Toename aantal euthanasiegevallen in Nederland vlakt in 2015 af

Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, 25 april 2016

Medisch Contact, 26 april 2016



Zoals al eerder bekend gemaakt was, blijkt nu ook uit het jaarverslag van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie dat het aantal meldingen van euthanasie bij de Toetsingscommissies afgevlakt is in 2015. In dat jaar werden 5516 gevallen gemeld, een stijging van 4% t.o.v. 2014 (5306). Dit is lager dan de jaarlijkse toename van 10% die de laatste jaren gebruikelijk was.

Toename euthanasie vlakt af in 2015



Trouw, 17 maart 2016



Medisch Contact, 21 maart 2016



Vorig jaar is aan ongeveer 5.500 Nederlanders euthanasie verleend. Dat is nog altijd meer dan in 2014, maar een halvering van de gebruikelijke, jaarlijkse stijging. Dat bleek uit een presentatie van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) op een congres van de Levensindekliniek.

Commissie Schnabel wil geen nieuwe juridische mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding

Rijksoverheid, 4 februari 2016

De commissie Schnabel concludeert in het rapport "Voltooid Leven" dat aanpassing van de Wet toetsing Levensbeëindiging niet nodig en ook niet wenselijk is. Op dit rapport is wisselend gereageerd.

Wet zo laten, Medisch Contact, 4 februari 2016 *Verdeelde reacties op rapport Voltooid Leven, Medisch Contact, 4 februari 2016*

Euthanasie bij kinderen? Slecht plan!

Katholiek Nieuwsblad, 21 januari 2016

door Esmé Wiegman, directrice van NPV – Zorg voor het leven

KatholiekNieuwsblad

De Tweede Kamer houdt 22 januari 2016 een rondetafelgesprek over euthanasie bij minderjarige kinderen. De NPV is erbij en vraagt zich af: hoeveel zelfbeschikking vertrouwen we aan kinderen toe? En belangrijker nog: hoeveel bescherming hebben kinderen nodig?

Op dit moment is er in ons land een discussie gaande over het toestaan van euthanasie bij kinderen tussen de 1 en 11 jaar. In Nederland is dat – in tegenstelling tot in ons buurland België – niet mogelijk. Tot 1 jaar vallen kinderen onder het Groningenprotocol. Vanaf 12 jaar geldt de bestaande euthanasiewetgeving. Er gaan echter stemmen op om euthanasie bij kinderen tussen 1 en 11 jaar ook in ons land mogelijk te maken. Minister Edith Schippers van VWS staat open voor een debat over dit onderwerp. Op vrijdag 22 januari wordt er door de Tweede kamer een rondetafelgesprek belegd. De NPV is aanwezig om een inhoudelijke bijdrage te leveren.

Autonomie en zelfbeschikking zijn problematisch

In de euthanasiewet speelt wilsbekwaamheid een doorslaggevende rol. Het is de vraag of kinderen onder de 12 jaar een weloverwogen keuze kunnen maken over actieve levensbeëindiging. Wetgeving maakt het niet voor niets op allerlei terreinen onderscheid tussen kinderen en volwassenen. Juist op basis van hun beperkte wilsonbekwaamheid beschermen we kinderen tegen beslissingen waarvan ze de reikwijdte niet kunnen overzien. Zou het niet opmerkelijk zijn als er voor euthanasie een uitzondering wordt gemaakt, al dan niet na



toetsing of een kind wilsbekwaam is?

Ga uit van acuut lijden; niet toekomstig lijden

Om in aanmerking te komen voor actieve levensbeëindiging moet er onder andere worden voldaan aan het criterium 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden'. Als kinderen onder de 12 jaar hiermee te maken krijgen en het overlijden op korte termijn wordt verwacht, wordt veelal palliatieve sedatie ingezet. Dit is niet mogelijk als er geen sprake is van acuut lijden, maar van te verwachten toekomstig lijden. Sommigen zijn van mening dat ook toekomstig lijden reden zou moeten zijn voor het toepassen van euthanasie bij kinderen.

De NPV vindt een verschuiving van 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden' naar toekomstig lijden onwenselijk. Op deze manier komt de nadruk steeds meer te liggen op 'gebrek aan kwaliteit van leven' in plaats van het verlichten van acuut lijden van het kind waarvoor in de meeste gevallen een bepaalde vorm van palliatieve zorg kan worden ingezet.

