



Hoe ziet de KNMG de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde?

Pro Vita Humana, 2011 (18), nr.3/4, p 74-81

door mgr.dr. W.J. Eijk



Inleiding

Tien jaar geleden is de Wet toetsing levensbeëindigend handelen op verzoek en hulp bij zelfdoding (de Euthanasiewet) aanvaard. (1) Euthanasie en hulp bij zelfdoding blijven bij wet verboden. Volgens de Euthanasiewet is een arts die het leven van een patiënt op diens uitdrukkelijk verzoek beëindigt of hem de middelen verstrekt met het expliciet doel om diens leven te beëindigen, niet strafbaar indien hij de zorgvuldigheidsvereisten, zoals vermeld in artikel 2 van de Euthanasiewet, (2) in acht heeft genomen. De arts is verplicht om gevallen waarin hij euthanasie heeft verricht of hulp bij suïcide heeft geboden, te melden bij een van de regionale toetsingscommissies. (3) Wanneer de betrokken Commissie tot de bevinding komt, dat de arts zich aan de zorgvuldigheidsvereisten heeft gehouden, dan zal hij niet strafrechtelijk worden vervolgd. Een van deze zorgvuldigheidsvereisten houdt in dat de arts zich ervan overtuigd heeft dat het lijden van de patiënt uitzichtloos en ondraaglijk is (Wet toetsing van levensbeëindigend handelen op verzoek en hulp bij zelfdoding, art. 2, lid 1, b). Het lijden geldt als uitzichtloos als er geen medische mogelijkheden meer voor handen zijn om de ziekte van de patiënt te behandelen, diens conditie te verbeteren of zijn lijden weg te nemen of draaglijk te maken. De beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden vergt medische deskundigheid en behoort daarom primair tot de verantwoordelijkheid van de arts. Dat het lijden ondraaglijk is, wordt primair door de patiënt aangegeven. Dit is een subjectief gegeven. Het kan heel goed zijn dat de ene zieke een bepaalde conditie als ondraaglijk beschouwt, terwijl dat voor een andere zieke in een vergelijkbare conditie niet het geval hoeft te zijn. Bij de beslissing om euthanasie te verrichten of hulp bij suïcide te verlenen is de ondraaglijkheid van het lijden, die door de patiënt wordt aangegeven, niet de enige factor. Van de ondraaglijkheid van het lijden moet de arts overtuigd zijn. De ondraaglijkheid van het lijden moet tevens in relatie worden gezien tot de medisch-professionele beoordeling van de uitzichtloosheid van de conditie van de patiënt.

Op 23 juni 2011 heeft de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) een standpunt vastgesteld inzake euthanasie en hulp bij suïcide onder de titel *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*. (4) De KNMG beoogt geen wijziging van de Euthanasiewet. Omdat naar haar mening artsen deze wet echter te restrictief interpreteren, wil de KNMG hen nader informeren over de ruimte die de wet biedt. Veel artsen blijken er niet van op de hoogte te zijn dat ook (beginnende) dementie, chronisch psychiatrische aandoeningen en een opeenstapeling van ouderdomsklachten oorzaak kunnen zijn van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden, dat binnen de kaders van de Euthanasiewet voor de arts ruimte biedt om euthanasie te verrichten of hulp bij suïcide te verlenen. Tevens wordt in het standpunt van de KNMG aandacht besteed aan wat de arts te doen staat als hij een verzoek tot euthanasie niet inwilligt: heeft hij dan de plicht de patiënt te verwijzen naar een andere arts die wel bereid is om euthanasie uit te voeren, blijft hij een zorgplicht houden bij een patiënt die dan besluit om zich te versterven door bewust te stoppen met eten en drinken en mag hij eigener beweging de patiënt op deze mogelijkheid wijzen?

1. Welke ruimte biedt de Euthanasiewet?

De voornaamste oorzaak van de volgens de KNMG te restrictieve interpretatie van de Euthanasiewet is gelegen



