



# Naar aanleiding van euthanasiestandpunten van KNMG en Uit Vrije Wil

*RKKerk.nl, najaar 2011*

door mgr. dr. W.J. Eijk, aartsbisschop van Utrecht, referent voor medisch-ethische kwesties namens de Nederlandse Bisschoppen-conferentie en voorzitter van de Stichting Medische Ethiek



RKKerk.nl

In de zomer van dit jaar bracht de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) een standpunt uit met betrekking tot de rol van de arts bij euthanasie en hulp bij zelfdoding. (1) Hierin spoort de KNMG artsen aan om de ruimte die de Euthanasiewet (de Wet toetsing levensbeëindigend handelen op verzoek en hulp bij zelfdoding) biedt, zoveel mogelijk te benutten. Naar haar mening zijn artsen te terughoudend bij het inwilligen van verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding. Het gaat daarbij in het bijzonder om hun beoordeling van de mate van lijden van de patiënt.

Een belangrijke voorwaarde voor het straffeloos verrichten van euthanasie en verlenen van hulp bij zelfdoding door een medicus houdt in dat deze overtuigd is van de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt in kwestie. Het lijden is uitzichtloos, wanneer er geen medische mogelijkheden meer zijn om het te verlichten. De uitzichtloosheid moet op de eerste plaats door de arts worden beoordeeld. De ondraaglijkheid van het lijden is in principe een subjectief criterium. Vooral de patiënt moet aangeven of het lijden ondraaglijk is. Artsen blijken er niet van op de hoogte te zijn, zo constateert de KNMG, dat ook bij (beginnende) dementie, chronisch psychiatrische aandoeningen en een opeenstapeling van ouderdomsklachten er sprake kan zijn van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

## Artsen te terughoudend

De uitspraak van de Hoge Raad in de zaak Brongersma in 2002 maakte artsen voorzichtig bij de interpretatie van de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid van het lijden. De huisarts van Brongersma stelde deze op diens verzoek middelen ter beschikking waarmee hij zijn leven beëindigde. Brongersma leed echter niet in overwegende mate aan een of meerdere classificeerbare somatische of psychische aandoeningen. Zijn leven was in zijn ogen zinloos geworden wegens lichamelijke aftakeling en eenzaamheid. De Hoge Raad verwierp daarom het beroep van de huisarts op overmacht in de zin van een noodtoestand, die in dit verband neerkwam op een conflict tussen de plicht om het leven te behouden en de plicht om het lijden naar vermogen weg te nemen.

Daarnaast achtte de Hoge Raad een beroep op noodtoestand niet uitgesloten, zo signaleert de KNMG, op de enkele grond dat er voor het lijden geen eenduidige somatische of psychische oorzaak kan worden aangewezen. Dat ook buiten de stervensfase of bij patiënten die niet lijden aan een ernstige somatische aandoening, sprake kan zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden blijkt voorts uit een aantal uitspraken van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, bij wie de arts gevallen van door hem uitgevoerde euthanasie en door hem verleende hulp bij zelfdoding dient te melden. Meerdere malen kwamen de toetsingscommissies tot de conclusie dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en dat het levensbeëindigend handelen op verzoek door artsen zorgvuldig was uitgevoerd bij patiënten die gebukt gingen onder een opeenhoping van ouderdomskwalen en een combinatie van factoren die ieder voor zich niet levensbedreigend waren. Daaronder vielen bijvoorbeeld een combinatie van artrose, inzakkingsfracturen, bedlegerigheid en afhankelijkheid van anderen voor dagelijkse verzorging en een combinatie van blindheid door glaucoom, slechthorendheid en rugklachten bij mensen met een hoge leeftijd. Daarom kan worden geconcludeerd, aldus de KNMG, dat het



lijden uitzichtloos en ondraaglijk is bij een opeenhoping van ouderdomskwalen, die gepaard gaan met kwetsbaarheid, functieverlies, eenzaamheid en verlies van autonomie.

## **Voltooid leven**

De KNMG houdt echter vast dat alleen in geval van een medisch classificeerbare ziekte lijden als uitzichtloos en ondraaglijk kan worden gekwalificeerd. Er moet daarvoor een medische grondslag zijn. In dit opzicht gaat de KNMG niet mee met de initiatiefgroep Uit Vrije Wil, die in 2010 actie voerde voor een verruiming van de Euthanasiewet. Deze verruiming hield in dat er een strafuitsluitingsgrond is voor een stervenshulp die hulp bij zelfdoding verleent aan een Nederlander of een onderdaan van een lidstaat van de Europese Unie met een weloverwogen en duurzaam verzoek om stervenshulp die de leeftijd van 70 jaar heeft bereikt, ook in situaties waarin zich geen uitzichtloos en ondraaglijk lijden voordoet. Het gaat om ouderen die hun leven voltooid achten en het daarom willen beëindigen. Men spreekt daarom in dit verband van het criterium van het 'voltooid leven'.

In tegenstelling tot wat de Euthanasiewet eist, hoeft de stervenshulpverlener in het voorstel van Uit Vrije Wil geen arts te zijn. Het kan ook een psycholoog, filosoof, geestelijke verzorger of een verpleegkundige zijn. De eis is dan wel dat de stervenshulpverlener een speciale cursus heeft gevolgd om als zodanig te kunnen fungeren en verbonden is aan een nog op te richten Stichting Stervenshulp aan ouderen. Wanneer de stervenshulpverlener tot de bevinding komt dat het verzoek om hulp bij zelfdoding weloverwogen en duurzaam is en daarom besluit tot stervenshulp over te gaan verzoekt hij een eveneens aan de genoemde stichting verbonden arts om een recept uit te schrijven voor middelen voor zelfdoding. Hij haalt deze vervolgens af bij de apotheek en stelt ze ter beschikking aan de hulpvrager. Dit alles heeft de initiatiefgroep vervaardigd in een proeve van wet. (2)

De initiatiefgroep gaat ervan uit dat elk mens de vrijheid heeft om zijn leven in te richten naar eigen inzicht en voorkeur. Deze vrijheid betreft ook de laatste levensfase en daarmee beslissingen over leven en dood. Niemand heeft de plicht om te leven. Er is geen universele waardigheid die alle mensen zonder uitzondering zouden hebben ongeacht hun conditie, op basis waarvan men onvoorwaardelijke eerbied voor het leven zou moeten hebben. Er is slechts sprake van een persoonlijke/individuele waardigheid die alleen door het desbetreffende individu zelf kan worden beoordeeld. Als iemand tot de slotsom komt dat zijn persoonlijke waardigheid verloren is gegaan, dan is hij gerechtigd om zijn leven te beëindigen.

Dit standpunt vloeit voort uit een radicaal individualistische visie op de samenleving, die aan sociale betrekkingen van mensen tekort doet en een verkeerd beeld schetst van de autonome vrijheid van het individu. Zij legt eenzijdig de nadruk op de uiterlijke vrijheid en binnen dit kader op de grenzen die aan het menselijk handelen worden gesteld door middel van wetten of sociale druk. De echte vrijheid van de mens is echter zijn innerlijke vrijheid, die hem in staat stelt te kiezen voor wat goed is, ook onder moeilijke omstandigheden. Het getuigt van echte innerlijke vrijheid als iemand het leven durft voort te zetten, ook al weet hij dat dat door ziekte en tegenslag overschaduwd zal zijn. Deze innerlijke vrijheid komt mede door hulp van de omgeving tot stand. De liefde, hartelijke zorg en aandacht van zorgverleners, familieleden en vrienden verhoogt het incasseringsvermogen van mensen aanmerkelijk.

Het aan mensen langs juridische weg de ruimte geven om op een zekere leeftijd op een zelfgekozen moment met behulp van een stervenshulpverlener het leven te beëindigen betekent wellicht in zeker opzicht een verruiming van hun uiterlijke vrijheid. Wellicht, want er is ook een andere kant: als de legale mogelijkheid wordt geboden om uit het leven te stappen, dan zouden mensen die er geen gebruik van maken dit verwijt kunnen krijgen of zich er schuldig over kunnen voelen. Door verder te willen leven, terwijl zij op zorg zijn aangewezen, 'dwingen' zij de maatschappij, zorgverleners, mantelzorgers en familieleden om zich al naargelang veel tijd, kosten en moeite voor hen te getroosten. Door verwijten of schuldgevoel hierover – hoe onterecht ook – kan de mogelijkheid om uit het leven te stappen ook uitwerken als een beperking van de uiterlijke vrijheid.



## Individuele of universele waardigheid

Mensen hebben trouwens een universele waardigheid: zij zijn een intrinsieke en nooit alleen een instrumentele waarde, hoe ontluisterd hun leven ook mag zijn. Ook het lichaam als essentiële dimensie van de menselijke persoon heeft een intrinsieke waarde: het houdt die waarde altijd, onder welke omstandigheden ook. Het lichamelijke leven mag niet worden opgeofferd om aan het lijden een einde te maken. Om deze reden heeft de mens noch over het eigen leven noch over dat van anderen beschikkingsrecht. De Euthanasiewet is met dit uitgangspunt onverenigbaar. Vanuit katholiek perspectief valt het daarom te betreuren dat de KNMG artsen aanbeveelt om alle ruimte te benutten die de Euthanasiewet biedt. Het voorstel van het initiatief Uit Vrije Wil gaat zelfs nog een hele stap verder.

Theologisch uitgedrukt: de mens heeft een universele waardigheid die hierin ligt dat hij naar Gods beeld en gelijkenis geschapen is. Wie naar Gods beeld en gelijkenis is geschapen, is evenals God zelf een intrinsieke waarde. Het naar Gods beeld en gelijkenis geschapen zijn betreft zowel de geestelijke als de lichamelijke dimensie van de menselijke persoon. Het is een opdracht van allen in de samenleving om mensen door hartelijke en liefdevolle aandacht en zorg te helpen om deze universele waardigheid te (her)ontdekken. Op dit gebied ligt er een bijzondere taak voor de geestelijk verzorger vanuit zijn verantwoordelijkheid om lijdende mensen bij te staan vanuit het perspectief van het christelijk geloof. Een speciaal aspect van de pastorale begeleiding betreft het gegeven dat het bewust dragen van het lijden in vereniging met de lijdende Christus aan het leven en aan het levenseinde ook onder de ergste omstandigheden een bijzondere waarde kan geven. Bij ernstig zieken die zullen sterven is een specifiek zorgaanbod vereist in de vorm van palliatieve zorg.

## En de toekomst?

Uit een tweetal hoorzittingen door de Tweede Kamer in 2010 bleek dat er voor de proeve van wet van de initiatiefgroep Uit Vrije Wil onvoldoende draagvlak was. Ook de KNMG gaat niet zo ver als de initiatiefgroep. Zij houdt vast aan het kader van de Euthanasiewet. Dit betekent dat hulp bij levensbeëindiging op verzoek slechts door een arts kan worden verleend en dat deze dat alleen straffeloos kan doen bij een patiënt met een uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Om het lijden als zodanig te kwalificeren moet er een medische grondslag zijn. Dit neemt echter niet weg dat de KNMG artsen adviseert om in ruimere mate gebruik te maken van de mogelijkheden die de Euthanasiewet biedt, dan zij nu doen.

Onder artsen is de animo voor levensbeëindigend handelen vanwege een voltooid geacht leven niet groot; van 800 hierover geïnterviewde huisartsen bleek slechts 20,4% daartoe bereid. (3) Onder de Nederlandse bevolking bestaat er echter opmerkelijk veel steun voor: het burgerinitiatief Uit Vrije Wil kreeg bijna 120.000 steunbetuigingen. De individualisering van onze samenleving is nog niet tot stilstand gekomen. Eenzaamheid is een groeiend probleem in onze samenleving dat veel meer mensen treft dan armoede. Te verwachten valt dat steeds meer oudere mensen vanwege eenzaamheid en verlies aan sociale contacten het leven niet meer als zinvol en daarmee als voltooid ervaren.

De maatschappelijke druk om de criteria voor levensbeëindigend handelen op te rekken is groot en zal waarschijnlijk alleen nog maar groter worden. Het recente verleden laat zien dat onder pressie van de maatschappelijke discussie de mogelijkheden voor levensbeëindigend handelen steeds ruimer zijn geworden. Aan het begin van de tachtiger jaren werd gestreefd naar ruimte voor de arts om straffeloos euthanasie te kunnen verrichten bij terminale patiënten die leden aan een ongeneeslijke en dodelijke lichamelijke aandoening. Sinds de jaren negentig werd ook levensbeëindigend handelen op verzoek wegens psychische aandoeningen en wegens dementie bespreekbaar. Recent trok een geval van euthanasie bij een demente vrouw de aandacht van de media die tevoren een schriftelijke verklaring had ondertekend waarin zij haar wil te kennen gaf dat haar leven zou worden beëindigd als zij in een dergelijke conditie kwam te verkeren. (4) Nu is er nog onvoldoende draagvlak voor het criterium van het 'voltooid leven', maar geenszins valt uit te sluiten dat in de toekomst ook



ruimte zal ontstaan voor levensbeëindigend handelen op verzoek zonder dat van medische aandoening sprake is. Het blijft daarom zaak om onverminderd onze christelijk-humanistische visie uit te dragen op de universele waardigheid van het menselijk leven, op het wezenlijk belang van intermenselijke betrekkingen en op een integraal zorgaanbod dat naast medische ook psychologische, sociale en pastorale aspecten omvat.

## Noten

1. 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/zelfgekozen-levenseinde](http://www.knmg.nl/zelfgekozen-levenseinde)).
2. 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.
3. EenVandaag Opiniepanel, "Huisartsen over Euthanasie," p. 10, zie: <http://opinie.eenvandaag.nl/uploads/doc/huisartsen-euthanasie.pdf>.
4. S. van Aalsum, "Euthanasie vrouw (64) met dementie," Trouw (2011), 10 november, p. 5.

*Overgenomen met toestemming van [RKKerk.nl](http://RKKerk.nl)*