



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

Communio 2002, 27, nr. 6

door mgr.dr. W.J. Eijk



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

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

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

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



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

Heeft de mens zelfbeschikkingsrecht over eigen leven en dood?

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

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

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

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

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

De heilige Schrift kent geen dualisme tussen geest en lichaam. De tendens van vooral scholastieke theologen om het naar Gods beeld en gelijkenis geschapen zijn alleen te betrekken op de menselijke geest zou – ofschoon onbedoeld – een zeker dualisme kunnen suggereren. In Gen. 1, 26-27 is echter bedoeld dat de mens in zijn totaliteit naar Gods beeld en gelijkenis is geschapen. Zowel in zijn lichamelijk als in zijn geestelijke dimensie weerspiegelt de mens het beeld van God. Het lichaam deelt dus in de waarde van de mens als geheel en is



daarom een goed in zich. God zelf en wat naar zijn beeld en gelijkenis is geschapen, is geen object met alleen een instrumentele waarde: *“God geeft Zichzelf te kennen als absolute Heer over het leven van de mens, die Hij naar zijn beeld en gelijkenis gevormd heeft (Gen. 1, 26-28). Het menselijk leven is bijgevolg heilig en onschendbaar, als weerspiegeling van de onschendbaarheid van de Schepper zelf”* (7)

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

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

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

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

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

Ten slotte gaat de zelfgekozen dood in tegen de liefde die een mens tegenover zichzelf verschuldigd is. De



veronderstelling dat men over eigen leven en dood beschikken kan, berust in principe op de aanname dat het lichaam een extrinsiek goed is. Dit impliceert een miskenning van de waarde van het eigen lichaam als goed in zich. Voorts berooft men zich door de zelfgekozen dood van een fundamenteel goed. Het leven is immers het fundament voor alle andere waarden. De vrijheid mag dan terecht zijn gekwalificeerd als de hoogste menselijke waarde, zonder het leven kan zij niet worden gerealiseerd. De zelfgekozen dood wordt gezien als een vorm van ultieme zelfbeschikking, maar is zij feitelijk niet de vernietiging van de zelfbeschikking?

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

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

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

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

Als de zieke zelf geen recht heeft om over eigen leven en dood te beschikken, dan kan hij de arts niet machtigen zijn leven te beëindigen en heeft de arts niet het recht een verzoek daartoe in te willigen. Daarom kan levensbeëindigend handelen geen sluitstuk van de gezondheidszorg zijn: *"Ter dood brengen" kan nooit*



beschouwd worden als medische hulpverlening, zelfs wanneer men geen andere bedoeling heeft dan aan de vraag van een patiënt tegemoet te komen: integendeel, het is juist de negatie van de gezondheidsberoepen, die immers als een hartstochtelijk en onverzettelijk 'ja' tegen het leven omschreven worden" (Evangelium vitae, nr. 89).

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

Op het randje: wel of geen euthanasie?

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

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

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

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

Men moet hierbij voor ogen houden dat met beschikken over leven en dood niet is bedoeld het beschikken over het tijdstip van overlijden. Dit gegeven is voor de ethische beoordeling niet relevant. Met beschikken over het leven is bedoeld dat men het lichamelijk leven als ware het geen goed in zich op waarde taxeert en zo tot de



eventuele slotsom komt dat het leven beter kan worden opgeofferd om aan een ondraaglijk geacht lijden te ontkomen. Dit hoeft echter niet per se in het geding te zijn wanneer levensverlengend behandelen achterwege wordt gelaten, ook al kan men voorzien dat de patiënt dientengevolge overlijdt.

Van den Berg beschrijft een patiënt bij wie beide benen en het bekken, zeg maar het halve lichaam, zijn geamputeerd om een kwaadaardige tumor met uitzaaiingen radicaal te verwijderen (17). Als iemand daarvan afziet, heeft hij dan daarmee de intentie het leven te beëindigen? Het antwoord is evident nee. De nadelen van de operatie staan hier evident in een onevenredige verhouding tot de voordelen. De ingreep is niet proportioneel. Een heel andere situatie doet zich voor wanneer een overigens gezonde oudere man zou besluiten zich niet te laten behandelen met antibiotica voor een longontsteking en daardoor sterft. Aangenomen dat hij wilsbekwaam is, kunnen we niet anders concluderen dan dat hij zijn dood beoogt. De risico's en bijwerkingen van de benodigde antibiotica zijn immers te verwaarlozen. De voordelen ervan wegen ruimschoots op tegen de nadelen. Deze therapie is volstrekt proportioneel. Op basis hiervan concludeert de Verklaring over euthanasie van de Congregatie voor de geloofsleer uit 1980: *"Een juiste verhouding moet worden aangehouden bij de toepassing van medische behandelingen... een juiste taksering van de middelen zal kunnen plaatsvinden, als de aard van de therapie, de kans op problemen en risico's en de noodzakelijke kosten evenals de beschikbaarheid vergeleken worden met de effecten die men ervan mag verwachten, waarbij op passende wijze rekening wordt gehouden met zowel de toestand van de zieke als zijn lichamelijke en geestelijke krachten"* (18).

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

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

Het leergezag kan het onderscheid tussen proportionele, nietproportionele en disproportionele behandeling slechts als algemeen principe voorhouden. Wat in concrete gevallen al dan niet proportioneel is, kan alleen een arts aangeven op basis van de nodige expertise, ervaring en prudentie. De zieke zal zich door hem goed laten



informerend over de te verwachten voordelen en nadelen van de behandeling. Uiteindelijk beslist de wilsbekwame patiënt zelf of levensverlengende behandeling bij hem wordt toegepast. Is hij of zij daartoe niet in staat, dan zal de arts beslissen in overleg met de familieleden.

Het onderscheid tussen proportionele, niet-proportionele en disproportionele medische behandeling is in veel gevallen eenduidig. Er blijft echter een grijze zone waarin de toepassing van dit onderscheid lastig is en betrokkenen in goed geweten van mening met elkaar kunnen verschillen. Wat valt bijvoorbeeld te besluiten in het geval van een 50-jarige vrouw met een hersentumor? Vindt er geen operatieve verwijdering van het gezwel plaats, dan zal zij neurologische uitvalsverschijnselen krijgen en met zeer veel pijn overlijden, terwijl de kans op genezing na operatie vrijwel 100% is. Anderzijds zal door deze ingreep haar motorisch spraakcentrum worden beschadigd, zodat ze daarna niet meer kan spreken en zich uiten. Hier stellen zich in de praktijk lastige afwegingen, zeker wanneer met de patiënt in kwestie hierover moeilijk kan worden gesproken.

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

Helpen om verder te leven

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

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

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



welbevinden van de zieke in zijn totaliteit.

Van oudsher werd in de geneeskunde met een “palliativum” een lapmiddel bedoeld waarmee men symptomen kon toedekken, maar niet de onderliggende aandoening genezen (“palliare” betekent bemantelen of toedekken; voorts kan de term “palliatieve zorg” ook zijn afgeleid van het Latijnse “pallium” dat mantel betekent). De heilige Martinus sneed zijn mantel middendoor om de helft ervan aan een naakte bedelaar te geven bij de stadspoort van Amiens. Hiermee loste hij niet de armoede op, maar gaf de man wel een beetje warmte. Zo dient palliatieve zorg niet om de levensbedreigende aandoening te verhelpen, maar verlicht zij de pijn, het verdriet, de angst en de eenzaamheid van de zieke gedurende het leven dat nog rest. In dezelfde lijn past de Nederlandse term “mantelzorg”, de zorg die door familieleden, vrienden en buren wordt verleend onder leiding van deskundigen. Het innerlijk herstel dat door liefdevolle zorg optreedt, kan tevens leiden tot een versterkt vertrouwen en hoop op God. Vanuit katholiek perspectief zal spirituele begeleiding integraal onderdeel zijn van palliatieve zorg. De Nederlandse bisschoppenconferentie heeft er een lans voor gebroken dat palliatieve zorg structureel als hulp aan stervenden wordt geboden (23).

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

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

NOTEN

(1) E.J. Emanuel, “Euthanasia. Historical, ethical and empiric perspectives”, in: Archives of Internal Medicine 154 (1994), p. 1891. Daardoor vervallen de vroeger wel gemaakte distinctie tussen vrijwillige, niet-vrijwillige en onvrijwillige euthanasie. Vrijwillige euthanasie vindt plaats op verzoek van betrokkene; onvrijwillige euthanasie wordt verricht tegen diens wil. Bij niet-vrijwillige euthanasie is de wil van betrokkene niet bekend; dit komt voor bij comateuze en ernstig psychisch gehandicapte patiënten en tevens bij pasgeborenen.

(2) M.A. Lee, H.D. Nelson, V.P. Tilden, L. Ganzini, T.A. Schmidt, S.W. Tolle, “Legalizing assisted suicide – Views of physicians in Oregon”, in: The New England Journal of Medicine 334 (1996), nr 5, p. 310-315.

(3) J. Kennedy, Een weloverwogen dood. Euthanasie in Nederland, Uitgeverij Bert Bakker, Amsterdam 2002, p. 137-166.

(4) H.M. Kuitert, Een gewenste dood. Euthanasie en zelfbeschikking als moreel en godsdienstig probleem, Ten Have, Baarn 1981.

(5) Thomas van Aquino, Summa Theologica II-II, 64, S.

(6) Congregatie voor de geloofsleer, “Declaratio de euthanasia” in: AAS 72 (1980), p. 545.

(7) Evangelium vitae, nr 53, vgl. nr. 39. Hier geciteerd uit Johannes Paulus II, “Encycliek Evangelium vitae. Over de waarde en onschendbaarheid van het menselijk leven”, in: Een-Twee-Een 23 (1995), nr. 5, p. 213-288.

(8) J. Hardy, “Is there a duty to die?” in: Hastings Center Report 27 (1997), nr. 2, p. 34-42; Hardy zet zich af tegen het individualisme dat mensen er te weinig toe brengt rekening te houden met de belangen van anderen



en van de samenleving als geheel; hierbij vat hij de samenleving echter typisch als een belangengemeenschap op.

(9) R.M. Gula, *Euthanasia. Moral and pastoral perspectives*, Paulist Press, New York/Mahwah 1995, p. 14-20; M. Manning, *Euthanasia and physician-assisted suicide. Killing or caring?*, Paulist Press, New York/Mahwah 1998, p. 56-59.

(10) Geciteerd uit Dogmatische Constitutie over de Kerk, transl. M.H. Mulders, J. Kahmann, Gooi en Sticht, Hilversum 1965 (*Ecclesia Docens*), p. 26/27-28/29.

(11) I. Schretlen, "Euthanasie kan voor mij geen optie zijn", in: NRC Handelsblad (2001), 15 november, p.6.

(12) B. Codroncus, *De christiana ac tuta medendi ratione*, Bononiae: typis Clementis Ferronii, 1629 (eerste uitgave in 1591), liber I, caput XXIII, p. 76; vgl. W.J. Eijk, *De zelfgekozen dood naar aanleiding van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte*, Tabor, Brugge, 1987, p. 141

(13) W.H.S. Jones, *The doctor's oath. An essay in the history of medicine*, University Press, Cambridge 1924, p. 7-10.

(14) L. Edelstein, *Der hippokratische Eid*, Artemis Verlag, Zürich/Stuttgart 1969.

(15) Pius XII, "Tot een internationale vergadering van artsen en chirurgen (24 februari 1957)", in: AAS 49

(1957), p. 146; Idem, "Tot de deelnemers aan een congres over neuropsychofarmacologie (9 september 1958)", in: AAS 50 (1958), p. 694; Congregatie voor de geloofsleer, Verklaring over euthanasie, op. cit., p. 548; *Evangelium vitae*, nr 65.

(16) J. Rachels, "Active and Passive Euthanasia", in: *The New England Journal of Medicine* 292 (1975), p. 78-80; D.W Brock, "Voluntary Active Euthanasia", in *Hastings Center Report* 22 (1992) nr 2, p. 10-22.

(17) J.H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*, G.F. Callenbach, Nijkerk 1969, p. 31-34.

(18) Congregatie voor de geloofsleer, Verklaring over euthanasie, op. cit., p. 550; vgl. *Veritatis splendor* nr. 65; Pauselijke Raad voor het pastoraat in de gezondheidszorg, *Handvest van de werkers in de gezondheidszorg*, op. cit., nrs. 119-121.

(19) Voor een opsomming van de diverse voordelen en nadelen die hier in het geding zijn, zie: Congregatie voor de geloofsleer, Verklaring over euthanasie, op. cit., p. 550-551; K.W. Wildes, "Ordinary and extraordinary means and the quality of life", in: *Theological Studies* 57 (1996), p. 500-512.

(20) J. Hardy, "Is there a duty to die?", op. cit.

(21) Geciteerd uit R. Bruntink, *Een goede plek om te sterven. Palliatieve zorg in Nederland. Een wegwijzer*, Plataan, Zutphen/Apeldoorn 2002, p. 11, World Health Organization, *Cancer pain relief and palliative care*, Technical Report Series 804, Genève

(22) R. Bruntink, *Een goede plek om te sterven...*, op. cit., p. 12.

(23) "Care during suffering and dying", in: *Euthanasia and human dignity. A collection of contributions by the Dutch Catholic Bishops' Conference to the legislative procedure 1983-2001*, Peeters, Utrecht/Leuven 2002, p. 144-152

(24) M. Oostveen, "Spijt. Voorvechters van de euthanasiepraktijk bezinnen zich", in: NRC/Handelsblad (2001), 10 november, zaterdags bijvoegsel, p. 25.

(25) Vgl. M.J.P.A. Janssens, *Palliative care. Concepts and ethics*, Nijmegen University Press, Nijmegen 2001 (academisch proefschrift), p. 125-126.