Goede palliatieve zorg, op maat

Het lijkt erop dat er in de discussie over het mogelijk maken van euthanasie bij minderjarigen hetzelfde gebeurt als bij de invoering van de euthanasiewet, namelijk dat de verkeerde volgorde wordt toegepast: eerst wordt de mogelijkheid voor actieve levensbeëindiging geregeld, en daarna komt er aandacht voor palliatieve zorg. Palliatieve zorg bij kinderen is complex en nog volop in ontwikkeling.

Het optimaliseren van kinderpalliatieve zorg vraagt niet om lineair denken, maar om het zoeken naar nieuwe en creatieve oplossingen voor problemen die zich voordoen. Het vraagt om meer investeringen in hoogwaardige zorg en goede respijtzorg in bijvoorbeeld kinderspices, waardoor ouders en andere gezinsleden worden ontlast bij de intensieve zorg voor hun zieke kinderen. Want kinderen behoren goede en passende (palliatieve) zorg te ontvangen in plaats van een mogelijkheid tot actieve levensbeëindiging. Een maatschappij die haar kinderen niet beschermt, verliest haar waardigheid!

Te gemakkelijke antwoorden

Vragen rondom het lijden, in het bijzonder bij kinderen, kunnen groot zijn. We moeten waken voor het geven van te gemakkelijke antwoorden. Vaak in het terugblikken op perioden van ziekte en lijden, concluderen mensen vaak bijzondere dingen over de betekenis van het lijden. Ook wordt vaak zichtbaar wat kwetsbaarheid met mensen doet. Welke gevoelens van barmhartigheid en zorgzaamheid worden losgemaakt. Hoe boosheid plaats kan maken voor liefde. Ziekte en lijden kan soms 'een ongevraagd cadeau van het leven' zijn, zoals een vader van een meervoudig gehandicapte zoon eens zei.

Niet aan de orde

In de afgelopen tien jaar zijn er in Nederland 'slechts' vijf gevallen gemeld van euthanasie bij minderjarigen. In vier gevallen ging het om een zestien- en zeventienjarige en een keer om een kind van 12 jaar. Als euthanasie bij kinderen zo zeldzaam is, dan zal het bij kinderen tussen 1 en 11 jaar nog minder voorkomen.

Richting degenen die niet overtuigd kunnen worden door argumenten vanuit de waarde van het leven de vraag: rechtvaardigt dit kleine aantal een wet of regeling waar een enorme suggestieve en normstellende werking van uit kan gaan? In een land waar pragmatisch wordt omgegaan met uitzonderingen en terughoudendheid is ten aanzien van regels voor uitzonderingsgevallen zou de conclusie getrokken moeten worden dat een euthanasiewet voor kinderen niet aan de orde is.

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.



Duidelijkheid over euthanasie?

Katholiek Nieuwsblad, 15 januari 2016

door dr. Lambert Hendriks, voorzitter van de Katholieke Stichting Medische Ethiek en rector en docent moraaltheologie van het grootseminarie Rolduc

[KatholiekNieuwsblad](#)

De Handreiking schriftelijk euthanasieverzoek wil duidelijkheid scheppen over euthanasie in situaties waarin niet meer goed met de patiënt gecommuniceerd kan worden. Maar die duidelijkheid is ver te zoeken.

Het verschijnen van de *Handreiking schriftelijk euthanasieverzoek* van de Rijksoverheid in samenwerking met de artsenorganisatie KNMG, zal bij velen niet veel stof hebben doen opwaaien.

Handvat

Deze handreiking is bedoeld om artsen een handvat te geven, zodat euthanasie ook toegepast kan worden in situaties waarbij mensen niet meer zelf kunnen aangeven dat ze euthanasie willen, alhoewel ze dat eerder wel schriftelijk hadden vastgelegd.

Voorspelbaar proces

We raken er als samenleving aan gewend dat euthanasie iets is dat zich steeds breder manifesteert en het aanpassen en verruimen van regels wordt dan ook vaak gezien als een voorspelbaar proces.

