



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.

Ruime meerderheid Nederlanders wijst euthanasie niet principieel af

Euthanasie moet in bepaalde gevallen mogelijk zijn, vindt 87 procent van de volwassenen in Nederland. Ook christenen vinden in ruime meerderheid. Hoe kerkbetrokken de geënquêteerde christenen zijn, is onduidelijk

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

Religieuze leiders uit Reims reageren afwijzend op het staken van de sondevoeding bij Vincent Lambert, een comateuze patiënt die door hierdoor is overleden.

Toename euthanasie mogelijk gevolg van vergrijzing en meer acceptatie

NIVEL presenteert een analyse naar de oorzaken van de toename van het aantal euthanasiegevallen sinds 2003. M.n. vergrijzing, de toename van kanker en meer acceptatie van euthanasie zouden belangrijke oorzaken zijn.

Wees blij met elke daling van het aantal euthanasiegevallen

Kardinaal Eijk is verheugd dat er minder euthanasiegevallen blijken te zijn, ook al is onduidelijk of dit het begin van een dalende trend is.

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

Paul Frissen pleit in een nieuw boek voor strengere wetgeving t.a.v. voltooid leven.

Euthanasie bij dementen: Wat is hier menswaardig aan?

Katholiek Nieuwsblad, 2 november 2018

door Lambert Hendriks

Ook voorstanders van euthanasie zouden zich ernstig zorgen moeten maken nu de deur naar euthanasie bij demente mensen echt geopend lijkt.

De voorzitter van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE), Jacob Kohnstamm, toonde zich eerder dit jaar tevreden over de euthanasiepraktijk in Nederland. Het aantal meldingen stijgt, maar de praktijk is volgens hem “een zeer zorgvuldige”. Daar werd in een bericht terloops aan toegevoegd dat in een enkel geval de vrijwilligheid niet vaststond. Niet alleen dat lijkt me schokkend, maar ook het gemak waarmee zo’n mededeling wordt gedaan. Juist de vrijwilligheid lijkt namelijk meer en meer een probleem te worden binnen de euthanasiepraktijk.

Gemankeerde vrijwilligheid

Trouw publiceerde onlangs over het feit dat de RTE een euthanasie bij dementie, waarbij zelfs vooraf een slaapmiddel werd toegediend, als zorgvuldig beoordeelde. Terecht maakt het artikel melding van grote dilemma’s en morele implicaties. Euthanasie als zodanig is al niet te rijmen met een christelijke opvatting over leven en dood en de waardigheid van de mens, maar de gemankeerde vrijwilligheid mag ook door voorstanders gezien worden als een groot probleem.

Het was al duidelijk dat de vrijwilligheid bij een euthanasievraag zeer relatief kan zijn, door sociale druk of grote angst. Dementie voegt daar als omstandigheid veel aan toe. Wie lijdt aan dementie, beoordeelt situaties daardoor immers heel anders, en komt vaak niet meer tot het herhalen van het euthanasieverzoek. Iemand heeft toen hij gezond was dan wel gevraagd om euthanasie bij (vergevoerde) dementie, maar feitelijk wordt die uitgevoerd terwijl hij er op dat moment niet meer om vraagt.

Was dit de bedoeling?

De RTE wijst dan ook op de noodzaak van een vaak hernieuwde vraag om euthanasie. Toch blijft de vrijwilligheid van de euthanasie op het moment zelf, soms jaren later, discutabel. Het gaat immers om een beslissing over leven en dood, terwijl men slechts kan gissen naar de eigenlijke beleving en ervaring van iemands leven op dat moment. Iemand kan op dit moment denken dat een leven dat afhankelijk is van zorg van anderen en gekenmerkt door ziekte en lijden, niet meer de moeite waard is. De vraag is of hij dat als het zover is nog steeds zo ziet. Deze kwestie wordt echter steeds meer als niet relevant afgedaan.

De ondeugdelijkheid van die redenering blijkt wanneer men haar omdraait. Ik spreek mij nu bij volle verstand en geheel vrij uit tegen euthanasie. Hoe reageert men als ik later, in een situatie van achteruitgang, lijden of vergevorderde dementie, toch om euthanasie vraag? Als men op dezelfde wijze te werk gaat, zou men die euthanasie dan niet kunnen billijken. Waarschijnlijk zal men echter vinden dat ook in die situatie euthanasie tot de mogelijkheden moet behoren.

In de door *Trouw* aangehaalde casussen van een zorgvuldig en een onzorgvuldig uitgevoerde euthanasie, wordt bovendien eerst een slaapmiddel gegeven. Dit gebeurt met het oog op mogelijke onrust of kans op verwonding. Dat klinkt heel plausibel, maar verradt natuurlijk ook het probleem dat iemand niet meer objectief en vrij over zijn situatie kan oordelen en zich wel eens zou kunnen verweren. Is het doen sterven van iemand bij zoveel onzekerheid wel ooit de bedoeling geweest?

Wat is menselijk?

Het probleem achter de euthanasie-problematiek blijkt steeds weer de verschoven opvatting over wat menselijk is. Dat het leven op een punt kan komen dat het niet meer menswaardig zou zijn, is een misvatting die juist bij dementie heel duidelijk naar voren komt. Wie bepaalt dat het leven van een in zijn verstandelijke vermogens beperkte mens minder waardevol is? Zo'n opvatting volgt uit de idee dat iets pas menswaardig genoemd kan worden bij een goed werkend verstand en een aanzienlijke mate van welbevinden. Dat is een veel te beperkte visie. Bij dementie is het dilemma voor artsen en andere betrokkenen nu juist dat de demente patiënt op dat moment geen doodswens meer heeft.

Waarom zou het mens-zijn echter alleen maar gerespecteerd en gewaardeerd moeten worden als iemand vrij en bewust om de dood kan vragen? Wat zou het een bevrijding zijn als we dankbaar konden zijn om het menselijk leven als zodanig, ook met al zijn moeilijkheden. Menswaardigheid is gelukkig niet gebonden aan eisen en voorwaarden. Wie niet meer inziet waarom hij zijn leven zou moeten beëindigen, zou zeker niet gezien moeten worden als een moreel dilemma.

Dr. Lambert Hendriks is moraaltheoloog, voorzitter van de Katholieke Stichting Medische Ethiek en rector van de priesteropleiding Rolduc.

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.

Toename palliatieve sedatie in thuissituatie 5% in 2017

Pharmaceutisch Weekblad, Jaargang 153 Nr. 39, 19 september 2018

Het aantal mensen dat in de thuissituatie voor hun overlijden palliatieve sedatie krijgt, is in 2017 met 5% gestegen tot 34.000. Palliatieve sedatie blijkt te worden toegepast bij 22,6% van de sterfgevallen. In de afgelopen zeven jaar heeft een verdubbeling van dat aandeel plaatsgevonden. Dat schrijft de SFK deze week in het Pharmaceutisch Weekblad.

Palliatieve sedatie is het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase om zijn lijden te verlichten. De sedatie kan continu, kortdurend (uren tot een dag) of met tussenpozen worden toegepast. Palliatieve sedatie is geïndiceerd bij patiënten die onbehandelbare ziekteverschijnselen hebben, daaraan ondraaglijk lijden en naar verwachting binnen een tot twee weken zullen overlijden. De behandeling zelf heeft niet als doel het leven te beëindigen, een nadrukkelijk verschil met euthanasie.



Midazolam

Volgens de KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie (2009) is midazolam het middel van eerste voorkeur. Zo nodig wordt levomepromazine toegevoegd. Van deze middelen worden daarbij alleen de parenterale vormen (voor injectie of infusie) gebruikt. Als derde stap in het schema komt het middel propofol in aanmerking. Maar omdat propofol alleen in het ziekenhuis wordt toegepast, heeft SFK daarvan geen gebruikscijfers.