in de uitspraak van de Hoge Raad in de zaak Brongersma. (5) Diens huisarts had hem geholpen om suïcide te plegen, omdat hij leed aan lichamelijke aftakeling en eenzaamheid en zijn leven als zinloos ervoer. Naast enkele ouderdomsklachten was er bij Brongersma echter geen sprake van een ernstige somatische of psychiatrische aandoening. De Hoge Raad concludeerde dat de betrokken huisarts geen beroep kon doen op overmacht in de zin van een noodtoestand. (6) Een noodtoestand is een conflict van plichten. Bij een patiënt met een uitzichtloos en ondraaglijk lijden, zo is de gedachte, staat de arts voor een dilemma tussen twee plichten: aan de ene kant moet hij de patiënt van diens uitzichtloos en ondraaglijk geacht lijden verlossen, aan de andere kant moet hij diens leven zoveel mogelijk in stand houden en respecteren. Een noodtoestand ontstaat wanneer de arts geen andere mogelijkheid overblijft om het lijden van de patiënt adequaat te verhelpen dan diens leven te beëindigen. Een arts die met succes een beroep doet op noodtoestand, heeft iets gedaan dat weliswaar formeel, maar niet materieel tegen de wet ingaat. Om die reden zal hem geen straf worden opgelegd. De Hoge Raad verwierp in de zaak Brongersma het beroep op noodtoestand op basis van de opvatting dat aan het lijden van de patiënt in overwegende mate een of meerdere classificeerbare somatische of psychische aandoeningen ten grondslag moeten liggen, als een arts overgaat tot het verlenen van hulp bij suïcide. Dit was aldus de Hoge Raad bij Brongersma niet het geval.

Dit laat echter onverlet dat de Hoge Raad een beroep op noodtoestand niet uitgesloten achtte op de enkele grond dat er voor het lijden geen eenduidige somatische of psychische oorzaak kan worden aangewezen. Met andere woorden: ook dan kan er sprake zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

In reactie op de uitspraak van de Hoge Raad werden artsen terughoudend bij het verrichten van euthanasie of verlenen van hulp bij zelfdoding. Vooral bij patiënten die niet aan een ernstige somatische aandoening leden of in de stervensfase verkeerden, legden zij deze terughoudendheid aan de dag. In haar standpunt wijst de KNMG artsen erop dat daar geen reden voor bestaat. Op de eerste plaats geeft de uitspraak van de Hoge Raad daartoe geen aanleiding, omdat hij — zoals gezegd — niet uitsluit dat er van uitzichtloos en ondraaglijk lijden sprake kan zijn ook wanneer de patiënt niet in de stervensfase verkeert of er geen eenduidige somatische of psychische aandoeningen zijn. Bovendien blijkt dat de regionale toetsingscommissies euthanasie meermaals tot de conclusie kwamen dat euthanasie zorgvuldig was uitgevoerd en er dus sprake was van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden, ook wanneer veroorzaakt door een opeenhoping van ouderdomskwalen en een combinatie van factoren, die ieder voor zich niet fataal of levensbedreigend waren: bijvoorbeeld een combinatie van artrose van de wervelkolom, inzakkingsfracturen, bedlegerigheid en afhankelijkheid van anderen voor dagelijkse verzorging bij een tachtig- tot negentigjarige vrouw en een combinatie van blindheid als gevolg van glaucoom, slechthorendheid en rugklachten bij een man van dezelfde leeftijdscategorie. (7) De KNMG constateert dan ook “dat het huidige wettelijke kader en de invulling van het begrip lijden breder is dan veel artsen tot op heden denken en toepassen.” (8)

Men kan daarom, zo luidt het standpunt van de KNMG, niet concluderen dat er sprake moet zijn van een medisch classificeerbare ziekte om te kunnen vaststellen dat het lijden uitzichtloos en ondraaglijk is. Hiertoe kan ook worden geconcludeerd op basis van een optelsom van ouderdomskwalen, waarbij dimensies als kwetsbaarheid, functieverlies, eenzaamheid en verlies aan autonomie mogen worden verdisconteerd. (9) De KNMG houdt wel vast dat er om te kunnen spreken van uitzichtloos en ondraaglijk lijden sprake moet zijn van een medische grondslag.

Beginjaren negentig deed Drion, lid van de Hoge Raad, het voorstel om aan ouderen op hun verzoek via een arts medicijnen ter beschikking te stellen waarmee zij hun leven konden beëindigen op het moment dat hun dat zelf aangewezen voorkwam. (10) Dit voorstel en ook het Brongersma-arrest gaven aanleiding tot discussie over de vraag of mensen ook niet voor euthanasie of hulp bij suïcide in aanmerking zouden kunnen komen wanneer zij van mening waren dat hun leven ‘voltooid’ was, zonder dat zij aan een medische of psychische aandoening



leden. Zij zouden als het ware 'klaar met het leven' zijn. Verwant is het criterium 'lijden aan het leven', waaraan de Commissie Dijkhuis de voorkeur gaf die door de KNMG in dit verband in 2004 werd ingesteld. Hiervan is, aldus deze commissie, sprake als de situatie waarin mensen geen of slechts een gebrekkige kwaliteit van leven ervaren die aanleiding is tot een duurzaam verlangen naar de dood, terwijl daarvoor geen (doorslaggevende) somatische of psychische aandoening kan worden aangewezen. (11) De Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie hanteert het criterium 'voltooid leven' als een voldoende reden om het leven te (laten) beëindigen. Dit betreft: "de situatie van mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die, zonder dat zij overigens in medisch opzicht lijden aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, voor zichzelf hebben vastgesteld dat voor henzelf de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood verkiezen boven verder leven." (12)