Hellend vlak

Tegelijkertijd zal het ook een bevestiging zijn voor bezorgde mensen, die al lang tevoren een hellend vlak constateerden. Euthanasie begon als een uitzondering en langzaam maar gestaag schuift het op naar de normaliteit, waarbij er steeds meer situaties denkbaar zijn waarin euthanasie kan worden toegepast.

Wagenwijd open

Toch valt te betwijfelen of er van een hellend vlak wel sprake is. Op een symposium van de Katholieke Stichting Medische Ethiek betoogde een jurist onlangs op overtuigende wijze dat er bij de euthanasiewetgeving in ons land nooit sprake is geweest van een hellend vlak, omdat de poort al vanaf het allereerste begin wagenwijd open stond.

Verduidelijking

Deze handreiking is het bewijs voor de juistheid van die stelling. Alhoewel euthanasie bij een schriftelijk verzoek zonder dat daar op het moment zelf nog over gecommuniceerd kan worden, als een nieuwe regeling beschouwd kan worden, wordt het tegelijkertijd gepresenteerd als 'slechts' een verduidelijking van de euthanasiewet.

Zorgvuldigheidseisen

Inderdaad wordt nergens expliciet gezegd dat er iets veranderd zou zijn met betrekking tot de praktijk van de euthanasie. Het document herhaalt de zorgvuldigheidseisen, waarbij overigens al meteen in de week wordt gelegd dat het verzoek om euthanasie soms niet verwoord of herhaald kan worden.

Niets nieuws

Er wordt ook opnieuw benadrukt dat euthanasie geen gewoon medisch handelen is en dat het op zichzelf genomen nog steeds strafbaar is. De handreiking geeft dan ook terecht aan dat patiënten er nooit van uit mogen gaan dat hun verzoek om euthanasie ook daadwerkelijk gehonoreerd zal worden. Tot zover niets nieuws onder de zon.

Dementie

Tegelijkertijd is deze handreiking bedoeld om duidelijk te maken dat euthanasie ook mogelijk is als de patiënt



op een bepaald moment niet meer zelf kan herhalen dat hij of zij euthanasie wenst, bijvoorbeeld in het geval van dementie – een onderwerp dat in het document een eigen hoofdstukje heeft gekregen.

Vrijwillig

Belangrijk is, aldus de nieuwe handreiking, dat het schriftelijk euthanasieverzoek vrijwillig en weloverwogen is opgesteld. Voor de arts die op deze schriftelijke verklaring wil afgaan zal dat altijd duidelijk moeten zijn, wil deze tot de uitvoering ervan kunnen besluiten.

Controleren

Het spreekt echter voor zich dat dit wel heel moeilijk te controleren is. Per definitie kun je aan een tekst moeilijk zien of die vrij en weloverwogen tot stand kwam, zeker als het gaat om standaardformuleringen. Daarmee verdwijnt dus een wezenlijk principe achter euthanasie steeds meer naar de achtergrond, namelijk dat iemand er op een gegeven moment zelf om vraagt.

Tijd

Vanzelfsprekend komt het schriftelijk euthanasieverzoek ook van de persoon zelf, maar daar kan inmiddels best wel wat tijd overheen zijn gegaan. Feit blijft dat er iemand gedood wordt, die daar niet zelf om vraagt. Misschien ooit eerder wel, maar nu niet.

Weloverwogen

Voorstanders van de nieuwe regeling zullen benadrukken dat het eerdere schriftelijke verzoek om euthanasie wel degelijk vrij en weloverwogen is geweest. Dat iemand opeens heel anders tegen zijn leven en lijden aan kan kijken, mag echter niet genegeerd worden.

Bedenkingen

Zelfs Bert Keizer, die toch een uitgesproken voorstander van de mogelijkheid tot euthanasie is, heeft om die reden al ernstige bedenkingen geuit bij deze nieuwe handreiking. Het komt allemaal neer op deze ene vraag: willen we als samenleving echt mensen doden die daar niet om vragen? En mag je zoiets überhaupt wel van artsen vragen?

Duidelijkheid

De regeling is bedoeld om duidelijkheid te scheppen in een situatie waarin er niet goed meer met de patiënt gecommuniceerd kan worden. Maar die duidelijkheid is ver te zoeken. Als iemand door dementie de euthanasie niet meer wil, zal men die ook in de nieuwe regeling niet kunnen geven. Dan kan er nog zoveel schriftelijk zijn vastgelegd.