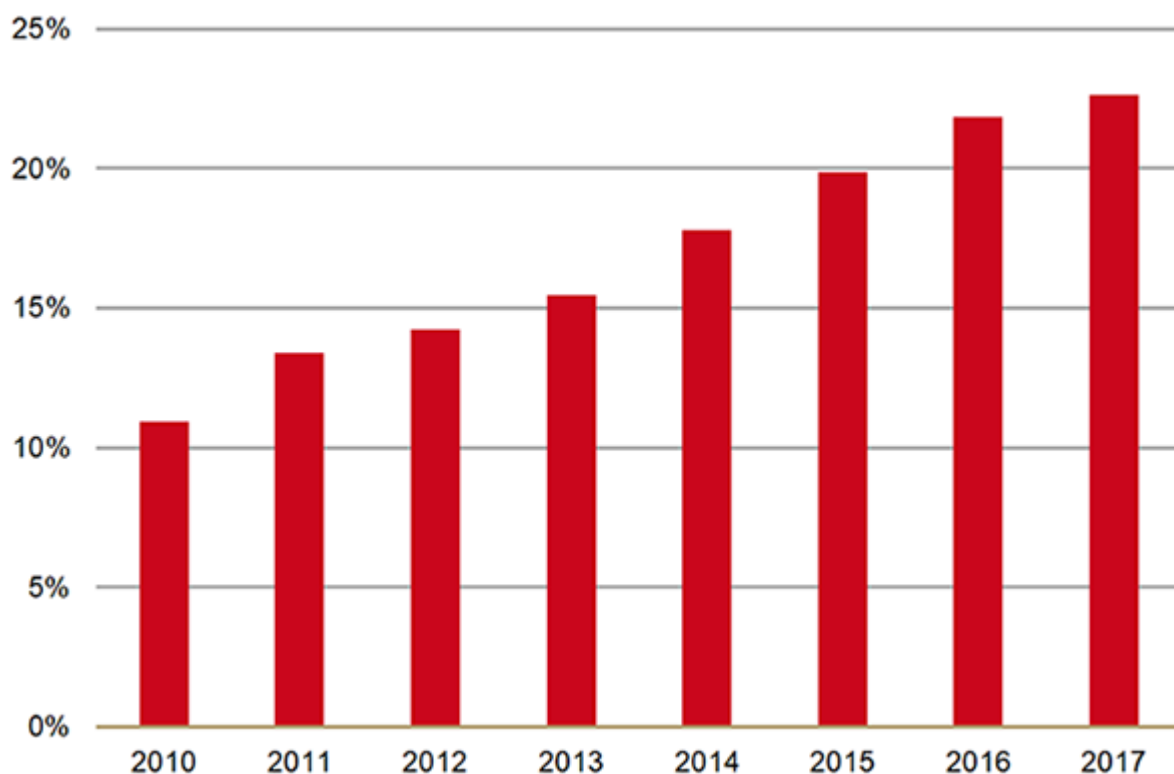
Openbare apotheken verstrekten vorig jaar 66.000 keer een middel dat ingezet kan worden bij palliatieve sedatie. In 95% van de gevallen ging het om midazolam; de overige 5% betrof levomepromazine. Het aantal verstrekkingen van midazolam-injecties en -infusies laat al jaren een stijgende lijn zien. De toename in 2017 bedroeg, ten opzichte van een jaar eerder, ongeveer 4700. Dat is net iets minder dan de gemiddelde jaarlijkse toename van 5000 verstrekkingen in de daaraan voorafgaande zes jaren. Het aantal verstrekkingen van levomepromazine nam in die jaren niet toe. Het schommelde zo rond de 2800 per jaar, maar sinds 2016 zijn dat er ongeveer 3500 per jaar.

Palliatief toegepast

In lijn met bovenstaande is ook het aantal patiënten bij wie palliatieve sedatie is toegepast de laatste jaren sterk toegenomen. In totaal gebeurde dit in 2017 bij 34.000 mensen, 1500 meer dan in 2016. Hun gemiddelde leeftijd bij overlijden was 76 jaar. Het aantal mensen bij wie palliatieve sedatie wordt toegepast, meet de SFK door eerst het aantal personen te bepalen aan wie midazolam en/of levomepromazine (voor parenterale toediening) door een openbare apotheek is verstrekt. Van hen tellen alleen zij mee, bij wie het verschil tussen de laatste afleverdatum van deze middelen en de laatste afleverdatum van enig (ander) middel, maximaal veertien dagen bedraagt.

Op basis van gegevens van het CBS zijn er in 2017 zo'n 150.000 mensen overleden. Dat betekent dat vorig jaar bij meer dan één op de vijf sterfgevallen (22,6%) sprake was van palliatieve sedatie in de thuissituatie. Dit is meer dan een verdubbeling ten opzichte van 2010, toen dit aandeel ongeveer 11% bedroeg. Mensen die palliatieve sedatie in een ziekenhuis of verpleeghuis ondergingen, zijn niet meegenomen in bovenstaande cijfers.

Aandeel patiënten met palliatieve sedatie binnen alle sterfgevallen (2010-2017)



Aandeel palliatieve sedatie bij overlijdens in zeven jaar verdubbeld

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Pauselijke Academie voor het Leven publiceert Witboek over Palliatieve Zorg

De Pauselijke Academie voor het Leven heeft een Witboek gepubliceerd over Palliatieve Zorg. Het bevat veel aanbevelingen voor politici, managers in de gezondheidszorg, artsen, docenten en patiënten zelf.

Voltooid leven

Communio 43 (2018), 230-245

door kardinaal dr. W.J. Eijk

In 1969 gaf de Leidse hoogleraar psychologie Van den Berg met zijn boekje *Medische macht en medische ethiek* de aftrap voor het heftige debat dat Nederland sindsdien heeft gekend over de toelaatbaarheid van

levensbeëindigend handelen (1). Toch zou het nog een derde eeuw duren voordat een wettelijk regeling voor euthanasie en hulp bij suïcide tot stand kwam. In 2002 werd de “Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding” (afgekort als WtL, ook wel kortweg Euthanasiewet genoemd) van kracht (2). Formeel zijn euthanasie en hulp bij suïcide in Nederland niet gelegaliseerd en nog steeds verboden. De Euthanasiewet maakt het echter voor een arts mogelijk euthanasie te verrichten of hulp bij suïcide te verlenen zonder te worden vervolgd en 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 (WtL, art. 2.1.b). Het lijden is uitzichtloos als er geen behandeling beschikbaar is waardoor dit 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. Binnen het kader van de toepassing van de Euthanasiewet gaat men er echter vanuit dat het ondraaglijk en uitzichtloos lijden wordt veroorzaakt door een medische aandoening of op zijn minst een combinatie van medische factoren.

1. De grenzen van de Euthanasiewet opzoeken en oprekken

Zijn de voorstanders van het toelaten euthanasie tevreden over de Euthanasiewet? Een aantal zeker niet en dat vooral om twee redenen: op de eerste plaats zijn euthanasie en hulp bij suïcide volgens deze wet alleen mogelijk als er sprake is van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden op medische grondslag. Daardoor komen euthanasie en hulp bij suïcide niet in aanmerking bij andere vormen van lijden. Op de tweede plaats is de patiënt die euthanasie of hulp bij suïcide wenst, afhankelijk van de arts. Om deze reden zou de Euthanasiewet tekort doen aan de autonomie van de patiënt. Artsen blijken vaak niet bereid te zijn verzoeken om (hulp bij) levensbeëindiging in te willigen. Een deel van hen is dat niet vanwege principiële bezwaren tegen euthanasie. Dit was in 2005 bij 15% van de artsen het geval. (3) Daarnaast komt het ook voor dat artsen die geen fundamentele bezwaren hebben tegen levensbeëindigend optreden, verzoeken om euthanasie afwijzen, bijvoorbeeld omdat zij niet overtuigd zijn dat het lijden van de patiënt die om euthanasie vraagt, uitzichtloos en ondraaglijk is. Uit ontevredenheid met het feit dat betrekkelijk veel euthanasieverzoeken niet worden ingewilligd, zijn diverse pogingen in het werk gesteld om de grenzen van de Euthanasiewet op te zoeken en op te rekken. Een andere poging betreft het indienen van een nieuwe wet naast de bestaande Euthanasiewet, waardoor hulp bij zelfdoding kan worden geboden aan mensen die hun leven willen beëindigen, maar niet lijden aan een medische aandoening.

