



Ook voor gezonde mensen medische hulp bij zelfdoding?

Katholiek Nieuwsblad, 21 oktober 2016

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

[KatholiekNieuwsblad](#)

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

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

Ondraaglijk en uitzichtloos

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

Geen medische grondslag

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

Stervenshulpverlener

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



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

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

Conflict van plichten

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

Andere, nieuwe wet

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

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



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

Nieuwe beroepsgroep

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

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

Die wet moet er nooit komen.

Hellend vlak

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

Slechts relatieve autonomie

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



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

Gedegradeerd tot middel

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

Beëindiging vrijheid

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

Autonomie echt gediend?

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



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

Echte autonomie

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

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

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.