Tien jaar euthanasiewet in Nederland

Communio, 2012 (37), nr 5 september/oktober, blz. 344-356
door dr. F.J. van Ittersum

Op 1 april 2002 werd in Nederland de Wet “Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding” (Wtl) van kracht. België volgde op 30 september van hetzelfde jaar met de “Wet betreffende de euthanasie”. Een paar weken nadat de euthanasiewet goedgekeurd was door de Eerste Kamer, stelde de toenmalige minister van Volksgezondheid mw. dr. E. Borst-Eilers de verstrekking van een zelfmoordpil voor bejaarden met levensmoeheid aan de orde. Deze gebeurtenis zou indicatief blijken voor het feit dat de jarenlange discussies over euthanasie en vergelijkbare handelingen niet zouden verstommen nadat de euthanasiewet van kracht was geworden.

Inleiding
Euthanasie (ευ = “goede”, θανατος = “dood”) is het op eigen verzoek van een persoon laten beëindigen van diens leven op een pijnloze manier. Het motief is meestal lijden. In het algemeen dient een arts de middelen toe die de dood tot gevolg hebben. In sommige discussies wordt euthanasie ook gebruikt wanneer de (meestal zieke) persoon zelf geen verzoek heeft ingediend. Het is zuiverder deze situatie aan te duiden met “Levensbeëindiging zonder verzoek”.

In het algemeen wordt er onderscheid gemaakt tussen euthanasie waarbij de arts op verzoek van een patiënt de dodelijke middelen toedient en hulp bij suïcide, waarbij de arts de middelen voorschrijft en de patiënt deze zelf inneemt. Zoals al eerder betoogd is er vanuit een rooms-katholiek moraaltheologisch gezichtspunt tussen deze twee weinig verschil: (1) in het geval van hulp bij suïcide is er formele medewerking (zie paragraaf “Beoordeling vanuit de R.K. Moraaltheologie”) van de arts met de patiënt met een doodswens. In het vervolg maak ik tussen beide situaties niet zonder meer een verschil.

In de afgelopen jaren zijn de ethische c.q. moraaltheologische aspecten van euthanasie al een tweetal keer in dit tijdschrift besproken. (2) Om niet in herhalingen te vallen wil ik in deze bijdrage de nadruk leggen op meer recente ontwikkelingen.

Euthanasiewetgeving: de feitelijke situatie
Zoals vermeld werden in 2002 in Nederland en België een euthanasiewet van kracht. In de praktijk was euthanasie in Nederland al veel langer mogelijk. (3) Hangende de jarenlange politieke discussies en onderzoek van door de overheid ingestelde commissies in de periode voorafgaande aan de goedkeuring van de euthanasiewet, was een gedoogpraktijk ontstaan waarbij de officieren van Justitie niet overgingen tot strafvervolging wanneer na het voltrekken van euthanasie aan een aantal zorgvuldigheidscriteria was voldaan. De euthanasiewet van 2002 legde in feite deze praktijk met een aantal wijzigingen vast in een wet. Artsen die euthanasie toepassen op een patiënt kunnen zich sinds 2002 beroepen op een wet. Dit is duidelijker dan de hieraan voorafgaande situatie, waarbij zij zich beriepen op een “gangbare praktijk”.

De overeenkomst van de Nederlandse en de Belgische wet is dat euthanasie wordt toegelaten wanneer aan een aantal zorgvuldigheidscriteria wordt voldaan. In Nederland is euthanasie dan ook formeel niet uit het wetboek van Strafrecht geschrapt: wanneer men zich houdt aan de zorgvuldigheidscriteria uit de Wtl wordt de zaak door de officier van Justitie geseponeerd. Men moet dit wel door een regionale toetsingscommissie laten beoordelen. Er zijn echter verschillen tussen beide landen. In Nederland moet er sprake zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, is hulp bij zelfdoding eveneens opgenomen in de wet en is er ruimte om euthanasie uit te voeren bij

dementerenden wanneer er een eerdere schriftelijke wilsverklaring is, ook al vinden sommigen dat van deze mogelijkheid weinig gebruik gemaakt wordt. (4) In België is euthanasie ook expliciet toegestaan in geval van psychisch lijden.

Luxemburg heeft sinds 2009 een euthanasiewet. Andere West-Europese landen kennen zeker ook een euthanasiepraktijk, maar zonder wetgeving, meldingsplicht, sociale of andere controle. De Raad voor Europa nam in januari 2012 een resolutie aan waarin gesteld werd dat euthanasie altijd verboden zou moeten zijn. (5) In juli 2012 kondigde de Franse president F. Hollande aan de discussie over euthanasie te zullen heropenen. In de Verenigde Staten is euthanasie overwegend illegaal, behalve in de Staten Oregon en Washington waar bij wet geregeld is dat artsen patiënten barbituraten mogen voorschrijven waarmee de patiënt vervolgens zelfdoding pleegt.

In 2010 ontvingen de regionale toetsingscommissies euthanasie in Nederland 3136 meldingen van euthanasie. In de jaren daaraan voorafgaand waren deze aantallen lager. Dit betekent dat er vrijwel jaarlijks nog een stijging waar te nemen is van het aantal gemelde euthanasiegevallen. (6) Voor de regionale toetsingscommissies zijn de redenen hiervan niet duidelijk. Men zal proberen in de tweede evaluatie van de euthanasiewet in 2012 hierin meer duidelijkheid te scheppen. In het Sterfgevallenonderzoek 2010, waarbij een representatieve steekproef van 8000 sterfgevallen uit 2010 werd onderzocht, wordt er, op basis van de vergelijking met vergelijkbare analyses uit 2001 en 2005, geconcludeerd dat er géén toename van euthanasie is t.o.v. 2001, maar dat de daling in 2005 een tijdelijke is geweest, door de veranderende omstandigheden ingegeven. (7) De auteurs van dit onderzoek concluderen dat de belangstelling voor en behoefte aan euthanasie stabiel is. De toename van het aantal meldingen kan dan alleen verklaard worden door een toenemende bereidheid euthanasiegevallen te melden.

De meest recente Belgische cijfers zijn van 2009. (8) Ook daar is een blijvende stijging van het aantal gemelde euthanasiegevallen tot 822 in 2009 te zien. Een vergelijkbaar onderzoek als het Nederlandse Sterfgevallenonderzoek 2010 is voor België niet beschikbaar.

Toenemende belangstelling ?

Toch zijn er in Nederland en België ook ontwikkelingen die op zijn minst de indruk wekken dat euthanasie aan belangstelling wint. De Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde heeft het idee dat niet iedereen die euthanasie zou willen, dit ook krijgt. Om die reden heeft zij het initiatief tot een Levenseindekliniek omarmd. (9) In deze kliniek zouden mensen die door euthanasie willen sterven, maar wier verzoek niet gehonoreerd wordt door hun behandelend artsen, alsnog ten gevolge van euthanasie kunnen overlijden. De kliniek heeft nog geen eigen gebouw waar de euthanasie zou kunnen plaatsvinden. Wel is de organisatie op 1 maart 2012 begonnen met mobiele teams die euthanasie bij patiënten thuis kunnen uitvoeren. Eind mei 2012 waren zes van de 254 meldingen bij de Levenseindekliniek geëindigd in het verrichten van euthanasie door een mobiel team. (10) In België is de roep om meer mogelijkheden voor euthanasie, waaronder een Levenseindekliniek, euthanasie voor wilsonbekwamen en minderjarigen, ook duidelijk hoorbaar. (11)

Een tweede Nederlandse ontwikkeling is het burgerinitiatief “Uit Vrije Wil” in 2010. (12) De initiatiefnemers streven naar legalisering van stervenshulp aan ouderen die hun leven voltooid achten. Wanneer men in Nederland van meer dan 40000 sympathisanten handtekeningen voor een burgerinitiatief heeft verzameld, is de Tweede Kamer verplicht dit initiatief te behandelen. “Uit Vrije Wil” verzamelde 116871 steunbetuigingen en kreeg daardoor op 8 maart 2012 een uitvoerige behandeling in de Tweede Kamer. Bij de stemmingen van 27 maart 2012 werd besloten het voorstel van Uit Vrije Wil mee te nemen in de tweede evaluatie van de euthanasiewet eind 2012. Het voorstel staat hiermee even in de wacht, maar is zeker niet van de baan.

Inmiddels zijn al wel een aantal neveneffecten van dit burgerinitiatief waarneembaar. De artsenorganisatie Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) heeft een ruimer standpunt t.a.v. euthanasie ingenomen door te verwoorden dat “een optelsom aan ouderdomskwalen” ook uitzichtloos en ondraaglijk lijden kan beteken en derhalve onder de euthanasiewet van 2002 valt. (13) Deze nieuwe invulling van “uitzichtloos en ondraaglijk” lijden komt niet geheel uit de lucht vallen. Hamburg en van Tol hebben laten zien dat beslissingen die tot euthanasie leiden subjectief en niet logisch zijn. (14) Naar verwachting zal het oprekken van de inhoud van deze begrippen alleen maar toenemen.

Een derde ontwikkeling is het ondergraven van het recht om niet mee te hoeven werken aan euthanasie. Ook al is hiervoor geen juridische basis, stuurt de KNMG door de formulering in haar reeds genoemde rapport er op aan dat artsen die geen euthanasie willen uitvoeren, de plicht hebben patiënten die hier bij herhaling om vragen door te verwijzen naar een andere arts die geen moeite met euthanasie heeft. Vooralsnog kunnen artsen ervoor kiezen patiënten met een euthanasieverzoek niet te verwijzen of te verwijzen naar een willekeurige andere arts, die mogelijk ook geen euthanasie wil toepassen. Zoals verwacht werd deze stellingname ook al snel opgepikt door Tweede Kamerleden en hebben een aantal politieke partijen de KNMG-suggestie over verplicht verwijzen aangegrepen wetsvoorstellen te maken waarin dit geregeld wordt.

Een vierde ontwikkeling is het toepassen van euthanasie op pasgeborenen volgens het “Groningen protocol”. Dit protocol, afkomstig uit het Universitair Medisch Centrum Groningen, voorziet in criteria voor het toepassen van euthanasie op pasgeborenen die uitzichtloos en ondraaglijk zouden lijden. Het is in wezen, door sommigen ook expliciet zo benoemd, (15) een vervolg op zwangerschapsafbreking, abortus provocatus, bij kinderen met een aangeboren afwijking. Door de toenemende mogelijkheden van prenataal onderzoek d.m.v. echoscopie en genetisch (o.a. chromosomaal) onderzoek is het steeds vaker mogelijk een aangeboren afwijking vast te stellen voordat een kind geboren is. Aangeboren afwijkingen kunnen in meer of mindere mate lichamelijk leed bij deze kinderen en geestelijk leed bij de ouders veroorzaken. Het “verminderen van dit leed” is wat voorstanders van het prenatale diagnostiekprogramma altijd als doel in de media belijden. In de praktijk wordt dit doel bereikt door kinderen met een mogelijk aangeboren afwijking te aborteren. Anders gezegd, het leed wordt niet verlicht, maar kinderen met een mogelijke aangeboren afwijking worden gedood.

Nu voorkomt dit programma niet alle aangeboren afwijkingen. Tot de invoering van de twintigweken-echo in 2006, onderging slechts een deel van alle zwangere vrouwen prenataal onderzoek. Na de invoering van twintigweken-echo willen niet alle vrouwen deze echo ondergaan en worden bovendien met deze echo’s niet alle afwijkingen gedetecteerd. Er worden dus nog steeds kinderen geboren met aangeboren afwijkingen. Het Groningen protocol regelt dat op pasgeborenen met ondraaglijk en uitzichtloos lijden euthanasie kan worden gepleegd, mits aan een aantal zorgvuldigheidseisen wordt voldaan. In navolging van het UMCG hebben ook de Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde en minister van Justitie het Groningen protocol omarmd. De minister heeft de zorgvuldigheidseisen geregeld in een brief aan de Tweede Kamer. (16) Om te toetsen of in voorkomende gevallen aan deze eisen wordt voldaan, heeft de minister in 2006 de toetsingscommissie Levensbeëindiging pasgeborenen (commissie Hubben) ingesteld waar dergelijke procedures gemeld moeten worden. In 2009 en 2010 ontving de commissie in totaal 3 meldingen. (17) Onderzoek naar dit lage aantal meldingen leverde op dat niet alle gevallen werden gemeld i.v.m. angst alsnog vervolgd te worden door het Openbaar Ministerie. Verder blijkt de “doelgroep” van het Groningen protocol, kinderen met ernstige vormen van spina bifida (“open ruggetje”) door het invoeren van de twintigweken-echo al in een eerder stadium te zijn geaborteerd. Daarnaast bestreed een aantal neurochirurgen het idee dat deze kinderen ondraaglijk en uitzichtloos zouden lijden. (18) Zij toonden aan dat hun lijden meevalt en bovendien goed te bestrijden is met conventionele behandelingen.

Tenslotte heeft de afgelopen jaren palliatieve sedatie ook veel belangstelling gekregen. Hierbij worden aan een

patiënt i.v.m. ondraaglijk lijden middelen toegediend die hem in meer of mindere mate slapend houden met als doel pijn en lijden te verlichten. Alleen al omdat het tot zich nemen van voedsel en drank hierdoor wordt belemmerd zal deze behandeling leiden tot een bespoediging van de dood. De KNMG publiceerde in 2005 en 2009 richtlijnen t.a.v. palliatieve sedatie met als doel deze behandeling af te bakenen en duidelijk te onderscheiden van euthanasie. (19) In de jaren daarna volgde een niet-eenduidig afgesloten discussie over de vraag of palliatieve sedatie gebruikt zou worden als een sluiproute voor euthanasie. (20) Volgens het Sterfgevallenonderzoek 2010 neemt het aantal gevallen waarin palliatieve sedatie wordt toegepast toe. Wel is het zo slechts in een zeer gering aantal gevallen (2%) artsen hierbij de intentie hadden de dood te bespoedigen. (21)

Cultuurhistorische trends

In de ontwikkeling van de discussie over euthanasie is de toenemende aandacht voor zelfbeschikking duidelijk waarneembaar. Zelfbeschikking is inmiddels zover geëvolueerd dat het ingevuld wordt als een recht het leven naar eigen inzicht te kunnen inrichten en over het eigen leven te kunnen beschikken, ook als dat tegen geldende normen en waarden in de samenleving ingaat. (22) Normen en waarden zijn derhalve steeds persoonlijker geworden. Het gevolg hiervan is niet alleen dat men het recht verkrijgt te beschikken over datgene wat de persoon zelf aangaat, maar ook dat het gedachtegoed rondom normen en waarden zo persoonlijk wordt dat een discussie met anderen in het publieke domein onmogelijk wordt. (23) Tegen een dergelijke cultuurhistorische achtergrond worden discussies over een ethische kwalificatie van een handeling moeilijk: als een inhoudelijke discussie lastig wordt, beroepen individuen zich er vaak op dat iets voor *hen persoonlijk* de “waarheid” is en is er weinig behoefte om over de inhoud verder te discussiëren. De hedendaagse beoefenaars van ethiek of de medisch-ethische commissies gaan daarom inhoudelijke discussies meestal maar uit de weg en verkiezen te discussiëren over procedures die ervoor moeten zorgen dat iedereen datgene krijgt wat hij zou willen hebben. (24) Deze ontwikkeling heeft de legalisering van euthanasie vereenvoudigd. De uitkomst van de maatschappelijke discussie of euthanasie nu goed is of niet, is niet conclusief gebleken. Het feit dat sommigen euthanasie voor zichzelf een goede mogelijkheid zouden vinden, was tegen de achtergrond van de erkenning van zelfbeschikking al reden genoeg euthanasie te legaliseren.

Een tweede ontwikkeling is de visie op het leven. In de christelijke visie is het doel van het leven de hereniging van de mens met zijn Schepper. Lijden kan daarbij voor mensen een plaats hebben in hun levensloop die leidt tot deze hereniging, bijvoorbeeld als mee-lijden met de lijdende Christus of loutering voor begane fouten. In onze tijd heerst veelal de door het existentialisme gepropageerde opvatting dat het leven geen intrinsieke zin heeft, maar dat de mens zelf zin aan zijn leven moet geven. In de praktijk wordt dit vaak ingevuld met een hedonistische visie op het leven. Plezierige momenten zijn waardevol, onplezierige momenten of lijden zijn verspilde tijd. De zin van het leven wordt in deze visie het “hebben van zoveel mogelijk plezierige momenten en ervaringen”. Minder plezierige tijden worden gezien als een gemiste kans. Ze verstoren het goede leven en moeten zoveel mogelijk worden uitgebannen. Men spreekt in dit verband in de geneeskunde vaak van “gebrek aan kwaliteit van leven” en probeert deze kwaliteit dan uit te drukken in maat en getal, zoals in de Quality-Adjusted Life Year (QALY), een maat die ontwikkeld is om te bepalen wat de kosteneffectiviteit van een medische interventie is. In het algemeen gebruik leidt deze gedachtegang ertoe dat met de aanwezigheid van beperkingen de kwaliteit van het leven onder een dusdanig niveau komt dat het niet meer waardevol is om verder te leven.

Een gevolg hiervan is de trend dat lijden zoveel mogelijk geëlimineerd moet worden. Als dit op een bepaald moment niet meer lukt en alleen nog lijden of leven met beperkingen resteert, heeft het leven geen zin meer en liggen sedatie en euthanasie voor de hand. Wat men over het hoofd ziet, is dat het leven, vanwege de

Schepping door God, een intrinsieke waarde is, die niet bepaald wordt door accidentele kwaliteiten die door de meetmethoden gescoord worden.

Het is van belang zich te realiseren dat deze levensvisie bij mensen zich o.a. door de technologische vooruitgang in de geneeskunde kon ontwikkelen. Door grote sprongen voorwaarts in het voorkomen en genezen van ziektes spelen lijden en dood een minder prominente rol spelen in het leven van mensen. Ziektes kunnen vaker worden genezen of worden afgeremd, pijn en andere lichamelijke klachten vaker weggenomen of verminderd. Acceptatie van lijden is daardoor minder vanzelfsprekend.

Beoordeling vanuit de R.K. moraaltheologie
De eerste moraaltheologische beoordelingen handelden met name over de vraag of euthanasie wel of niet goed is. Het is in feite de vraag of de mens de beschikking heeft over zijn eigen leven en dood en eventueel dat van anderen. Samengevat komt deze beoordeling er op neer dat de mens deze beschikking niet heeft en euthanasie tegen het vijfde gebod, “gij zult niet doden”, ingaat. (25) De ontwikkeling van de laatste tien jaar zit met name in de verschuiving van “euthanasie als een mogelijkheid in een noodsituatie” naar “euthanasie als recht”. Vanuit christelijk perspectief is “recht” datgene wat de mens krachtens zijn (door God geschapen) natuur toekomt. Het idee dat euthanasie een recht zou moeten zijn, is dus al een indicatie dat de mens niet meer beseft dat zijn natuur van God is verkregen en deze natuur een impliciete bedoeling in zich draagt hoe er mee moet worden omgesprongen.

Noodsituatie of recht, de ethische beoordeling van de euthanasiehandeling zelf wordt er niet anders door. Wel betekent het dat mensen, met name artsen, die principieel bezwaar hebben tegen euthanasie eerder in een situatie kunnen terechtkomen waar zij in meer of mindere mate zullen moeten meewerken aan de uitvoering ervan. Het verwijzen naar een andere arts die niet principieel tegen euthanasie is, is hier een voorbeeld van.

Medewerking aan handelingen waartegen men morele bezwaren heeft, moeten in principe worden afgewezen maar zijn niet altijd te vermijden. In de moraaltheologie maakt men daarom onderscheid tussen de volgende vormen van medewerking: (26)
Formele medewerking. Hierbij stemt men in met de handelingen die de hoofdpersoon uitvoert. Het kan zijn dat de medewerker hierbij dezelfde intentie heeft als de hoofdpersoon: men noemt zijn medewerking dan expliciet formeel. Wanneer men niet *per se* dezelfde intentie heeft als de hoofdpersoon, maar wel meewerkt aan het beoogde doel, noemt met de medewerking *impliciet* formeel.
Materiële medewerking. Men werkt wel mee aan een handeling, maar stemt er niet mee in dat deze plaatsvindt. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de medewerker die het abortusinstrumentarium steriliseert, maar persoonlijk morele bezwaren heeft tegen abortus provocatus.

Formele medewerking is altijd ongeoorloofd. Materiële medewerking is in zichzelf ook ongeoorloofd, maar niet altijd te vermijden. Iedereen werkt in meer of mindere mate wel op materiële wijze mee aan het kwaad. Een voorbeeld hiervan is het Nederlandse ziektekostenstelsel. Als men uit moreel oogpunt in de verste verte niet mee wil werken aan abortus, zal het heel moeilijk zijn een ziektekostenverzekering te vinden. Er bestaat weliswaar een wettelijke mogelijkheid een Pro Life polis te kiezen waarbij abortus niet meeverzekerd is, maar de Pro Life polis is weer ondergebracht bij een grotere moedermaatschappij en indirect zal men toch in enige mate aan abortus meebetalen. Het afsluiten van een Pro Life polis heeft dus meer het karakter van een morele stellingname dan dat men in het geheel niet meer meewerkt aan abortus. (27) Bij materiële medewerking is daarom een tweede onderscheid tussen *directe* of *indirecte* medewerking noodzakelijk:

Van *directe medewerking* is sprake wanneer de handeling van de medewerkers een operationele eenheid met die van de hoofdpersoon vormt. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de operatieassistente die de aborterende arts assisteert. Directe materiële medewerking is vrijwel altijd tevens – minstens – impliciet-formeel en daarom niet

acceptabel. *Indirecte medewerking* kan onder een aantal omstandigheden worden gerechtvaardigd. De eerste voorwaarde is dat de handeling die de medewerker zelf uitvoert op zich geen ongeoorloofde handeling is. De tweede voorwaarde is dat de medewerker een voldoende ernstige reden heeft om aan de handeling mee te werken. Hierbij is van belang hoe ernstig het kwaad is waaraan wordt meegewerkt en hoe eenvoudig dit te vermijden is. Verder is van belang dat men zich – ondanks de medewerking – van de kwade handeling distantieert. De medewerking van degene die het instrumentarium steriliseert, maar tegen abortus is, en bij weigering van zijn medewerking het risico loopt zijn baan te verliezen, zou onder *geoorloofde indirecte materiële medewerking* kunnen vallen.

Voor een arts met principiële bezwaren tegen euthanasie, heeft het de voorkeur in het geheel niet aan de voorbereiding of uitvoering hiervan mee te werken. (28) Wanneer in een richtlijn of wet een verwijsverplichting bij weigering van euthanasie door een arts wordt opgenomen, zou dit een probleem kunnen gaan opleveren. De vraag is dan in welke vorm de minste medewerking wordt verleend.

Een groep Drentse huisartsen publiceerde onlangs hun ervaringen met een samenwerkingsmodel t.a.v. euthanasie. (29) In dat model wordt een patiënt die met een euthanasieverzoek bij een huisarts komt die daar principiële bezwaren tegen heeft, zo snel mogelijk in contact gebracht met een andere huisarts die dat niet heeft. Vervolgens zijn een aantal scenario's denkbaar: de tweede huisarts neemt de patiënt over, beide huisartsen proberen gezamenlijk tot een palliatieve behandeling te komen of de tweede huisarts komt pas echt in beeld als de euthanasie verleend moet worden.

In het laatste scenario levert de huisarts met principiële bezwaren de meeste medewerking aan de euthanasie zelf. Hij voert de euthanasie niet zelf uit en is het er waarschijnlijk ook niet mee eens, maar is wel verantwoordelijk voor het gehele voorbereidende traject. In de twee andere scenario's is de medewerking minder intensief. In de eerste variant wordt de patiënt verwezen voor een nieuwe beoordeling waarbij euthanasie niet is uitgesloten; in de tweede variant wordt wel samengewerkt met een andere huisarts die niet principieel tegen euthanasie is, maar is de intentie te komen tot een palliatieve behandeling die de wens van euthanasie wegneemt. In alle gevallen is de medewerking aan de euthanasie materieel. De verwijzing is moreel geen verkeerde handeling, dus de eerste variant waarbij de patiënt helemaal naar een collega verwezen wordt, zou beoordeeld kunnen worden als indirect materieel. De variant waarbij er wordt samengewerkt met een andere huisarts die eventueel de euthanasie voltrekt, lijkt het meest op directe materiële medewerking en is derhalve niet toelaatbaar. In de variant waarbij beide huisartsen aansturen op en palliatieve behandeling is de intentie weliswaar goed, maar hangt het ervan af hoezeer er wordt meegewerkt aan de voorbereiding van de euthanasie.

Een sterk punt in de beschreven werkwijze van de Drentse huisartsen is dat het al lang van tevoren voor de patiënten duidelijk is, dat bepaalde huisartsen geen euthanasie willen uitvoeren. De KNMG benadrukt altijd dat het niet willen uitvoeren van een bepaalde behandeling schadelijk is voor de patiënt, omdat hij onder bepaalde moeilijke omstandigheden niet kan terugvallen op de arts waarmee hij een goede relatie heeft opgebouwd, maar zich moet verlaten op een andere, onbekende arts. Het is zeker minder wenselijk dat een arts de zorg voor de patiënt die met hem een vertrouwensband heeft opgebouwd opgeeft of overdraagt aan een voor de patiënt onbekende arts, maar het is geen absolute eis. De morele keuze die deze arts heeft, is die tussen het uitvoeren van euthanasie, hetgeen de arts als een kwade handeling ziet tegen God van wie het leven is verkregen, en het opzeggen van de behandelrelatie met de patiënt. Bij deze keuze tussen twee kwade zaken is het opzeggen van behandelrelatie met de patiënt die om euthanasie verzoekt, zeker het mindere kwaad.

Palliatieve sedatie

Bij palliatieve sedatie zou het om twee dingen kunnen gaan. Allereerst het bestrijden van symptomen (o.a. pijn) die op andere manieren niet te verlichten zijn. Daarnaast zouden de patiënt en/of zijn behandelend arts die intentie kunnen hebben de dood te bespoedigen. De laatste situatie is identiek aan euthanasie. Hier gelden ook dezelfde bezwaren als hierboven uiteengezet. Wanneer er echter een dusdanige situatie is ontstaan dat pijn en lijden alleen bestreden kunnen worden door de patiënt in meer of mindere mate slapend te houden, dan is de intentie van deze handeling anders: niet het bespoedigen van de dood is het doel van de handeling, maar het verlichten van lijden. In de moraaltheologie is deze situatie onderkend als een “handeling met dubbel effect”. (1) Hiervan is sprake als de handeling zelf (in dit geval sedatie) niet verkeerd is en het doel dat men ermee probeert te bereiken evenmin. Dit betekent dat palliatieve sedatie kan worden toegepast wanneer andere, niet sederende, pijnstillende behandelingen onvoldoende blijken te werken en de intentie van de sedatie het verlichten van pijn en lijden is.

Conclusies

Tien jaar na het van kracht worden van de Nederlandse euthanasiewet is de discussie over euthanasie niet verstomd. De teneur van de discussie verschuift van een – op zich niet acceptabele – mogelijkheid in een noodsituatie naar een recht dat iedereen, ook ouderen die hun eigen leven voltooid vinden, zou moeten hebben. Artsen die tegen euthanasie zijn, zouden patiënten moeten verwijzen naar collega’s die de euthanasie wel willen uitvoeren. Het leven van pasgeborenen die mogelijk ondraaglijk lijden, kan eveneens beëindigd worden. Vanuit moraaltheologisch oogpunt blijft het bezwaar dat de mens niet de beschikking over het eigen leven en dat van een ander heeft. De nieuwe ontwikkelingen maken dat men als arts met principiële bezwaren tegen euthanasie niet zomaar aan medewerking aan euthanasie kan ontkomen. Het is van het grootste belang dat eraan gewerkt wordt dat de medewerking van deze arts zo beperkt mogelijk kan blijven en in ieder geval binnen de grenzen van het moreel toelaatbare.

dr. F.J. van Ittersum (1964) is internist-nefroloog, bestuurslid van de Stichting Medische Ethiek en corresponderend lid van de Pauselijke Academie voor het Leven.

Noten

1. Eijk WJ. Euthanasie en hulp bij suïcide als sluitstuk van de gezondheidszorg ? Een bijdrage vanuit de kerkelijke leer. Communio 2002;27(6).
2. Eijk WJ. Euthanasie contra het vijfde gebod. Communio 1996;21:51-61.
3. van der Wal G, Onwuteaka-Philipsen B, van der Maas P. Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie. Utrecht: De Tijdstroom; 2003.
4. de Kinkelder A. Dode letter in de euthanasiewet. Eerdere verklaring van dementerende zelden toepasbaar. Medisch Contact 2012;67(31-32):1839-41.
5. European Centre for Law and Justice. ECLJ: Major Victory for Life in Europe: “Euthanasia Must Always be Prohibited”. 2012. http://eclj.org/Releases/Read.aspx?GUID=523390dc-784d-4b07-8919-34ba10adccbe
6. Regionale toetsingscommissies euthanasie. Jaarverslag 2010. Den Haag; 2011.
7. van der Heide A, Brinkman-Stoppelenburg A, van Delden J, Onwuteaka-Philipsen B. Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. Sterfgevallenonderzoek 2010. Den Haag: ZonMW; 2012. Report No.: 31.; Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, de Jong-Krul GJ, van Delden JJ, van der Heide A. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. Lancet 2012 Jul 10.
8. Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie. Vierde verslag aan de wetgevende Kamers (2008-2009). 2012.
9. de Jong P. Haalbaarheidsonderzoek levenseindekliniek (fase 2). NVVE; 2010.
10. NVVE. Meer dan 200 aanmeldingen bij Levenseindekliniek. 2012. http://www.levenseindekliniek.nl/?p=774

11. Distelmans W. Open brief aan alle onderhandelaars: “Het levenseinde behoort ons allemaal toe”. De Huisarts 2011;(1032).
12. Peters J, Sutorius E, van Baarle Y, Beekman W, Daniels S, de Fauwe L, et al. Uit Vrije Wil. Waardig sterven op hoge leeftijd. Amsterdam: Boom; 2012.
13. KNMG. De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. Utrecht; 2011.
14. Hamburg F. Een computermodel voor het onderstuenen van euthanasiebeslissingen. Apeldoorn: Maklu B.V.; 2005.; van Tol DG, Rietjens JA, van der Heide A. Empathy and the application of the ‘unbearable suffering’ criterion in Dutch euthanasia practice. Health Policy 2012 May;105(2-3):296-302.
15. Giubilini A, Minerva F. After-birth abortion: why should the baby live? J Med Ethics 2012 Apr 13.
16. Ross-van Dorp C, Donner JPH. Levensbeëindiging bij pasgeborenen (Brief aan de Tweede Kamer der Staten Generaal). 2005. Report No.: IBE/E-2637467.
17. Centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Gecombineerd Jaarverslag van de Commissie Late Zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging bij Pasgeborenen over de jaren 2009 en 2010. 2011.
18. de Jong TH. Deliberate termination of life of newborns with spina bifida, a critical reappraisal. Childs Nerv Syst 2008 Jan;24(1):13-28.; Kompanje EJ, de Jong TH, Arts WF, Rotteveel JJ. Questionable basis for ‘hopeless and unbearable suffering’ as the criterion for the active termination of life in newborns with spina bifida. Ned Tijdschr Geneeskd 2005 Sep 10;149(37):2067-9.
19. Commissie landelijke richtlijn palliatieve sedatie. KNMG-richtlijn palliatieve sedatie. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst; 2009.
20. Rietjens J, van DJ, Onwuteaka-Philipsen B, Buiting H, van der Maas P, van der Heide A. Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands: descriptive study. BMJ 2008 Apr 12;336(7648):810-3.; NIVEL. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2006. 2007.
21. van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, van Delden JJ, Hanssen-de Wolf JE, et al. End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. N Engl J Med 2007 May 10;356(19):1957-65.
22. Buijsen MAJM. Autonomie, waardigheid en het recht op gezondheidszorg in vraagstukken rondom het levenseinde. Pro Vita Humana 2008;15(3):70-5.
23. van Ittersum FJ. Economische taal in ethische discussie duidt op onvermogen. Katholiek Nieuwsblad 1991;(26 februari 1991).
24. van Ittersum FJ. Goedgekeurd door de medisch-ethische commissie. Pro Vita Humana 2005;12(1):4-9.
25. Congregatie voor de Geloofsleer. Iura et Bona. 1980; Eijk WJ. Het onderzoek naar de euthanasiepraktijk in Nederland over de periode 2001/2002. Pro Vita Humana 2003;10(6):161-6; Paus Johannes Paulus II. Encycliek Evangelium Vitae. Over de waarde en de onschendbaarheid van het menselijk leven. 1995.
26. de’ Liguori AM. Over medewerking. Theologia Moralis tomus I.Rome: 1905. p. 355-65.
27. Jochemsen H, Seldenrijk R. Waarom een christelijke zorgpolis? Katholiek Nieuwsblad 2005;(7 oktober).
28. Eijk WJ. Hoe ziet de KNMG de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde? Pro Vita Humana 2011;18(3/4):74-81.
29. Visser J. Euthanasie bij toerbeurt. Medisch Contact 2012;67(11):637.