In 2010 bracht de initiatiefgroep Uit Vrije Wil een proeve van wet uit die inhoudt dat er een strafuitsluitingsgrond is voor een stervenshulpverlener die hulp bij suïcide verleent bij een Nederlander of een onderdaan van een lidstaat van de Europese Unie die de leeftijd van 70 jaar heeft bereikt, met een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek om stervenshulp, ook wanneer er geen sprake is van een uitzichtloos of ondraaglijk lijden (art. 2). (13) De betrokken stervenshulp verlener (art. 3), die een aparte opleiding moet hebben gevolgd en als zodanig officieel erkend moet zijn, hoeft niet per se een arts te zijn. Ook een psycholoog, een filosoof, een geestelijk verzorger of een verpleegkundige kan als zodanig fungeren. De stervenshulpverlener moet verbonden zijn aan een apart op te richten stichting, de Stichting Stervenshulp aan ouderen (art. 4). Als de stervenshulpverlener de gevraagde stervenshulp verleent, verzoekt hij een aan de Stichting verbonden arts 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)

Het fundamentele uitgangspunt van de initiatiefgroep is dat elk mens de vrijheid heeft "zijn leven naar eigen inzicht en voorkeur in te richten. En daarover beslissingen te nemen. Deze vrijheid omvat ook de laatste levensfase en beslissingen over sterven en dood: op niemand rust een plicht tot leven." (15)

Zelfbeschikking is geen absoluut beginsel, aldus de initiatiefgroep, voor zover de hulpvrager op anderen is aangewezen om de zelfdoding te kunnen realiseren. Van hen wordt barmhartigheid en solidariteit verwacht. Voorts gaat de initiatiefgroep niet uit van een universele waardigheid die voor alle mensen geldt, ongeacht hun conditie, en onvoorwaardelijke eerbied voor het menselijk leven eist, maar van een persoonlijke waardigheid waarvan het betrokken individu tot het oordeel kan komen dat zij verloren is gegaan. Komt betrokkene tot deze conclusie, dan heeft hij het recht om zijn leven te beëindigen. (16)

De proeve van wet van de initiatiefgroep Uit Vrije Wil is tweemaal in een hoorzitting door de Tweede Kamer behandeld, namelijk op 16 februari en op 18 mei 2011. De tweede hoorzitting bestond uit een reeks rondetafelgesprekken van de Tweede Kamercommissie voor Veiligheid en Justitie en die voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport met deskundigen en vertegenwoordigers van bij het onderwerp betrokken organisaties, van wie de meesten de proeve van wet verwierpen. Ook onder artsen is de animo voor levensbeëindigend handelen wegens een voltooid leven niet groot. Uit een enquête door het Opiniepanel van het televisieprogramma Een Vandaag, van 21 tot en met 27 juli 2011, bleek dat van 800 ondervraagde huisartsen slechts 20,4% daartoe bereid was, maar 64,5% niet (15,1% had geen mening). (17)

In ieder geval acht de KNMG het criterium 'voltooid leven' vanuit het perspectief van de Euthanasiewet niet toepasbaar. De beoordeling of een leven voltooid is, komt alleen aan de persoon zelf toe, zo stelt de KNMG, en behoort niet tot de specifieke deskundigheid van de arts. Vanuit zijn specifieke expertise kan hij zich alleen een oordeel vormen over de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid van het leven, als er een medisch probleem aan ten grondslag ligt. De KNMG acht in haar standpunt de uitdrukking 'lijden aan het leven' van de Commissie



Dijkhuis “het meest treffend.” (18) De reden is dat de mate waarin het lijden wordt ervaren, niet wordt bepaald door de bron van het lijden. Het gaat er primair om hoe de patiënt zelf tegen zijn lijden aankijkt. Het is de taak van de arts om te exploreren of de patiënt een ondraaglijke lijdensdruk ervaart en of diens lijden als uitzichtloos kan worden gekwalificeerd. Zoals gezegd, handhaaft de KNMG echter — in tegenstelling tot de Commissie Dijkhuis en de initiatiefgroep Uit Vrije Wil – het standpunt dat alleen op basis van een medische grondslag het lijden als uitzichtloos en ondraaglijk kan worden gekwalificeerd, ook al hoeft het daarbij niet te gaan om de stervensfase of een ziekte die tot de dood voert.