Abonnement

Gelukkig ook maar, want waarom zouden we ervan uit moeten gaan dat mensen zich niet willen bedenken? Het is nog niet zo lang geleden dat het in ons land bij wet werd verboden om zelfs maar een abonnement op een tijdschrift ongevraagd te laten doorlopen, zonder dat het verzoek herhaald wordt. Men is zich terecht ervan bewust dat mensen soms om iets vragen, maar later vergeten daarop terug te komen als ze het niet meer willen – waarom zou dat juist bij dementie niet het geval zijn?

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.



Zelfbeschikking rond levenseinde mag arts niet verplichten

KNMG verduidelijkt standpunt

KNMG, 5 januari 2016



De wens zelf te kunnen bepalen hoe en wanneer je dood gaat, is groot, blijkt uit NRC-onderzoek in samenwerking met artsenfederatie KNMG. Artsen melden vandaag in NRC dat deze wens nooit mag leiden tot een meewerkplicht voor de dokter. Ook zijn er veel vragen rond zelfbeschikking. Hoever willen we gaan als samenleving? Hoe beschermen we kwetsbaren, voorkomen we druk van familie of mantelzorgers?

Veel mensen willen zelf bepalen hoe hun levenseinde eruit ziet en wanneer dit plaatsvindt, zo blijkt uit het NRC-onderzoek naar euthanasie, in samenwerking met artsenfederatie KNMG. Niet verrassend, wel een duidelijk signaal dat we deze wens tot autonomie rond het levenseinde verder moeten verkennen. KNMG-voorzitter Van der Gaag: "Hoe zou het proces rond zelfbeschikking eruit moeten zien? En mag de wens tot zelfbeschikking leiden tot een verplichting voor de dokter om hieraan mee te werken? Veel dokters zouden daar grote moeite mee hebben." Waarom?

Euthanasie genormeerd

De euthanasiewet, waaraan artsenfederatie KNMG heeft meegewerkt, legt de beoordelingsprocedure en (niet verplichte) uitvoering van euthanasie in handen van artsen. Zij moeten volgens de wet afwegen of er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en of dit lijden een medische grondslag heeft. Ook bezien zij of het verzoek weloverwogen en vrijwillig is en of er geen redelijke alternatieven meer zijn. Euthanasie is – nog steeds – een ultimum remedium. Het levensbeëindigend handelen door artsen is zowel medisch als maatschappelijk genormeerd: met professionele normen, met een verplichte toetsing vooraf door een onafhankelijke tweede arts en een melding achteraf aan de toetsingscommissie euthanasie. Van der Gaag: 'Dat maakt de euthanasiepraktijk tot een kwalitatief hoogwaardige én gecontroleerde praktijk. Maar het is ook een praktijk waarin je als patiënt euthanasie niet kunt 'afdwingen'. De wet geeft artsen de ruimte een eigen afweging te maken. Niet alleen omdat er voor euthanasie geen medische indicatie is, maar vooral omdat de arts een fundamentele morele en juridische grens overschrijdt: hij beëindigt het leven van de patiënt. Het uitvoeren van euthanasie is bijzonder medisch handelen en kan nooit een verplichting voor een arts worden.'

Geen 'u vraagt, wij spuiten'

Kortom, met artsen als centrale professional wordt het nooit 'u vraagt, wij spuiten'. De meeste artsen staan wel open voor euthanasie, zo blijkt uit de jaarlijkse stijging van het aantal meldingen van euthanasie. Driekwart van de deelnemende artsen aan een KNMG-onderzoek dit jaar vond het afwegen en uitvoeren van euthanasie bij hun vak horen. "Zij laten de wens van de patiënt zwaar wegen en maken ook ruimte voor complexe afwegingen, zoals blijkt uit het aantal euthanasieën bij (beginnende) dementie, gestapelde ouderdomsklachten of psychiatrische aandoeningen," aldus Van der Gaag. Uit het KNMG-onderzoek bleek echter ook dat artsen een ongewenst grote maatschappelijke druk ervaren om euthanasie uit te voeren. Zij zien dat veel patiënten veronderstellen dat euthanasie een recht is. En artsen merken dat er niet altijd oog is voor hun taak om euthanasieverzoeken te toetsen aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Dat inzicht is wel van groot belang, want euthanasie is een precair proces. Daarom zijn respect voor elkaars beleving en heldere communicatie van