Om artsen te stimuleren alle mogelijkheden die de Euthanasiewet biedt maximaal te benutten, bracht het bestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) in 2011 een standpunt uit met betrekking tot de interpretatie van deze wet. (4) De KNMG vond dat artsen de Euthanasiewet te restrictief toepasten (5), en riep haar leden op de Euthanasiewet zo ruim mogelijk te interpreteren. Veel artsen zouden niet weten dat (beginnende) dementie, chronische psychiatrische aandoeningen en een ophoping van medische factoren een ondraaglijk en uitzichtloos lijden kunnen veroorzaken dat euthanasie of hulp bij suïcide binnen het kader van de Euthanasiewet rechtvaardigt. Er hoeft niet een medisch classificeerbare aandoening te zijn om te concluderen dat het lijden uitzichtloos en ondraaglijk is. Dit is ook mogelijk bij een ophoping van aandoeningen die zich op hoge leeftijd voordoen, en een combinatie van factoren die op zich niet fataal of levensbedreigend is. Als voorbeelden wordt genoemd een vrouw van tachtig tot negentig jaar met een combinatie van artrose van de wervelkolom, fractures, bedlegerigheid, en afhankelijkheid van anderen voor de dagelijkse verzorging. Een ander voorbeeld betreft een man van vergelijkbare leeftijdscategorie met een combinatie van glaucoom (grauwe staar), hardhorendheid en rugklachten (6). Het lijden kan ook ondraaglijk en uitzichtloos zijn bij een ophoping van ouderdomskwalen, waarbij men rekening mag houden met kwetsbaarheid, eenzaamheid en verlies van autonomie. (7) Wel houdt de KNMG vast dat het lijden alleen kan worden

gekwalificeerd als uitzichtloos en ondraaglijk wanneer er sprake is van een medische grondslag.

Maar ook in de praktijk zijn pogingen ondernomen om de uiterste grenzen van de Euthanasiewet te verkennen. Met dat doel is in 2012 de levenseindekliniek te Den Haag opgericht. Dit is een organisatie met een kantoor in Den Haag en zo'n veertig ambulante teams bestaande uit artsen en verpleegkundigen. Deze teams assisteren artsen die moeilijkheden ondervinden bij het toepassen van euthanasie, bijvoorbeeld omdat ze voor het eerst als arts met een verzoek om euthanasie worden geconfronteerd. De teams zijn ook bereid euthanasie te verrichten als de eigen arts van de patiënt weigert om dat te doen. De levenseindekliniek zocht de publiciteit in een televisieprogramma van de NPO, '2doc' genaamd, dat op 15 februari 2016 werd uitgezonden.(8) Hierin wordt de kijker-toeschouwer van drie gevallen van actieve levensbeëindiging op verzoek:

1. Een op zich lichamelijk gezonde man, die aan dwangverschijnselen lijdt, wast en strijkt dwangmatig kleren en ruimt kasten op, keer op keer, en brengt zichzelf met regelmaat verwondingen toe. Hij verzoekt om euthanasie. De psychiater van de instelling waar hij woont, weigert zijn verzoek in te willigen. Zijn verzoek wordt echter wel ingewilligd en uitgevoerd door een arts van de levenseindekliniek.
2. Een vrouw van honderd jaar wordt ook geholpen door een consulent van de levenseindekliniek. Zij verlangt te sterven omdat zij haar leven monotoon vindt, pijn lijdt en vreest bedlegerig te worden.

3, Op de derde plaats wordt een vrouw getoond met voortgeschreden semantische dementie, een type dementie dat begint in het taalcentrum in de hersenen, waardoor de kennis van de betekenis van woorden verloren raakt. Overigens is zij lichamelijk gezond. Zij wordt geacht in vrijheid om euthanasie verzocht te hebben, hoewel ze niet in staat is het woord euthanasie te gebruiken, ook niet het woord dood. Wat er staat te gebeuren kan zij alleen omschrijven met de woorden 'hupsakee, weg, klaar'. Haar huisarts weigerde euthanasie te verrichten, omdat hij twijfelde of zij echt in staat was haar wil te uiten. Hij had geprobeerd haar mogelijke verzoek om euthanasie met haar te bespreken. Daartoe had hij een doodskist getekend met de vraag of het dat was wat zij wilde. Maar zij kon hem dat niet zeggen.

Het programma toont de voorbereidende ontmoetingen van de artsen met de personen die om euthanasie hebben verzocht, en ook de feitelijke beëindiging van hun leven; de kijkers zien hoe de voor euthanasie benodigde middelen via een ader worden ingespoten en hoe betrokkenen enkele ogenblikken daarna overlijden. Het programma eindigt met de mededeling dat deze euthanasiegevallen voldeden aan de zorgvuldigheidseisen die de Euthanasiewet stelt aan het verrichten van euthanasie. Opvallend in dit programma is dat de artsen die euthanasie verrichten, zich alleen afvragen of de procedure, voorgeschreven door de Euthanasiewet, zorgvuldig, 'netjes', is gevolgd. Niemand stelt de fundamentele vraag of euthanasie moreel geoorloofd is. Hierin manifesteert zich de typisch procedurele benadering van de ethiek in de huidige cultuur. Een van de artsen van de levenseindekliniek geeft aan te hopen dat zijn collega's en hij door de grenzen van de Euthanasiewet te exploreren en wellicht te doorbreken, eens zullen bereiken dat euthanasie zal worden aanvaard als een gewone medische behandeling: "Misschien ...zitten we wel in de voorhoede, en staan we aan een soort euthanasiefront; als wij daardoor discussie extra losmaken waardoor er een beter besef is rond de ethiek rondom euthanasie, dat we onszelf straks kunnen opheffen; dat van euthanasie als behandeloptie, dat daar het taboe vanaf is".

2. Hulp bij suïcide ook wegens ondraaglijk en uitzichtloos geacht lijden zonder medische grondslag?

Toch blijft de Euthanasiewet 'schuren'. Hoezeer ook is geprobeerd de grenzen ervan te verkennen en op te rekken, de afhankelijkheid van de arts blijft en er moet sprake zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden op medische grondslag, wil iemand in aanmerking komen voor hulp bij de beëindiging van zijn leven. Maar, zo



vraagt menig een zich af, kan ook lijden zonder medische grondslag onder bepaalde omstandigheden niet ondraaglijk en uitzichtloos zijn en daarom als een redelijk motief worden gezien voor een verzoek om hulp bij suïcide? En als het antwoord hierop bevestigend is, moet dan geen andere hulpverlener dan de arts worden ingeschakeld, omdat het gaat om ondraaglijk en uitzichtloos lijden op een niet-medische grondslag. In de loop der jaren zijn diverse voorstellen gelanceerd om aan deze gedachte tegemoet te komen.

Begin van de jaren negentig stelde Drion, lid van de Hoge Raad, voor het bij wet mogelijk te maken dat artsen aan ouderen op hun verzoek middelen ter beschikking stellen waarmee zij hun leven kunnen beëindigen op een moment dat ze zelf verkiezen.(9)

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 uiteindelijk 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.(10)

In het verlengde van de door Drion opgeworpen gedachte en het Brongersma-arrest kwam een discussie op gang over de vraag of er ook geen wettelijke mogelijkheden zouden moeten worden gecreëerd voor euthanasie of hulp bij suïcide in het geval dat mensen hun leven willen (laten) beëindigen omdat zij het 'voltooid' achten, zonder dat er een medische grondslag voor is. De door de KNMG ingestelde Commissie Dijkhuis, die overigens niet de uitdrukking 'voltooid leven' hanteerde, maar 'lijden aan het leven', kwam in 2004 tot de conclusie dat van het laatste sprake is wanneer mensen zonder dat zij een (doorslaggevende) somatische of psychiatrische aandoening hebben, duurzaam naar de dood verlangen, omdat ze geen of slechts een gebrekkige kwaliteit van leven ervaren.(11) De Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie is van opvatting dat een 'voltooid' leven een aanvaardbare reden kan zijn voor levensbeëindigend handelen, vooral bij ouderen die tot de slotsom komen dat hun leven aan waarde heeft ingeboet in zodanige mate dat zij er de voorkeur aan geven het te beëindigen, "zonder dat zij lijden aan een onbehandelbare ziekte of aandoening die met ernstig lijden gepaard gaat".(12)

In 2010 publiceerde de initiatiefgroep Uit Vrije Wil een wetsontwerp dat op basis van een strafuitsluitingsgrond ruimte bood voor hulp bij suïcide bij mensen die de leeftijd van zeventig jaar hebben bereikt en een vrijwillige, weloverwogen en duurzame stervenswens hebben.(13) 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. De stervenshulpverlener moet verbonden zijn aan een stichting, die speciaal daarvoor zal moeten worden opgericht: de Stichting Stervenshulp aan ouderen (art. 4). Wanneer de stervenshulpverlener besluit de gevraagde stervenshulp te verlenen, verzoekt hij een arts die aan genoemde stichting verbonden is, een recept uit te schrijven voor middelen voor zelfdoding die hij bij de gewone apotheek afhaalt en vervolgens aan de hulpvrager ter beschikking stelt.(14) 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. Ook artsen bleken weinig enthousiast om hulp bij suïcide te verlenen aan mensen die hun leven voltooid achten, maar niet lijden aan een medische aandoening die met ondraaglijk en uitzichtloos lijden gepaard gaat. Het opiniepanel van het televisieprogramma *Een Vandaag* hield er van 21 tot 27 juli 2011 een enquête over onder 800 huisartsen: slechts 20 procent van hen bleek bereid hulp bij suïcide te verlenen aan mensen die hun leven voltooid achtten. 64,5 procent verklaarde zich daar niet toe bereid. De Koninklijke Nederlandsche 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.(16)

Pia Dijkstra, Tweede Kamerlid voor D66, diende op 8 maart 2012 een motie in waarin werd bepleit “dat op uitdrukkelijk verzoek van de individuele oudere en onder strikte voorwaarden van zorgvuldigheid en toetsbaarheid stervenshulp aan ouderen die hun leven voltooid achten, mogelijk wordt”. Haar motie werd echter door een grote meerderheid verworpen.(17) De achterliggende gedachte van haar voorstel was “dat iedere oudere de vrijheid moet hebben om zelf te bepalen hoe en wanneer hij of zij wil sterven” (18). Dit weerspiegelt het heersende ideaal van de hyper-individualistische seculiere samenleving, waarin het individu zelf moet uitmaken of zijn leven nog waarde heeft. Deze cultuur verwerpt de gedachte dat het menselijk leven een universele waardigheid heeft, die altijd en overal geldt, ook bij een mens die getroffen is door een ernstige, ongeneeslijke en ontluisterende aandoening die met ondraaglijk geacht lijden gepaard gaat. Een waardigheid die blijft, ook al heeft betrokkene het gevoel dat het leven alle waardigheid verloren heeft. Tevens diende Pia Dijkstra een motie in waarin de regering werd verzocht om samen met de indieners van het burgerinitiatief Voltooid Leven een desbetreffend wetsvoorstel te formuleren.(19) Deze motie werd aangehouden. (20)

3. Het kabinet Rutte II neemt het initiatief, maar Pia Dijkstra ook

In 2014 stelden de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Schippers, en de toenmalige Minister van Veiligheid en Justitie, Opstelten, de Adviescommissie voltooid leven in, onder het voorzitterschap van de D66-er prof. P. Schnabel. Deze commissie concludeerde in haar rapport *Voltooid leven*, gepubliceerd op 4 februari 2016, dat de Euthanasiewet goed functioneert. De commissie was van mening dat de Euthanasiewet voor het merendeel van de gevallen die worden gekwalificeerd als ‘voltooid leven’ ruimte biedt voor levensbeëindiging op verzoek. Zij raadde daarom af de Euthanasiewet te wijzigen.(21)

Op woensdag 12 oktober jl. werd echter iedereen – blij of minder blij –verrast door een brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Schippers, en de toenmalige Minister van Veiligheid en Justitie, Van der Steur, gericht aan de voorzitter van de Tweede Kamer.(22) Beide ministers maakten daarin bekend dat het kabinet het voornemen heeft om een nieuwe wet uit te werken die het mogelijk moet 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. Het kabinet meent dat er ook dan sprake kan zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. 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. Hierin zijn beide ministers niet helemaal consequent: vermoeidheid en lichamelijk aftakeling kunnen immers worden geïnterpreteerd als een medische grondslag . Enkelen ontwikkelen als gevolg van genoemde klachten 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, omdat er voor hun uitzichtloos en ondraaglijk lijden geen 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 opstellen.

Opmerkelijk is wat het kabinet doet met het advies van de Commissie Schnabel. Het neemt het advies van de commissie over om de Euthanasiewet ongewijzigd te laten.(24) 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. Daarentegen stelt het kabinet een nieuwe wet in het vooruitzicht 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? De Euthanasiewet kent, zoals we

hebben gezien, aan de arts een centrale rol toe bij het besluit of levensbeëindigend handelen op verzoek plaatsvindt. En van die centrale rol van de arts moeten we volgens het kabinet af wanneer het gaat om een voltooid leven, omdat in deze situatie het lijden geen medische grondslag heeft. Of het leven voltooid is en verder leven zinloos, vermag dan niet de arts met zijn medische expertise vast te stellen, maar alleen het betrokken individu zelf, aldus het kabinet. Dit behoort tot het terrein van zijn autonomie. Om aan diens autonomie recht te doen, acht het kabinet een andere wet noodzakelijk naast de bestaande Euthanasiewet.

a. Euthanasiewet: de waarde van het leven tegenover die van de barmhartigheid

Binnen het kader van de Euthanasiewet is wie euthanasie of hulp bij suïcide wenst, afhankelijk van de arts. 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. De arts heeft geen plicht om euthanasie te verrichten of hulp bij suïcide te verlenen. En de patiënt heeft geen recht op euthanasie of hulp bij suïcide.

Om de arts te controleren verricht een van de vijf Regionale Toetsingscommissies Euthanasie achteraf een toetsing. De Euthanasiewet 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 die een situatie van overmacht zou inhouden in de zin van artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht dat zegt: "Niet strafbaar is hij die een feit begaat waartoe hij door overmacht is gedrongen". Zou hij in die situaties het leven van de patiënt beëindigen, dan doet de arts iets wat formeel tegen de wet ingaat (euthanasie en hulp bij suïcide zijn immers nog steeds formeel verboden), maar niet materieel, en wordt hij daarom niet gestraft: "Dit betekent dat als iemand ondraaglijk en uitzichtloos lijdt, de beschermwaardigheid van het leven kan wijken voor het beroep op barmhartigheid," aldus de ministers Schippers en Van der Steur.(25)

De ministers Schippers en Van der Steur grijpen hier terug op de gedachte die in de discussie over euthanasie herhaaldelijk terugkeert, dat de waarde van het leven aan de ene kant en die van barmhartigheid aan de andere kant twee waarden zijn die met elkaar in conflict kunnen komen en in sommige gevallen barmhartigheid een hogere waarde is dan het leven. Deze tegenstelling is puntig verwoord in de Engelse uitdrukking *mercy killing*, doden uit barmhartigheid. Een probleem dat in de discussie over de aanvaardbaarheid van levensbeëindigend handelen steeds voorkomt, is dat men de waarde van het leven afzet tegen andere waarden: tegenover barmhartigheid, maar ook – zoals we later nog zullen zien – tegenover de autonomie van de mens.

1. Waarden zijn echter niet altijd tegen elkaar af te zetten. Sommige waarden zijn 'incommensurabel', dat wil zeggen dat ze vanwege hun aard niet tegen andere waarden afgewogen kunnen worden; zo'n waarde is de waarde van het leven. Dit is een intrinsieke (essentiële) waarde, dat wil zeggen een doel in zich en nooit een louter middel tot een doel, hetgeen inhoudt dat het leven nooit ofte nimmer mag worden opgeofferd om aan het lijden een einde te maken.
2. Uiteraard is barmhartigheid ook een intrinsieke waarde die nooit geschonden mag worden: we mogen niet onbarmhartig zijn. Maar het is niet onbarmhartig als we weigeren om iemand bij te staan bij de beëindiging van zijn leven. Barmhartigheid vraagt niet om medewerking te verlenen aan de schending van een intrinsieke waarde, hier de waarde van het leven. Echte barmhartigheid houdt in dat "men solidair [wordt] met andermans lijden, zonder dat dit leidt tot het doden van degene wiens lijden men niet kan verdragen" (*Evangelium vitae*, 66). (26) Echte barmhartigheid houdt niet de



plicht in om het lijden totaal weg te nemen. Zo'n plicht hebben artsen en andere medewerkers in de gezondheidszorg, familieleden, vrienden en bekenden niet; bovendien zijn zij daar vaak niet toe in staat. Barmhartigheid betekent hier dat men tot het uiterste gaat om het lijden van de medemens tot draagbare proporties terug te brengen. Deze barmhartigheid wordt concreet geboden in de vorm van liefdevolle en professionele palliatieve zorg.

b. Nieuwe wet: autonomie tegenover beschermwaardigheid van het leven

In gevallen van een 'voltooid leven' is er 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.⁽²⁷⁾ 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 zij bijgevolg 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.

Om misbruik te voorkomen zal ervoor moeten worden gewaakt dat het verzoek om hulp bij suïcide inderdaad vrijwillig, consistent en weloverwogen is. Daarom is hier een toetsing *vooraf* nodig en niet achteraf zoals geschiedt binnen het kader van de Euthanasiewet door de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. De toetsing voorafgaande aan de zelfdoding zal worden verricht 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 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 verholpen.⁽²⁸⁾ Nadat de zelfdoding heeft plaatsgevonden, wordt het besluit om hulp bij zelfdoding te verlenen getoetst door een onafhankelijke commissie.⁽²⁹⁾

De wet die het kabinet wil uitwerken, lijkt veel op het wetsvoorstel van Uit Vrije Wil. Het kabinet geeft echter in tegenstelling tot de initiatiefgroep Uit Vrije Wil geen leeftijdsgrens aan, al denkt het bij 'voltooid leven' vooral aan mensen op leeftijd.⁽³⁰⁾

In die behoefte aan een leeftijdsgrens voorziet echter wel Pia Dijkstra, die opnieuw het podium van de discussie over voltooid leven beklommen heeft. Zij heeft een initiatiefwetsvoorstel ⁽³¹⁾ opgesteld, waarin wordt bepaald dat alleen mensen van 75 jaar voor hulp bij zelfdoding in verband met een voltooid leven in aanmerking komen. Een ander opmerkelijk verschil met het kabinetsplan is dat zij in haar wetsvoorstel niet spreekt van 'stervenshulpverlener', maar van 'levenseindebegeleider'. Deze hoeft geen arts te zijn, maar wel BIG-geregistreerd. Deze levenseindebegeleider kan – blijkbaar ook indien geen arts – de middelen voor de levensbeëindiging voorschrijven bij de apotheek. Deze middelen mag de apotheek dan alleen aan de levenseindebegeleider verstrekken (art. 4). Tot en met 31 januari 2017 was haar wetsvoorstel online ter

consultatie voorgelegd.

Sinds eind oktober 2017 is een nieuwe regering aangetreden, waaraan D66, de VVD, het CDA en de CU deelnemen. De twee laatste partijen wijzen een wet op hulp bij suïcide wegens voltooid leven af. De nieuwe regering heeft daarom besloten geen eigen wetsvoorstel hierover aan de Tweede Kamer voor te leggen. De twee genoemde christelijke partijen zijn echter niet van plan het kabinet te laten vallen, wanneer de Tweede en de Eerste Kamer een initiatiefwetsvoorstel, ingediend vanuit de Tweede Kamer, zullen aannemen dat hulp bij suïcide wegens voltooid leven mogelijk maakt.

In het regeerakkoord zegt de nieuwe regering volgende stappen te willen zetten:

1. De nieuwe regering zet zich in om de aanbevelingen te implementeren van het manifest *Waardig ouder worden*, een gemeenschappelijk document van de ChristenUnie, de omroep Max en de KBO-PCOB. Deze drie organisaties roepen op tot een campagne, onder meer om de ouderdom, een actieplan ten aanzien van eenzaamheid, de verbetering van palliatieve zorg en de pastorale zorg te re-evalueren.(32)
2. De Minister voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zet zich in om de aanbevelingen te implementeren van de boven genoemde Commissie Schnabel, waaronder die met betrekking tot de vermeerdering van de kennis van de Euthanasiewet onder artsen en patiënten. Het doel hiervan is om helder te maken welke mogelijkheden deze wet biedt voor hulp bij suïcide wegens een voltooid leven, in samenhang met een nieuwe evaluatie (de derde) van de Euthanasiewet.
3. De nieuwe regering zal een onderzoek in gang zetten over de grootte en de omstandigheden van de groep voor wie de ruime interpretatie en toepassing van de Euthanasiewet, zoals aangegeven door de Commissie Schnabel, in de ogen van de betrokkenen te weinig uitkomst bieden.(33)

Het gaat uiteraard om een compromis tussen de twee liberale en de twee christelijke partijen die samen de regering vormen. Iedere partij wil iets van zijn verkiezingsprogramma in het regeerakkoord terugzien.

4. Die wet moet er nooit komen

Op het kabinetsplan voor voltooid leven is van diverse kanten de nodige kritiek gekomen. De KNMG acht een nieuwe wet om meerdere redenen onwenselijk. Onder meer is zij bang dat de nieuwe wet de Euthanasiewet gaat ondermijnen. Het gevolg is dat er voor mensen die wegens een medische aandoening hun leven willen (laten) beëindigen, strengere regels gelden dan voor mensen met een doodswens om andere dan medische redenen. Als een arts binnen het kader van de Euthanasiewet het verzoek om levensbeëindiging niet inwilligt, dan kan de patiënt proberen hulp bij suïcide te krijgen volgens de nieuwe wet bij een stervenshulpverlener. Omdat hij dan niet meer hoeft aan te tonen dat zijn lijden het gevolg is van een medische aandoening, heeft hij gemakkelijker toegang tot hulp bij suïcide. Wordt door de nieuwe wet zo niet een sluiproute gecreëerd die ten koste gaat van de Euthanasiewet? Zouden ook artsen niet in de verleiding komen om hun patiënten op deze mogelijkheid te wijzen? De KNMG vreest dat als de Euthanasiewet eenmaal zal zijn ondermijnd, de zorgvuldigheid zou wegvallen die zij ten aanzien van levensbeëindigend handelen garandeert.(34)

Niet alleen bij de KNMG bestaat de vrees dat door een nieuwe wet die hulp bij suïcide wegens een voltooid geacht leven mogelijk maakt, de door de Euthanasiewet gegarandeerde zorgvuldigheid met betrekking tot het levensbeëindigend handelen zal worden ondermijnd. Psychiaters vragen zich af of de beoogde stervenshulpverleners, die niet noodzakelijk artsen hoeven te zijn, ook daadwerkelijk kunnen toetsen of het verzoek om hulp bij suïcide consequent, weloverwogen en duurzaam is. Ouderen verzoeken niet zelden om levensbeëindiging doordat zij lijden aan een depressie. Deze diagnose is bij ouderen niet in alle gevallen



gemakkelijk te stellen en wordt daarom frequent gemist. Mensen die verzoeken om (hulp bij) de beëindiging van hun leven wegens een depressie vallen in principe onder de Euthanasiewet. Een psychiater schijft dat het haar ervaring is dat ouderen met een depressie door de gesprekken die binnen het kader van de in de Euthanasiewet voorgeschreven procedure gevoerd moeten worden, soms van hun verzoek om levensbeëindiging afstappen.⁽³⁵⁾ Hoewel er ook tegen de Euthanasiewet principiële bezwaren bestaan, moet worden geconstateerd dat deze wet in ieder geval een zekere zorgvuldigheid waarborgt in de besluitvorming ten aanzien van levensbeëindigend handelen, waarvan men kan vrezen dat die (deels) wordt prijsgegeven door de nieuwe wet betreffende voltooid leven.

Wat kunnen we zeggen van de nieuwe wet die het kabinet of Pia Dijkstra voornemens is uit te werken? Die wet moet er niet komen om de volgende redenen:

1. Het creëren bij wet van mogelijkheden voor hulp bij suïcide aan mensen die hun leven voltooid achten, maar niet ondraaglijk en uitzichtloos lijden aan een onbehandelbare medische of psychiatrische aandoening, is een nieuwe verruiming van de mogelijkheden voor levensbeëindigend handelen. Daarmee is de nieuwe wet die het kabinet in gedachten heeft, een volgende stap op het hellend vlak (in het Engels *the slippery slope*, de gladde helling), waardoor het respect voor de waarde van het menselijk leven in de loop van enkele decennia al danig is uitgehold. De nieuwe wet zal het respect voor het menselijk leven alleen maar verder ondermijnen.
2. De mens heeft ten aanzien van zijn leven slechts een relatieve autonomie, maar niet de autonomie die het kabinet hem toekent.
3. Het is een misvatting dat de autonomie van mensen er door de nieuwe wet groter op zal worden.

a. Het hellend vlak

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 een hellend vlak.⁽³⁶⁾ Dat laten de ontwikkelingen in de laatste halve eeuw in Nederland ook zien. In de jaren '70 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 '90 kwam euthanasie of hulp bij suïcide wegens psychiatrische aandoeningen in beeld, of bij mensen in een gevorderde staat van dementie wanneer betrokkenen een schriftelijke euthanasieverklaring hadden getekend toen zij nog over hun toestand konden oordelen. Het Gronings Protocol uit 2004, dat later een landelijke regeling werd, schiep mogelijkheden voor de levensbeëindiging van gehandicapte pasgeborenen. Hierdoor is ook een opening geboden voor levensbeëindiging zonder verzoek van de betrokkene.

Dat nu ook mogelijkheden worden gecreëerd voor hulp bij suïcide bij 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 gecreëerd voor hulp bij suïcide bij gezonde mensen, zij het onder voorwaarden, wat is dan de volgende stap?

Een belangrijke stap die met de nieuwe wet wordt gezet, is in ieder geval dat de arts er geen centrale rol in zal

spelen. Het oordeel dat het leven is voltooid, is de verantwoordelijkheid van het betrokken individu. Naast de voortschrijdende uitholling van het respect voor het menselijk leven wordt met deze wet een verdere stap gezet in de richting van de individualisering in onze toch al hyperindividualistische cultuur. De stervenshulpverlener heeft niet tot taak te toetsen of het leven al dan niet voltooid is, maar of het verzoek om hulp bij suïcide vrij, weloverwogen en duurzaam is.

Er is bijgevolg sprake van een hellend vlak in meerdere opzichten, namelijk waar het gaat om de voortschrijdende uitholling van het respect voor het leven, een steeds intenser wordende individualisering van de samenleving en mogelijke vermindering van de zorgvuldigheid waarmee levensbeëindigend handelen wordt toegepast.

Welke verdere omwikkelingen staan ons nog te wachten? Het antwoord hierop ligt nu in handen van de Tweede Kamer. Zal deze het initiatiefwetsvoorstel van Pia Dijkstra – eventueel in gewijzigde vorm – aanvaarden en daardoor hulp bij suïcide wegens een voltooid geacht leven mogelijk maken?

Alhoewel, heeft de praktijk de Haagse politiek niet al ingehaald? In september 2017 maakte de Coöperatie Laatste Wil bekend een goedkope chemische stof, een poeder, dat in Nederland legaal en vrij verkrijgbaar is als conserveermiddel, aan te bevelen waarmee mensen zichzelf op elke gewenst moment een zekere en pijnloze dood kunnen bezorgen. Tegenstanders waarschuwen echter dat gebruik van het middel in kwestie niet zomaar tot een zekere en pijnloze dood leidt, maar epileptische aanvallen kan veroorzaken. Bovendien wijzen zij op het risico dat dit poeder, eenmaal bekend, ook gebruikt zou kunnen worden om andere mensen uit de weg te ruimen. De media hebben dit middel het poeder van Drion gedoopt, naar het lid van de Hoge Raad dat in 1991 voor het eerst een oproep had gedaan om artsen straffeloos in staat te stellen aan ouderen medicamenten ter beschikking te stellen waarmee ze op een zelfgekozen moment uit het leven zouden kunnen stappen.(37) De Coöperatie zegt dit middel te propageren om recht te doen aan de autonomie van mensen die hun leven wensen te beëindigen. Alleen leden die de leeftijd van 18 jaar bereikt hebben en minstens een half jaar lid zijn, worden geïnformeerd over welk middel het gaat, om te voorkomen dat sommigen het in een opwelling gebruiken om hun leven te beëindigen.(38) Het Openbaar Ministerie beschikt niet over mogelijkheden om tegen de Coöperatie Laatste Wil op te treden, omdat advies geven over suïcide, in tegenstelling tot hulp bij suïcide, niet strafbaar is. Recent lijkt de Coöperatie Laatste Wil haar aanpak te hebben bijgesteld. De eerste brieven zijn per e-mail verstuurd aan 3200 leden die het zelfdodingspoeder hebben besteld. Zij krijgen een kluisje toegestuurd, dat alleen zij zelf met een code of vingerafdruk kunnen openen. Vervolgens ontvangen zij tijdens een bijeenkomst het betreffende middel dat zij dan onder toezicht in het kluisje moeten deponeren.(39) Het Openbaar Ministerie zou pas kunnen optreden nadat een van de leden het middel heeft gebruikt en daarmee daadwerkelijk zijn leven heeft beëindigd. Is dit wellicht de laatste stap op het hellend vlak en zijn we nu onderaan de helling beland?

b. Slechts een 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 ontkennend. 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 dat van iemand anders. (40) De centrale vraag is: welke waardigheid heeft het menselijk leven? Het lichamelijk leven van de mens hangt samen met de waarde die het lichaam heeft. Bij levensbeëindiging beëindigt men het lichamelijk leven (niet dat van de ziel, die onsterfelijk is). Onze cultuur ziet het lichaam vaak als een object, een ding, waar wij vrij over kunnen beschikken. De menselijk persoon zou alleen het bewustzijn – hogere hersenfuncties – betreffen, dat vrijelijk zou kunnen beschikken over het menselijk lichaam als een puur middel tot welk doel ook. Binnen deze visie heeft het lichaam alleen de waarde die het individu eraan toekent. Wanneer het lichamelijk leven door ziekte of andere oorzaken ontluisterd is en daarom zijn waarde verloren heeft, zou het individu er door actieve

levensbeëindiging afstand van mogen doen.

Het lichaam is echter geen object of een ding, maar behoort wezenlijk tot de menselijke persoon. De mens is zowel wat zijn lichaam betreft 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 lichamelijk 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 en daarmee de menselijke persoon 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.⁽⁴¹⁾ 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 het individu 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 moet helpen om de essentiële waardigheid van het leven weer te (her)ontdekken.⁽⁴²⁾

c. De autonomie is er niet mee geholpen

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.

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 betrokkenen 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.

Ook het kabinet zegt overigens dat we, alvorens over te gaan tot daadwerkelijke hulp bij suïcide, ons eerst moeten afvragen of we niet iets aan de situatie van deze mensen moeten doen. Als de mogelijkheid tot hulp bij suïcide eenmaal 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 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. Dit betekent dat de wens om te sterven niet op vrijwillige basis tot stand komt. In dit verband moet ook rekening worden gehouden met het risico dat de stervenswens in een aantal gevallen kan ontstaan onder druk van derden, bijvoorbeeld familieleden. Meyboom-De Jong, lid van de commissie Schnabel, vraagt zich af of dat valt te voorkomen en ook of stervenshulpverleners “zelfs met hun kopstudie” in staat zullen zijn dat te herkennen:

“Ik deel de angst van ouderen dat hun op den duur euthanasie kan worden opgedrongen, als ze ‘er niet meer

toe doen'. Die grote groep mensen hebben we met ons advies (het advies van de Commissie Schnabel, W.E.) willen beschermen: Compassie gaat boven autonomie".(43)

Ouderen hebben vaak angst voor het verpleeghuis, dat de laatste tijd als gevolg van negatieve berichtgeving een steeds slechtere reputatie geniet, of ze zijn bang thuis zonder voldoende zorg te vereenzamen. Aan deze problematiek zouden we aandacht moeten besteden en daar is de wet voor hulp bij suïcide bij voltooid leven, die het kabinet voor ogen staat, geen adequaat antwoord op. De juriste Anne-Mei The, die overigens euthanasie niet afwijst, zegt hierover:

"Het gaat in wezen om de vraag; hoe behandelen we onze ouderen? Hoe we omgaan met ouderdom, lijden, kwetsbaarheid, eenzaamheid, sociaal isolement is een onderschat probleem... Mensen hebben het gevoel er niet meer bij te horen, niet voor vol te worden aangezien en geen bijdrage aan de samenleving meer te kunnen leveren. Daardoor voelen ze zich wanhopig en overbodig. Maar ik geloof niet dat de maakbare dood op het einde de oplossing is".(44)

Epiloog

Tenslotte: het kabinet wil tegemoet komen aan de autonomie van mensen, maar richt zich uitsluitend op autonomie in de vorm van *uiterlijke* vrijheid, het vrij zijn van wetten die de overheid oplegt, of vrij zijn van sociale druk. Maar veel belangrijker is de *innerlijke* vrijheid of – zo men wil – de innerlijke autonomie: het innerlijk vermogen waardoor de mens zichzelf, zijn gedachten, impulsen en gevoelens in beheer heeft en daardoor in staat is om moreel goede keuzes te maken, ook als dat heel moeilijk is. Aristoteles zou daarom zeggen: de echt innerlijk autonome mens is de deugdzame mens. De deugden geven een mens de innerlijke vrijheid of autonomie die hij nodig heeft om met het lijden om te gaan. Vanuit het christelijk geloof zeggen we: de autonome mens in de zin van een innerlijke vrije mens is de door Christus verlost mens. Aan deze innerlijke autonomie moeten we op de eerste plaats aandacht schenken. Deze innerlijke vrijheid moeten we zien te versterken door goede professionele en liefdevolle palliatieve zorg en zieken- en ouderenzorg, waarvan ook pastorale zorg een intrinsiek onderdeel is. De ervaring leert dat mensen daardoor die innerlijke kracht terug kunnen krijgen, weer zin in het leven gaan zien en het ook willen voortzetten.

Noten

* Delen van deze lezing zijn ontleend aan eerdere artikelen over het gelijknamige onderwerp in het *Katholiek Nieuwsblad*: W.J. Eijk, "Ook bij gezonde mensen medische hulp bij zelfdoding?", in: *Katholiek Nieuwsblad* (2016), 21 oktober, pp. 4-5.10; *Idem*, "Straks ook medische hulp bij suïcide voor mensen die gezond zijn?", in: *Pro Vita Humana* 24(2017), nr. 1, p. 001 (<http://provitahumana.nl/pvhcoart201711.html>).

1. J.H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*, G.F. Callenbach, Nijkerk 1969. Hoewel Van den Berg in dit boekje alleen een lans brak voor de legalisering van levensbeëindigend handelen zonder verzoek, was het de aanleiding tot een publiek debat over levensbeëindigend handelen zowel op als zonder verzoek. De discussie richtte zich overigens aanvankelijk vooral op levensbeëindigend handelen op verzoek, zie: W.J. Eijk, "Eutanasia: un piano inclinato", in: *Il Regno* 67(2017), 1 januari, pp. 41-56 (Italiaanse vertaling van W.J. Eijk, "Dutch experience of euthanasia and physician-assisted suicide", lezing voor de plenaire vergadering van de Canadese Bisschoppenconferentie, Cornwall (Ontario), 26 september 2016).
2. "Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WtL) van 12 april 2001", *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden* (2001), nr. 194.
3. B.D. Onwuteaka-Philipsen, J.K.M. Gevers e.a., *Evaluatie Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek*



en hulp bij zelfdoding, ZonMw, Den Haag 2007, p. 99. 14% van alle artsen gaf aan nooit euthanasie te verrichten of hulp bij suïcide te verlenen, terwijl 1% toevoegde dat zij bovendien nooit een patiënt die om euthanasie verzoekt, naar een andere arts zouden verwijzen. In 2010 bleek dat 5% van de verzoeken om levensbeëindiging niet was ingewilligd wegens principiële bezwaren van artsen, zie: *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde: Sterfgevallenonderzoek 2010*, op. cit., p. 17.

4. *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. Standpunt van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)*, vastgesteld door het Federatiebestuur en in werking getreden op 23 juni 2011 (www.knmg.nl/zelfgekozen-levenseinde). Vgl. W.J. Eijk, "Come concepisce l'Associazione Medica Reale Olandese il ruolo del medico nell'interruzione della vita su richiesta?", in: *Medicina e Morale* 61(2011), nr. 6, pp. 973-991.
5. De te restrictieve interpretatie zou volgens de KNMG deels worden veroorzaakt door de uitspraak van de Hoge Raad in de zaak Brongersma (zie hieronder).
6. Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *Jaarverslag 2009*, pp. 20-23.
7. *Ibidem*, p. 22.
8. Zie: http://www.npo.nl/2doc/15-02-2016/VPWON_1248719
9. H. Drion, "Het zelfgewilde einde van oudere mensen", in: *NRC/Handelsblad* (1991), 19 oktober, p. 8.
10. Hoge Raad 24 december 2002, Landelijk Jurisprudentie Nummer (LJN): AE8772.
11. Commissie Dijkhuis, *Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven*, Utrecht 2004, speciaal p. 15.
12. M. Peeters, *Onderzoek naar (hulp bij) zelfdoding op basis van voltooid leven in verzorgingshuizen*, NVVE, Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde, 2010, p. 4.
13. E. Sutorius, J. Peters, S. Daniëls, "Proeve van een wet," in: *Uit Vrije Wil. Waardig sterven op hoge leeftijd*, J. Peters, E. Sutorius, Boom, Amsterdam 2011, pp. 45-83.
14. Vgl. Memorie van Toelichting, *ibid.*, pp. 72-76.
15. EenVandaag Opiniepanel, "Huisartsen over Euthanasie", p. 10, zie: <http://opinie.eenvandaag.nl/uploads/doc/huisartsen-euthanasie.pdf>
16. *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde...*, op. cit.
17. Zie: <https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=cde11004-bb08-4452-8f5e-159490332f7b&title=Motie%20Dijkstra%20over%20stervenshulp%20onder%20strikte%20voorwaarden.pdf>
18. Tweede Kamer, Vergaderjaar 2011-2012, 33 026, nr. 2 (https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/moties?qry=%2A&fld_tk_categorie=Kamerstukken&srt=date%3Adesc%3Adate&clusterName=Moties%20&pe=Kamerstukken&fld_prl_kamerstuk=Moties&fromdate=01%2F03%2F2012&todate=30%2F03%2F2012&sta=226).
19. Tweede Kamer, Vergaderjaar 2011-2012, 33 026, nr. 3 (https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/moties?qry=%2A&fld_tk_categorie=Kamerstukken&srt=date%3Adesc%3Adate&clusterName=Moties%20&pe=Kamerstukken&fld_prl_kamerstuk=Moties&fromdate=01%2F03%2F2012&todate=30%2F03%2F2012&sta=226).

- 01 2&sta=211).
20. Zie:
https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/plenaire_vergaderingen/details?date=0803-2012#2011A04691.
 21. Adviescommissie voltooid leven, *Voltooid leven: Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten*, Den Haag, Januari 2016, speciaal pp. 208-231 (zie: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/documenten/rapporten/2016/02/04/rapport-adviescommissievoltooid-leven>).
 22. E.I. Schippers, G.A. van der Steur, "Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der StatenGeneraal: Kabinetsreactie en visie voltooid leven," 12 oktober 2016: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/10/12/kabinetsreactie-en-visie-voltooid-leven>
 23. Vgl. G. den Hartogh, "Stervenshulp holt zorgvuldigheidseisen uit", in: *Medisch Contact* 72(2017), 16 februari, nr. 7, pp. 34-36, speciaal 34.
 24. E.I. Schippers, G.A. van der Steur, "Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der StatenGeneraal: Kabinetsreactie en visie voltooid leven", op. cit., p. 2.
 25. Ibidem, p. 5.
 26. Johannes Paulus II, "Encycliek *Evangelium vitae*: Over de waarde en de onschendbaarheid van het menselijk leven (25 maart 1995), *Kerkelijke documentatie* 23(1995), nr. 5, pp. 213-288, citaat pp. 260-261.
 27. E.I. Schippers, G.A. van der Steur, "Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der StatenGeneraal: Kabinetsreactie en visie voltooid leven", op. cit., pp. 6-8.
 28. Ibidem, pp. 8-9.
 29. Ibidem, p. 10.
 30. Ibidem.
 31. Voorstel van wet van het lid Pia Dijkstra houdende toetsing van levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek en tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en enkele andere wetten (Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek), zie:
<https://d66.nl/content/uploads/sites/2/2016/12/Wet-toetsing-levenseindebegeleiding-van-ouderen-op-verzoek.pdf> Zie ook: de Memorie van toelichting:
<https://d66.nl/content/uploads/sites/2/2016/12/Memorievan-toelichting-Wet-toetsing-levenseindebegeleiding-van-ouderen-op-verzoek.pdf>
 32. ChristenUnie, Max, KBO-PCOB, *Manifest 'Waardig ouder worden'*: <https://waardigouderworden.christenunie.nl/library/download/1085097>
 33. *Vertrouwen in de toekomst, Regeerakkoord 2017-2021*, VVD, CDA, D66 en ChristenUnie, 1.4 Zorg, Medisch-ethische onderwerpen, pp. 17-18, zie:
<https://www.kabinetsformatie2017.nl/kabinetsformaties/k/kabinetsformatie-2017/documenten/publicaties/2017/10/10/regeerakkoord-vertrouwen-in-de-toekomst>
 34. Overwegingen artsenfederatie KNMG bij "Kabinetsreactie en visie Voltooid Leven", 19 maart 2017,



- spec. pp. 18-19, zie: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/lijden-aan-het-leven.htm> vgl. "Kabinetsplan voor wet Voltooid leven onwenselijk" in: *Medisch Contact* (2017), 30 maart, pp. 10-11; "KNMG: 'voltooid leven'-wens invoelbaar, maar regeling onwenselijk", in: *Ibid.*, pp. 42.
35. A. Kuiken, "Ziek en/of levensmoe?", in: *Trouw* (2016), 21 oktober, Verdieping, pp. 10-11.
36. W.J. Eijk, "Eutanasia: un piano inclinato," *op. cit.*
37. "In eenzaamheid beslissen om eruit stappen", in: *Trouw* (2017), 13 september, Verdieping, pp. 4-5; B. Ummelen, "Poeder van Drion? Maak weg naar zelfgekozen dood niet te makkelijk", in: *Trouw* (2017), 26 september, p. 21; S. van Veen, "Poeder van Drion kost onnodig mensenlevens", in: *De Volkskrant* (2017), 7 september, p. 22.
38. E. Keulen, "De pil van Drion wordt een goedkoop poedertje", in: *Trouw* (2017), 2 september, p. 3.
39. M. Visser, "Eerste laatstewil-pillen kunnen worden opgehaald", in: *Trouw* (2018, 2 oktober, p. 9. 40. W.J. Eijk, "Il Magistero di Giovanni Paolo II sul valore della vita umana", in: *Giornata commemorativa del decennale di fondazione*, J. de Dios Vial Correa, E. Sgreccia (red.), Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2005 (Collana della Pontificia Academia pro Vita), pp. 71-90.
40. Zie voor een uiteenzetting over de ethische waarde van het menselijk lichaam en het menselijk leven: *Manual of Catholic medical ethics. Responsible healthcare from a Catholic perspective*, W.J. Eijk, L.M. Hendriks, J.R. Raymakers, J.I. Flemming (red.), Court Connor Publishing, Ballarat 2014, pp. 61-77.
41. W.J. Eijk, "Plicht om het leven te beschermen staat voorop", in: *Trouw* (2016), 17 oktober, p. 12-13.
42. H. Maasen, "Rol arts bij voltooid leven onduidelijk", in: *Medisch Contact* 71(2016), nr. 42, pp. 1011, citaat p. 11.
43. L. de Jong, "Ouderen vinden we nutteloos", in: *De Volkskrant* (2016), 22 oktober, pp. 22-23, citaat p. 22.

Kardinaal Wim Eijk is arts en moraaltheoloog. Als aartsbisschop van het aartsbisdom Utrecht (sinds 2008) werd hij in 2012 tot kardinaal gecreëerd. Hij is lid van de Congregatie voor de clerus en van de Congregatie voor de katholieke opvoeding en gewoon lid van de Pauselijk Academie voor het leven.

Overgenomen met toestemming van *Communio*.