2. Bekeken vanuit het perspectief van de arts met principiële bezwaren

Hoe valt hier tegenaan te kijken vanuit het perspectief van de arts die tegen hulp bij suïcide en euthanasie principiële ethische bezwaren heeft? Deze kan hij hebben op basis van een christelijke geloofsovertuiging die inhoudt dat God het beschikkingsrecht over het leven van de mens, geschapen naar Zijn beeld en gelijkenis, aan zichzelf voorbehoudt. Dit impliceert dat de mens over eigen leven en dood en dat van een medemens geen beschikkingsrecht heeft. Hoewel vanuit christelijk perspectief het lijden, indien bewust gedragen in vereniging met Christus, een bijzondere betekenis kan hebben, wordt het beschouwd als een plicht van christenen om het lijden naar vermogen te verlichten. Door lijden overmand kunnen mensen ook wanhopig raken en hun vertrouwen in God verliezen. Bij de bestrijding van pijn of andere symptomen mag men het risico lopen dat door de daarvoor benodigde medicamenten het levenseinde als bijwerking wordt bespoedigd, wanneer geen alternatieven voorhanden zijn om het lijden tot draagbare proporties terug te brengen. (19) Eventueel mag men in de vorm van palliatieve sedatie met slaapmiddelen het bewustzijn verminderen of zelfs geheel onderdrukken, als pijn op geen enkele andere manier meer adequaat kan worden behandeld, ook al zal dat als bijwerking tot gevolg hebben dat het levenseinde wordt verhaast. Daarmee kan men niet al het lijden wegnemen, maar wel voorkomen dat het ondraaglijke proporties aanneemt. (20)

Wie eenmaal het uitgangspunt heeft doorbroken dat de mens nooit beschikkingsrecht heeft over eigen of andermans leven en dood, zal telkens opnieuw moeten vaststellen waar dan de grens ligt: wanneer is levensbeëindiging nog wel en wanneer niet aanvaardbaar? Zodra levensbeëindigend handelen in de vorm van euthanasie of hulp bij suïcide bij een bepaalde medische of psychische aandoening of conditie aanvaardbaar wordt geacht, komt men onherroepelijk voor de vraag te staan of een aandoening of conditie die met minder lijden gepaard gaat, maar wellicht niet met veel minder lijden, dan ook niet levensbeëindigend handelen rechtvaardigt. Dit probleem wordt nog versterkt door het gegeven dat de ondraaglijkheid van het lijden een subjectief gegeven is dat uiteindelijk afhankelijk is van de vraag hoe de patiënt zijn lijdensdruk ervaart.

Niet zelden wordt allergisch gereageerd op de waarschuwing dat men zich op een ‘gladde helling’ (‘slippery slope’) begeeft als men bepaalde fundamentele principes loslaat. Empirisch zijn er echter duidelijke aanwijzingen dat men met betrekking tot levensbeëindigend handelen op een ‘gladde helling’ is gestapt. In het begin van de jaren tachtig werd euthanasie alleen aanvaardbaar geacht bij patiënten die leden aan een ongeneeslijke somatische aandoening en daar binnen afzienbare tijd aan zouden overlijden. Later werden ook euthanasie en hulp bij suïcide buiten de terminale fase bespreekbaar. De zaak Chabot in 1994 gaf de aanzet tot een debat over hulp bij zelfdoding bij patiënten die lijden aan een psychiatrische aandoening. (21) Begin jaren negentig werd in een discussienota van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen van de KNMG levensbeëindigend handelen bij demente patiënten aan de orde gesteld. (22) Binnen het kader van de Euthanasiewet is ook euthanasie mogelijk bij patiënten met een beginnende dementie of bij mensen met dementie die tevoren een schriftelijke euthanasieverklaring hebben opgesteld. Een essentiële doorbraak betekende tevens het Gronings Protocol uit 2004 dat de mogelijkheid schiep voor levensbeëindigend handelen bij gehandicapte pasgeborenen, dat wil zeggen voor levensbeëindiging bij mensen die daar zelf niet om kunnen



verzoeken.

Het initiatief Uit Vrije Wil impliceert opnieuw een doorbraak, in die zin dat hulp bij levensbeëindigend handelen op verzoek ook mogelijk zou moeten zijn bij ouderen die niet lijden aan een medische of psychische aandoening en ook door anderen dan artsen zou kunnen worden verleend. De grondgedachte van de betrokken initiatiefgroep veronderstelt dat de vrijheid een hogere waarde is dan het leven. Dat is ook waar, maar het leven is wel een fundamentele waarde met betrekking tot de vrijheid: zonder leven is er geen vrijheid. De beëindiging van het menselijk leven is tevens de beëindiging van de menselijke vrijheid.

Sommigen zullen wellicht betogen dat de beëindiging van het leven en daarmee van de vrijheid het hoogtepunt van vrijheid is, maar dat valt op goede gronden te betwijfelen. De uiterlijke vrijheid, in die zin dat men de mogelijkheid heeft om zonder inmenging door anderen, de overheid en de samenleving het leven te laten beëindigen, zal een stuk groter worden, wanneer de initiatiefgroep Uit Vrije Wil zijn zin krijgt. Maar geldt dat ook voor de innerlijke vrijheid? Echte, innerlijke autonomie is de innerlijke kracht die de mens in staat stelt om uit zichzelf, zonder dat het hem wordt opgelegd, moeilijke, maar ethisch goede keuzes te maken. Dit geldt in het bijzonder bij de keuze om het leven voort te zetten. Die innerlijke kracht is ongetwijfeld nodig als mensen de ongemakken en beperkingen van de ouderdom aan den lijve ervaren. Deze kunnen een schaduw werpen over het leven en mensen depressief maken. Het kan begrijpelijk zijn dat bij mensen onder die omstandigheden de gedachte opkomt om hun leven te (laten) beëindigen. Maar begrip voor iets opbrengen, betekent nog niet altijd dat men het dan ook goedkeurt.

Trouwens, ook op de verruiming van de externe vrijheid valt wel het een en ander af te dingen. Als mensen ouder dan zeventig jaar de mogelijkheid hebben om relatief eenvoudig uit het leven te stappen en dat een trend zou worden, dan is het niet denkbeeldig dat zij zich onder druk gezet voelen om van die mogelijkheid dan ook maar gebruik te maken. Wie een 'kostenpost' wordt voor de gezondheidszorg, zou zich bijna schuldig gaan voelen, als hij desondanks zijn leven zou willen voortzetten.

We moeten om meerdere redenen mensen niet de mogelijkheid bieden om uit het leven te stappen. Integendeel, we moeten ze uit alle macht helpen om weer de essentiële waarde van hun leven te ontdekken. Als ons zorgstelsel of onze ouderenopvang daarin tekortschiet, is het onze taak om die te verbeteren en een menselijker gezicht te geven. Het op ruime schaal bieden van hulp bij levensbeëindiging zou wel eens een prikkel kunnen wegnemen om adequate zorg te bieden aan ouderen.

Zeker nu de vergrijzing voor de deur staat, doen we er goed aan ons af te vragen of onze aandacht niet te eenzijdig uitgaat naar jonge en gezonde mensen die produceren en consumeren en daardoor economisch interessant zijn. Oude mensen zijn ook levende mensen. En de meesten van ons worden tegenwoordig tamelijk oud. Jongeren en mensen van middelbare leeftijd zouden er goed aan doen zich dat te realiseren. De conclusie kan dan ook niet anders luiden dan dat het voorstel van het burgerinitiatief Uit Vrije Wil onethisch en ondoordacht is.

De KNMG wil in haar standpunt vasthouden aan een medische grondslag, dat wil zeggen een conditie die kan worden gekwalificeerd als een ziekte of een combinatie van ziekten en klachten, om van uitzichtloos en ondraaglijk lijden te kunnen spreken, dat de grondslag vormt voor euthanasie en hulp bij suïcide. Zij aanvaardt daarmee niet het criterium van het 'voltooid leven'. Toch streeft ook zij in haar standpunt naar een verruiming van de mogelijkheden voor levensbeëindigend handelen op verzoek door haar oproep aan artsen om de Euthanasie wet minder restrictief toe te passen en de ruimte die deze wet biedt in zijn volle omvang te benutten, wanneer zij worden geconfronteerd met verzoeken om euthanasie en hulp bij suïcide. Wat kunnen we echter in de toekomst verwachten? Er is onmiskenbaar een maatschappelijke druk om de bestaande mogelijkheden voor levensbeëindigend handelen te verruimen. Het burgerinitiatief Uit Vrije Wil ontving 116.871



steunbetuigingen.²³ 57,7% van 800 ondervraagde huisartsen gaf aan zich soms onder druk gezet te voelen door patiënten en hun familieclan om euthanasie uit te voeren.²⁴ We hebben in de afgelopen decennia kunnen waarnemen dat de criteria voor euthanasie en hulp bij suïcide onder druk van de maatschappelijk discussie erover steeds verder zijn opgerekt. Het zou mij niet verbazen als na verloop van tijd ook een als voltooid beschouwd leven, zonder dat er sprake is van een medische aandoening, als een geldig motief voor levensbeëindigend handelen op verzoek zal worden gezien.

3. Wat staat de arts te doen als hij een euthanasieverzoek niet inwilligt?

In haar in juni jl. ingenomen euthanasiestandpunt geeft de KNMG niet alleen aan welke ruimte de Euthanasiewet biedt, maar tevens welke rol de arts heeft als hij een verzoek tot euthanasie niet inwilligt. Hierbij komt de vraag aan de orde of de arts die weigert op een verzoek om euthanasie of hulp bij suïcide afwijst, een verwijsplicht heeft en of hij de patiënt mag wijzen op de mogelijkheid om zich te versterven.

Op de eerste plaats staat de KNMG stil bij de vraag of een arts die een euthanasieverzoek afwijst, betrokken patiënt moet verwijzen naar een andere arts die wel bereid is om op dat verzoek in te gaan. Er is weliswaar geen juridische verwijsplicht, zo stelt de KNMG, maar wel “een morele en professionele verantwoordelijkheid om de patiënt tijdig hulp te verlenen bij het vinden van een arts... die geen principiële bezwaren heeft tegen euthanasie of hulp bij zelfdoding.” (25) Dit suggereert dat de KNMG ervan uitgaat dat er wel een morele verwijsplicht is, al komt deze uitdrukking als zodanig in het rapport niet voor.

De reden om het verzoek af te wijzen kan zijn dat de arts er niet van overtuigd is dat het lijden van de patiënt uitzichtloos en ondraaglijk is in de zin van de Euthanasiewet. Het kan echter ook zijn dat hij principiële ethische bezwaren heeft tegen euthanasie, omdat hij overtuigd is dat de mens noch over het eigen noch over andermans leven beschikkingsrecht heeft. Laat dit uitgangspunt ruimte voor de desbetreffende arts om een patiënt, varu wie hij het euthanasieverzoek niet inwilligt, naar een collega te verwijzen die daartoe wel bereid is? Is de verwijzing niet een vorm van medewerking aan een handeling die hij op principiële gronden onaanvaardbaar acht?

Medewerking aan een handeling van een ander, waartegen men principiële bezwaren heeft, moet in principe worden afgewezen, maar is ethisch gezien niet volstrekt uitgesloten. (26) Voorwaarden voor de acceptatie van medewerking zijn dat men niet akkoord gaat met de handeling van de ander en dat de medewerking die men verleent, met diens handeling geen fysieke of operationele eenheid uitmaakt: het injecteren van het dodelijke middel door een verpleegkundige in het infuus is fysiek gezien onderdeel van het levensbeëindigend handelen door de arts. Er moet een naar verhouding voldoende ernstige reden voor zijn, bijvoorbeeld dat men bij een weigering om mee te werken zijn betrekking verliest. Bij deze afweging dient men ook te verdisconteren of men een verwijderde of nabije vorm van medewerking verleent. De medewerking van de medische secretaresse in de vorm van het versturen van een factuur voor het verrichten van euthanasie is een verwijderde vorm van medewerking, die onder bepaalde omstandigheden ethisch te verdedigen valt; anders ligt dat bij een verpleegkundige die middelen benodigd voor euthanasie klaarlegt en daardoor een nabije vorm van medewerking verleent. Naarmate de medewerking meer ‘nabij’ van aard is, is zij moeilijker te legitimeren.

Als een arts een euthanasieverzoek van zijn patiënt niet inwilligt en deze daarin volhardt, dan zal in de praktijk de arts-patiëntrelatie onder druk komen te staan. In deze situatie ligt het voor de hand dat de patiënt aan een andere arts de voorkeur geeft die geen principiële bezwaren heeft tegen euthanasie. Men kan van een arts met principiële bezwaren tegen euthanasie niet verwachten, dat hij actief op zoek gaat naar een arts, van wie hij met zekerheid weet dat deze wel bereid is om euthanasie te verrichten. Dit zou voor hem een te nauwe betrokkenheid bij euthanasie zijn, ook al wordt die door een andere arts verricht. In de praktijk zal het in

Nederland overigens niet moeilijk vallen om een arts te vinden die in principe bereid is euthanasie te verrichten: slechts 15 % van alle artsen in Nederland wijst euthanasie onder alle omstandigheden af. (27) Of die andere arts dan ook daadwerkelijk euthanasie zal verrichten, is niet honderd procent zeker. Het is maar de vraag of die bereid is om met een patiënt die hij niet kent, een ingewikkeld en voor hem vaak ook belastend euthanasietraject in te gaan. Bovendien zal hij moeten nagaan of er sprake is van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden in de zin van de Euthanasiewet. Als hij tot de conclusie komt dat daarvan geen sprake is, kan dat voor hem reden zijn om niet tot euthanasie over te gaan.

De overdracht van het dossier van de eerste arts aan een collega die de zorg voor de patiënt overneemt en tegen levensbeëindigend handelen geen principiële bezwaren heeft, is in zekere mate een vorm van medewerking aan euthanasie, maar dan in zeer verwijderde zin en stuit niet op onoverkomelijke ethische bezwaren. Bovendien hoort de zorgvuldige overdracht van het patiëntendossier aan een collega die de zorg voor de patiënt overneemt, tot het normale takenpakket van de arts. De arts die weigerde euthanasie toe te passen, zal daarbij melden dat de patiënt om deze reden bij de andere arts zijn toevlucht zoekt. In tegenstelling tot wat algemeen gebruikelijk is, namelijk dat hij zijn collega verzoekt om specifiek onderzoek te verrichten of een behandeling in te stellen, zal de eerste arts zijn collega niet expliciet vragen om het euthanasieverzoek, dat hijzelf op principiële reden heeft afgewezen, wel te honoreren.

De KNMG signaleert nog een ander probleem waar de arts tegenaan kan lopen als er geen sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en hij volgens de euthanasiewet niet tot euthanasie kan overgaan: de patiënt kan dan besluiten om het heft in eigen hand te nemen en zich te 'versterven' door bewust te stoppen met eten of drinken. Dit komt in ons land waarschijnlijk circa 2.500 maal per jaar voor.²⁸ De KNMG gaat ervan uit dat de arts daarbij het initiatief mag nemen:

"Het is de arts ook toegestaan de patiënt te wijzen op de mogelijkheid zelf te stoppen met eten en drinken als de patiënt dat niet zelf ter sprake brengt. De arts heeft daartoe echter niet de plicht, want deze is er immers niet van overtuigd geraakt dat er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden." (29)

Op zich zijn voedsel en vocht geproportioneerde middelen om het leven in stand te houden. Een middel is geproportioneerd als enerzijds de kans op levensbehoud en herstel van de gezondheid en anderzijds de complicaties, bijwerkingen en te verwachten levenskwaliteit na behandeling in een evenredige verhouding tot elkaar staan. (30) De toepassing van geproportioneerde middelen is moreel verplicht. Het staken van de toepassing van geproportioneerde middelen met als gevolg dat de patiënt sterft staat ethisch gezien gelijk met levensbeëindiging. Wat moet een arts die hier principiële bezwaren tegen heeft nu doen? Als de patiënt wilsbekwaam is, moet de arts diens besluit respecteren om te stoppen met eten of drinken of geen medicamenten meer te gebruiken, met als gevolg dat hij sterft, ook al is hij het daar niet mee eens. De arts kan zijn patiënt niet dwingen om voeding of vocht tot zich te nemen of om een behandeling te ondergaan. (31) De KNMG is van mening dat de zorgplicht van de arts blijft, concreet de plicht om palliatieve zorg te verlenen, ook al gaat hij niet akkoord met de beslissing van de patiënt om zich te versterven. Daar zijn op zich redenen voor aan te voeren, maar er kunnen daardoor lastige situaties ontstaan waardoor de betrokken arts in conflict komt met zijn geweten. De arts heeft volgens de KNMG de plicht om de patiënt zo veel mogelijk informatie te verschaffen over de voor- en de nadelen van het stoppen met eten en drinken. Hierbij is het echter denkbeeldig dat de arts door informatieverstrekking en advisering betrokken wordt bij het proces van versterven en de daarbij te nemen beslissingen. Dit kan hem geleidelijk en wellicht ongemerkt met zijn ethische overtuigingen in conflict brengen. In geen geval zal hij de patiënt opmerkzaam maken op de mogelijkheid zich te versterven, omdat dit ethisch gelijkstaat met levensbeëindigend handelen.

Conclusie

Kortom, het Euthanasiestandpunt van de KNMG bevat enkele conclusies en aanbevelingen die vragen en

problemen kunnen oproepen voor artsen met principiële bezwaren tegen euthanasie en hulp bij suïcide. Het steeds maar verruimen van de criteria voor het straffeloos kunnen uitvoeren van euthanasie of verlenen van hulp bij suïcide maakt het er voor de arts met principiële bezwaren tegen levensbeëindigend handelen niet gemakkelijker op. Ook de opvattingen van de KNMG ten opzichte van wat de arts moet of mag doen die op basis van principiële bezwaren medewerking aan euthanasie en suïcide weigert, kunnen hem in een lastige positie brengen. Het standpunt van de KNMG, die ruim 53.000 artsen (bijna alle Nederlandse artsen) en medische studenten vertegenwoordigt, heeft grote kans om een algemeen geldende richtlijn te worden voor alle artsen in Nederland. Daarom kan het standpunt van de KNMG niet zonder weerwoord blijven.

Korte samenvattingen van dit artikel zijn verschenen in het Katholiek Nieuwsblad: 23 september 2011, p. 11 en 28 september pp. 6 en 18

Noten

1. "Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WtL) van 12 april 2001," Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden (2001), nr. 194.
2. Vgl. Wetboek van Strafrecht, art. 293.
3. "Wet op de lijkbezorging," Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden (1991), nr. 133, art. 7,2 en 10.
4. De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. Standpunt van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), vastgesteld door het Federatiebestuur en in werking getreden op 23 juni 2011 (www.knmg.nl/zelfge-kozen-levenseinde).
5. Hoge Raad 24 december 2002, Landelijk Jurisprudentie Nummer (LJN): AE8772.
6. Wetboek van Strafrecht, art. 40.
7. Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, Jaarverslag 2009, pp. 20-23.
8. De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde, op cit., p. 23.
9. Ibid., p. 22.
10. H. Drion, "Het zelfgewilde einde van oudere mensen," NCR/ Handelsblad (1991), 19 oktober, p. 8.
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, NWE, 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, Amsterdam: Boom, 2011, pp. 45-83.
14. Vgl. Memorie van Toelichting, Ibid., pp. 72-76.
15. Ibid., p. 63.
16. Ibid., pp. 63-66.
17. EenVandaag Opiniepanel, "Huisartsen over Euthanasie," p. 10, zie: <http://opinie.eenvandaag.nl/uploads/doc/huisartsen-euthanasie.pdf>.
18. De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde, op cit., p. 15.
19. Pius XII, "Ai partecipanti alla prima Assemblea generale del «Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (9 settembre 1958)," AAS 50 (1958), pp. 687-696, speciaal 694-695; Congregatie voor de Geloofsleer, "Verklaring over euthanasie (5 mei 1980)," AAS 72 (1980), pp. 542-552, speciaal p. 548.
20. Pauselijke Raad voor het Pastoraat in de Gezondheidszorg, Handvest voor de werkers in de gezondheidszorg, Oegstgeest: Colomba, 1995, nr. 124.
21. Hoge Raad, 21 juni 1994, Nederlandse Jurisprudentie (1994), nr. 656.
22. Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der



Geneeskunst, Discussienota inzake levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten. Deel III: Ernstig demente patiënten, Utrecht, 1993, pp. 40-50.

23. Y. van Baarle, "Het Burgerinitiatief Voltooid Leven," in: *Uit Vrije Wil ...*, op. cit., p. 12.

24. EenVandaag Opiniepanel, "Huisartsen over Euthanasie," op. cit., p. 5.

25. De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde, op cit., p. 33.

26. Zie voor het principe van de medewerking aan een moreel onaanvaardbare handeling: *Handboek katholieke medische ethiek*, W.J. Eijk, L.J.M. Hendriks, J.A. Raymakers (red.), Almere: Parthenon, 2010, pp. 85-90.

27. B.D. Onwuteaka-Philipsen, J.K.M. Gevers et al., *Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, Den Haag: ZonMw, 2007, p. 99. 14% van alle artsen zei in 2005 nooit euthanasie of hulp bij zelfdoding te zullen uitvoeren, maar wel door te verwijzen, terwijl 1% aangeeft tevens nooit te zullen doorverwijzen.

28. De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde, op. cit., p. 34.

29. Ibid., p. 35.

30. Congregatie voor de Geloofsleer, "Verklaring over euthanasie," op. cit., p. 549-551.

31. Pius XII, "Ai membri dell'Istituto Italiano di Genetica "Gregorio Mendel" sulla rianimazione e respirazione artificiale (24 novembre 1957)," *AAS* 49 (1957), pp. 1027-1033, speciaal p. 1031.

Overgenomen met toestemming van Pro Vita Humana.