groot belang. Een tijdig gesprek over het levenseinde, over angsten, zorgen, verwachtingen en (on)mogelijkheden, helpt om misverstanden te voorkomen. Het schept ruimte om gezamenlijk tot een goede afweging te komen. En bovenal helpt het de arts om zoveel mogelijk recht te doen aan de wensen – en daarmee zelfbeschikking – van de patiënt.

Veiligheidskleppen?

Ook maatschappelijk is een goed gesprek en discussie noodzakelijk. De vraag die op de samenleving en artsen afkomt is in hoeverre mensen in vrijheid de wijze waarop zij hun levenseinde willen vormgeven kunnen bepalen. Van der Gaag: “Met andere woorden: tot hoever reikt het zelfbeschikkingsrecht? Hoe bakenen we de grenzen van levensbeëindigend handelen af en wie achten we daar het meest geschikt voor? Nu is het voor niet-artsen in beginsel strafbaar om hulp bij zelfdoding te verlenen. Wat gebeurt er als we de rol van artsen in dit proces loslaten of weghalen? Hoe wordt een goede dood geregeld als hulp van familie of door vrienden bij zelfdoding niet meer strafbaar zou worden gesteld? Een uiterste consequentie van zelfbeschikking zou bijvoorbeeld zijn dat de staat toestaat dat een levenseindepil of levenseindedrank beschikbaar komt voor iedereen. Willen we dat als samenleving? Hoe beschermen we kwetsbaren, voorkomen we druk van familie of mantelzorgers? Hoe bouwen we veiligheidskleppen in?”

Rapport Schnabel

“Waar zelfbeschikking en het beschermingsbeginsel conflicteren, ontkomt men niet aan een zorgvuldige maatschappelijke afweging. Dat is de kern van het debat. Of artsen daar een rol in moeten of kunnen hebben is daar onderdeel van. Net zoals de vraag wat deze vrijheid betekent voor de huidige euthanasiepraktijk.” De KNMG kijkt uit naar het aanstaande rapport van de ‘commissie van wijzen’ onder leiding van Paul Schnabel. Wij zullen ervoor zorgen dat de discussie die voortvloeit uit dit rapport en het NRC-debat in 2016, over de rol en positie van de arts in de zelfbeschikkingsdiscussie, ook onder artsen verder zal worden gevoerd. Van der Gaag: “Met de inzichten, resulterend uit deze discussie, melden wij ons weer.”

Aantal euthanasiegevallen stijgt met 10% in 2014

Jaarverslag Regionale toetsingscommissies euthanasie 2014 gepubliceerd

Regionale toetsingscommissies euthanasie, 7 oktober 2014

In 2014 ontvingen de toetsingscommissies van artsen 5306 euthanasiemeldingen. Dit aantal betekent een stijging van 10 % ten opzichte van 2013 (4829). In de meeste gevallen was kanker de oorzaak van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

In 2014 zijn de meldingen van euthanasie toegepast bij patiënten met dementie of psychiatrie niet toegenomen. Dit voorjaar verscheen de Code of Practice van de commissies. Deze geeft voor artsen én patiënten een goed leesbaar overzicht van de wijze waarop de commissies euthanasiemeldingen beoordelen. De Code of Practice én meer dan 100 oordelen van de commissies uit 2014 zijn te vinden op www.euthanasiecommissies.nl.

Meldingen

Van de 5306 in 2014 ontvangen meldingen is in 4 meldingen geoordeeld dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Deze meldingen zijn doorgezonden aan het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Er waren 41 meldingen van euthanasie bij patiënten met



een (uitbehandelde) psychiatrische aandoening en 81 meldingen van patiënten met dementie. In 2013 waren dat respectievelijk 42 en 97 meldingen. In de dementie-gevallen ging het vrijwel steeds om patiënten die zich in de beginfase van het proces van dementering bevonden, dat wil zeggen de fase waarin ze nog inzicht hadden in hun ziekte en de symptomen, zoals verlies van oriëntatie en persoonlijkheid. Ze werden wilsbekwaam geacht ten aanzien van hun euthanasieverzoek omdat ze de gevolgen van hun verzoek (nog) konden overzien.

Code of Practice

In april 2015 hebben de RTE's de Code of Practice uitgebracht. De Code of Practice geeft een overzicht op hoofdlijnen van de aspecten die de RTE's relevant achten bij de toetsing van meldingen aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen. De Code of Practice moet worden gezien als een goed leesbare samenvatting van de overwegingen die de RTE's daarbij hebben. In Hoofdstuk 3 van het jaarverslag 2014 wordt zoals gebruikelijk een aantal casus beschreven. Daarbij wordt nu een verwijzing gegeven naar de bijbehorende tekst in de Code of Practice.

Algemene informatie

Er zijn 5 regionale toetsingscommissies (RTE's). Elke commissie bestaat uit drie leden, namelijk een jurist, die tevens voorzitter is, een arts en een ethicus, en uit zes plaatsvervangende leden, voor elke discipline twee. Op 1 april 2002 is de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in werking getreden. De RTE's toetsen of de arts, die de euthanasie heeft gemeld, heeft gehandeld volgens de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Zo moet de arts onder meer overtuigd kunnen zijn van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Ook moet de meldend arts tenminste één andere, onafhankelijke arts hebben geraadpleegd en moet de levensbeëindiging medisch zorgvuldig zijn uitgevoerd. De RTE's brengen hun oordeel slechts ter kennis van de arts die de melding deed. Alleen als de arts niet volgens de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, brengen de commissies hun oordeel ook ter kennis van het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Kwart van verzoeken door Levenseindekliniek ingewilligd

VUmc, 11 augustus 2015

Patiënten met een psychische aandoening hebben de kleinste kans dat hun verzoek daadwerkelijk wordt gehonoreerd, dit gebeurt slechts in zes gevallen. Patiënten met een lichamelijke aandoening die zich melden met een euthanasieverzoek bij de Levenseindekliniek hebben de meeste kans hun verzoek ingewilligd te krijgen.

Dit blijkt uit onderzoek van VUmc en AMC naar de 645 aanmeldingen in het eerste jaar van de Stichting Levenseindekliniek (2012-2013). Het onderzoek is op 11 augustus gepubliceerd in [JAMA Internal Medicine](#).

Voor patiënten die met hun verzoek tot euthanasie niet bij hun eigen arts terecht kunnen, bestaat sinds 2012 de mogelijkheid om zich aan te melden bij de Levenseindekliniek. Als de Levenseindekliniek concludeert dat een patiënt aan de wettelijke voorwaarden voor hulp bij levensbeëindiging voldoet, zal de kliniek het verzoek van de patiënt alsnog inwilligen. Uit het onderzoek van VUmc en AMC blijkt het percentage ingewilligde verzoeken bij de Levenseindekliniek (25%) in de periode 2012-2013 lager is dan het landelijk gemiddelde (32%-45%). Promovenda Marianne Snijdewind: "Dit kan verklaard worden doordat de Levenseindekliniek relatief veel



verzoeken krijgt van mensen die psychisch lijden en mensen die hun leven voltooid achten. Bij dit soort verzoeken is het vaak moeilijker te beoordelen of er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en of het verzoek weloverwogen is, twee van de wettelijke voorwaarden waaraan moet worden voldaan.”

In het geval van psychisch lijden werd 5% van de totaal 121 verzoeken ingewilligd. Van de mensen die aangaven hun leven voltooid te vinden, werd 28% van de veertig verzoeken ingewilligd.

Bijna de helft (47%) van de aanmeldingen werd door de Levensindekliniek afgewezen. Verder bleek dat 19% van de aanvragers stierf voordat een verzoek kon worden beoordeeld en dat 9% van de aanvragers zijn of haar verzoek weer terugtrok. Snijde wind: “De afwijzing door de Levensindekliniek van bijna de helft van de aanvragen bevestigt de beslissing van de eigen arts van de patiënt die al eerder negatief op deze hulpvraag reageerde.” Dit suggereert dat in een groot deel van de door de eigen arts afgewezen verzoeken er niet aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan.