

GEREGELD LEVENSBEËINDIGEND HANDELEN?

**Reactie van het Prof. dr. G A. Lindeboom Instituut
op het Rapport "Medische beslissingen rond
het levenseinde" van de Commissie
Onderzoek medische praktijk inzake euthanasie
(Commissie Remmelink)
en op het Kabinetsstandpunt inzake
Medische beslissingen rond het levenseinde.**

**Rapport van het Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut
no. 7, Ede, januari 1992.**

Dit rapport is geschreven door dr.ir. H. Jochemsen. Door hun waardevolle suggesties tot verbetering en aanvulling van een eerdere versie van het manuscript hebben in het bijzonder mr. H. van der Kolk, en verder dr. D.J. Bakker, chirurg, prof.dr.ir. E. Schuurman en dhr. H. van den Herik bijgedragen aan de totstandkoming van de uiteindelijke tekst.

CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag

Jochemsen, H.

Geregeld levensbeëindigend handelen? / [H. Jochemsen]. - Ede: Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut. - (Rapport van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, ISSN 0922-6923; no. 7)

Reactie van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut op het rapport "Medische beslissingen rond het levenseinde" van de Commissie "Onderzoek medische praktijk inzake euthanasie" (Commissie Remmelink) en op het kabinetsstandpunt inzake medische beslissingen rond het levenseinde. - Met lit. opg.

ISBN 90-72659-07-4

Trefw.: euthanasie.

Auteursrechten voorbehouden

Hoofdstuk 1

Hoe geregeld vindt levensbeëindigend handelen plaats?

Een reactie op het rapport "Medische beslissingen rond het levenseinde"
van de Commissie "Onderzoek medische praktijk inzake euthanasie".

Samenvatting

Bij de presentatie van het rapport van de commissie Rimmelink werd benadrukt dat de resultaten zouden aangeven dat ten aanzien van de praktijk van euthanasie in Nederland de situatie geruststellend is. Deze conclusie behelst een waardeoordeel dat beslist niet op de onderzoeksresultaten gebaseerd kan worden en naar onze overtuiging volstrekt ten onrechte wordt gedaan.

Allereerst wordt bij 3.700 patiënten per jaar bewust het leven beëindigd, al dan niet op verzoek van de betreffende persoon. Op zichzelf reeds een zeer ernstige zaak. Bovendien blijkt er een groot grijs gebied te zijn waarbinnen de behandeling van patiënten en bewuste levensverkorting van patiënten glijdend in elkaar overgaan. Dit betreft de behandeling van duizenden patiënten. Tezamen met de kennelijk geringe bereidheid van de artsen hun handelen door justitie te laten toetsen, houdt dit een reëel gevaar in van willekeur bij de behandeling van patiënten, m.n. in de laatste levensfase. Een dergelijke willekeur die betrekking heeft op beslissingen over leven en dood verdraagt zich niet met handhaving van de rechtsstaat. De subjectiviteit die tot op zekere hoogte onvermijdelijk is bij de uitoefening van de geneeskunst mag niet zo ver opgerekt worden dat één beroepsgroep in feite beslist wanneer een leven nog 'leefbaar' geacht moet worden.

1. Inleiding

Op 10 september jl. overhandigde de Commissie onderzoek medische praktijk inzake Euthanasie (de commissie Rimmelink) haar rapport "Medische beslissingen rond het levenseinde" aan de Minister van Justitie en de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Gezien de brede aandacht die dit rapport heeft gekregen en het belang dat er ook in de politiek aan wordt gehecht, achten wij het nodig op dit rapport in te gaan. Wij willen daartoe eerst de belangrijkste getalsmatige conclusies uit het onderzoek vermelden (zie Tabel). Daarna zullen we puntsgewijze een aantal gegevens en conclusies uit dit rapport becommentariëren. We besluiten deze reactie met een samenvattende conclusie.

2. Veranderde opstelling

De strekking van het rapport zoals die vooral in de slotbeschouwing naar voren komt is dat het aantal gevallen van levensbeëindiging van patiënten, al dan niet op verzoek, in Nederland nogal meevalt. Men wijst erop dat artsen in ons land zo'n 9.000 keer geconfronteerd worden met een verzoek van de patiënt om levensbeëindiging terwijl euthanasie 2.300 maal zou voorkomen, 1,8% van alle sterfgevallen, hetgeen veel minder vaak is dan wel werd gedacht. Een verzoek om euthanasie wordt dus in minder dan één derde van de gevallen ingewilligd. Men vindt dan ook dat euthanasie in Nederland niet buitensporig vaak plaatsvindt (dl.1, p.31).

TABEL

De belangrijkste getalsmatige gegevens uit het rapport en het onderzoeksverslag van de Commissie Onderzoek Medische praktijk inzake Euthanasie.

(Alle getallen zijn op jaarbasis. Tussen haakjes het percentage van het totaal aantal sterfgevallen).

Sterfgevallen in Nederland	12900 (100)
Verzoeken om euthanasie (levensbeëindiging op verzoek van de patiënt)	9000

Euthanasie toegepast	
Hulp bij zelfdoding	2300
Levensbeëindiging niet op verzoek	(1,8)
	400
Intensivering van pijn- en symptoombestrijding;	(0,3)
hiervan:	1000
- 6% met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen	(0,8)
- 30% mede met het doel het levenseinde te bespoedigen	22.500
- 64% tenminste rekening houdend met de waarschijnlijkheid dat het levenseinde wordt bespoedigd.	(1)
Niet instellen of staken van een behandeling (incl. sondevoeding)	6750
- Op verzoek van de patiënt	(5,2)
- Zonder verzoek van de patiënt	14.400
Van laatstgenoemde groep:	(11,3)
- 16% met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen	
- 14% mede met het doel het levenseinde te bespoedigen	5.800
- 65% rekening houdend met de waarschijnlijkheid dat daardoor het levenseinde wordt bespoedigd.	(4,5)
	22.500
	(17,5)
	3.600
	(2,8)
	4275
	(3,3)
	14.625
	(11,4)

In het rapport wordt deze bestaande praktijk min of meer gerechtvaardigd. Deze opstelling van de commissie en de gunstige ontvangst die het rapport in het algemeen in de media kreeg geven op zichzelf al aan hoezeer het denken over euthanasie de laatste jaren in ons land is veranderd. Tot voor zo'n 20 jaar geleden werd euthanasie gezien als een ethisch onaanvaardbare wijze van handelen en in de meeste landen geldt dat nu nog. Nu vindt men het aantal van 2.300 gevallen per jaar meevallen. Deze reactie op de cijfers is op zichzelf al onthullend.

3. Ongevraagd

Bij de in het rapport genoemde aantallen gevallen van levensbeëindiging, al dan niet op verzoek van de patiënt, kunnen een aantal kritische kanttekeningen worden gemaakt. Bij het aantal van 2300 gevallen van euthanasie moeten in elk geval 400 gevallen van hulp bij zelfdoding en 1.000 gevallen van levensbeëindiging zonder dat de patiënt daarom had verzocht, worden opgeteld. In totaal zijn dit 3700 gevallen. Dit is omstreeks 4% van het aantal sterfgevallen waarbij een arts is betrokken.

Bij die 1.000 gevallen van levensbeëindiging-niet-op-verzoek wordt opgemerkt dat het veelal ging om situaties waarbij de patiënt naar verwachting minder dan een week te leven had. Bestudering van de cijfers geeft echter aan dat:

- ongeveer een kwart van de patiënten in elk geval tot op zekere hoogte in staat was zijn of haar wil te uiten, maar dat de arts daaraan kennelijk geen aandacht had geschonken (dl 2, p. 49),

- één op de vijf patiënten naar verwachting langer 1-4 weken te leven had,
- 8% van de patiënten langer dan één maand te leven had.

Weliswaar had een kwart tot een derde van de betreffende patiënten ooit iets over levensbeëindiging kenbaar gemaakt. Toch is het volstrekt onduidelijk hoe het rapport levensbeëindiging van deze gehele groep van patiënten rechtvaardigt als een vorm van stervenshulp (dl.1, p.15).

In de discussie over euthanasie zoals die de laatste jaren in Nederland is gevoerd is altijd nadrukkelijk een onderscheid gemaakt tussen levensbeëindiging op-verzoek en niet-op-verzoek. Euthanasie werd zelfs opnieuw gedefinieerd als levensbeëindiging op verzoek van de patiënt. Door tegenstanders van de legalisering van euthanasie is er altijd op gewezen dat dit zou leiden tot aanvaarding van levensbeëindiging niet-op-verzoek. Uit de stellingname in dit rapport blijkt hoe terecht die waarschuwing is geweest. Deze aanvaarding van levensbeëindiging niet-op-verzoek door een staatscommissie betekent een zeer ingrijpende verschuiving in de discussie en meningsvorming over dit onderwerp. De handhaving van de beschermwaardigheid van het leven van ongeneeslijk zieke patiënten wordt hierdoor ernstig ondermijnd.

4. Grijs gebied

Ook op andere punten rijzen vragen bij de interpretatie die de commissie geeft aan de verkregen uitkomsten. Het rapport geeft aan dat in ongeveer de helft van het aantal sterfgevallen waarbij een arts betrokken is, nl. bij ongeveer 49.000 patiënten, de behandelend arts op een gegeven moment een beslissing heeft genomen waarbij hij tenminste rekening hield met de waarschijnlijkheid dat daardoor het levenseinde werd bespoedigd (dl.1, p.14). In 22.500 van deze gevallen werd bij de patiënt pijn- en symptoombehandeling toegepast. In 65-80% hiervan gaf de arts aan dat de pijnbehandeling mogelijk levensverkortend zou kunnen hebben gewerkt. In de (meeste) overige gevallen, d.w.z. van 20-30% van deze 22.500 gevallen, verklaarde de arts dat de pijnbehandeling het bewerken van de dood (mede) ten doel had. Hierbij gaat het dus om 4.500 à 6.750 patiënten. Uit het rapport valt niet op te maken in hoeverre de pijnbehandeling inderdaad het levenseinde meer heeft versneld dan met het oog op de behandeling van de pijn zelf nodig was. Wel wordt meegedeeld dat het hierbij ging om patiënten die volgens de behandelend arts nog slechts enkele uren tot enkele dagen zouden hebben te leven. In hoeverre deze schattingen reëel zijn of in hoeverre ze beïnvloed zijn door de wens van de arts zijn handelen te rechtvaardigen en dus de levensverwachting (te) laag in te schatten, is moeilijk te zeggen. Wel kan geconstateerd worden dat het hier op zijn zachtst gezegd gaat om een grijs gebied tussen terminale zorg en actieve levensbeëindiging.

5. In tegenspraak

Op dit punt spreekt het rapport zich bovendien tegen. Enerzijds bespreekt men deze gevallen van intensieve pijnbehandeling met als doel (mede) verkorting van het leven onder "pijn- en symptoombestrijding" en niet onder "euthanasie", en kwalificeert men dit handelen als bekorting van het stervensproces. Anderzijds stelt men dat de gevallen waarin pijn- of symptoombestrijding in een onhoudbare situatie van zwaar lijden geen soelaas meer biedt, uitzonderlijk zijn. Het gaat dan om patiënten voor wie geen enkel alternatief voor de behandeling voorhanden is. De commissie brengt dan naar voren dat deze "zorg voor een menswaardig levenseinde in de rechtspraak van de Hoge Raad is erkend, *niet als een normaal medisch handelen van een arts*, maar als een handelen in een rechtvaardigende noodtoestand....". (dl.1, p.29). Tevens stelt men dat "het bespoedigen van het overlijden niet een als zodanig beoogd gevolg is van het medisch handelen" (dl.1, p.33). Als dit laatste zo is - en hiermee zijn wij het eens - hoe kan men dan pijnbehandeling die (mede) ten doel heeft het leven te bekorten, afdoen als bekorting van het stervensproces, zonder dat daarbij verder nog vraagtekens worden geplaatst? Moet worden aangenomen dat naast de 3.700 gevallen van euthanasie/hulp bij zelfdoding/onge-

vraagde levensbeëindiging, in nog eens 4.500 à 6.750 gevallen per jaar er sprake is van een onhoudbare noodsituatie, waarbij de arts niets anders kan doen dan het leven bekorten door overmatige pijnbehandeling? Dit lijkt ons onwaarschijnlijk.

6. Onvoldoende kennis

Hierbij komt nog een ander probleem. De commissie deelt mee dat men bij het onderzoek is uitgegaan van de veronderstelling dat iedere patiënt een adequate behandeling en voldoende begeleiding krijgt (dl.1, p.29). Tegelijkertijd erkent men dat er in dit opzicht een grote verscheidenheid bestaat in de zorginstellingen. Vervolgens volstaat men met de constatering dat "uit het onderzoek geen gegevens bekend zijn geworden over de mate waarin de behandeling en begeleiding van patiënten in de terminale fase onvoldoende, voldoende, dan wel optimaal is geweest" (dl.1, p.30). Evenwel, in de laatste aanbeveling stelt men dat kennis van de stervensbegeleiding bij artsen onvoldoende aanwezig is. (Onder stervensbegeleiding verstaat men het complex van hulpverlening en zorg ten behoeve van de stervende mens en zijn naaste omgeving, waartoe adequate pijnbehandeling behoort evenals het weet hebben van alternatieven voor de behandeling van klachten over ondraaglijk lijden en van het moment waarop het sterven niet langer kan worden tegengehouden). Wij concluderen hieruit dat de commissie:

- a) er geen duidelijk zicht op heeft in hoeverre de behandeling van ongeneeslijk zieke patiënten adequaat is geweest, noch in hoeverre er inderdaad geen alternatieven meer voorhanden waren in de gevallen waarin euthanasie of ongevraagde levensbeëindiging is toegepast, of waarbij de pijnbehandeling werd geïntensiveerd (mede) met de bedoeling het leven te bekorten;
- b) niet kan zeggen hoe vaak in de genoemde gevallen feitelijk euthanasie is toegepast. Het onderzoek bevat op dit punt dus ernstige hiaten.

Op grond van de zojuist genoemde opmerkingen van de commissie zelf moet men wel veronderstellen dat bij een deel van de genoemde groepen van patiënten in feite nog wel behandelingsalternatieven voorhanden waren en het leven van de patiënt dus ook medisch gesproken ten onrechte is bekort. Hierover spreekt de commissie echter niet, en geeft aldus een te rooskleurig beeld.

7. Staken

Een soortgelijke redenering kan worden opgezet ten aanzien van het staken van behandelingen, waarbij de arts mede ten doel had het leven te bekorten. Dit gebeurde volgens het onderzoek in 22.500 gevallen per jaar. In 16% van deze gevallen (3600) was bespoediging van het levenseinde zelfs het uitdrukkelijke doel van de arts (dl.II, p.148). Het staken of achterwege laten van een behandeling kan goed medisch handelen zijn. Wij menen echter, dat medisch-ethisch gesproken de intentie daarbij niet het bekorten van het leven behoort te zijn. Wij erkennen dat wanneer een arts die intentie wel heeft bij het staken van een behandeling, dit niet per se behoort te betekenen dat het staken op zichzelf onterecht is. Maar ethisch en juridisch wordt de situatie dan wel ondoorzichtig. Fundamenteel bij een beslissing een behandeling te staken of niet in te stellen is de vraag naar de zorgplicht van de arts. Wanneer een bepaalde behandeling gerekend moet worden tot de zorgplicht van de arts en het nalaten ervan leidt tot de dood van de patiënt, dan is sprake van een vorm van euthanasie. Uit het rapport is onduidelijk of, en zo ja in hoeveel gevallen een behandeling werd gestaakt, al dan niet met de bedoeling het leven te bekorten, terwijl nog sprake was van een zorgplicht voor de arts. De resultaten geven hierin geen inzicht. Bij het onderzoek is men er kennelijk van uitgegaan, dat wanneer een arts een behandeling heeft gestaakt, er inderdaad niet meer van een zorgplicht sprake was. Over de vraag wanneer nog van een zorgplicht gesproken moet worden, bestaat niet altijd consensus. Het bekendste voorbeeld is wel het kunstmatig toedienen van voedsel en vocht, dat in dit rapport een medische handeling wordt genoemd. Moet dit worden gezien als een medische handeling die gestaakt kan worden wanneer de patiënt ongeneeslijk ziek is en de kwaliteit van leven van de patiënt onvoldoende wordt geacht, of moet dit worden beschouwd als

een onderdeel van de verzorging van de patiënt die altijd moet doorgaan, ook wanneer verdere medische behandelingen niet meer proportioneel zijn? De Commissie 'Aanvaardbaarheid levensbeëindigend handelen' van de KNMG constateert in haar rapport over comapatiënten dat over deze kwestie binnen de beroepsgroep geen consensus bestaat. Ook op dit punt bevatten de resultaten van het hier besproken onderzoek een grote onduidelijkheid. (Overigens betekent het feit dat bij dit onderzoek sondevoeding onder de medische behandelingen wordt gerangschikt, een impliciete *morele* stellingname op dit punt).

8. Zorgvuldigheidseisen

Ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen die binnen de beroepsgroep en in de jurisprudentie zijn opgesteld merkt de commissie zelf op: "... (artsen) ... plegen deze vereisten in verschillende mate in acht te nemen" (dl. I, p. 34).

Op twee ernstige afwijkingen van de regels willen we hier de aandacht vestigen. In de eerste plaats blijkt levensbeëindiging niet-op-verzoek niet zelden voor te komen (zie punt 2, supra). Bovendien worden door veel artsen behandelingen gestaakt en pijnbehandeling geïntensiveerd (mede) met het doel het leven te bekorten zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt, ook in gevallen waarin de patiënt (gedeeltelijk) wilsbekwaam was (dl. 2, tabel 8.15 en tabellen 7.2 en 7.7). Zoals reeds betoogd, is feitelijk niet te zeggen of hierbij in bepaalde gevallen medisch-ethisch gesproken van levensbeëindiging niet-op-verzoek sprake is geweest. De intentie was in elk geval dezelfde. Dit betekent dat aan de belangrijkste voorwaarde voor levensbeëindigend handelen, nl. het uitdrukkelijk verzoek van de patiënt, niet was voldaan. Hieruit blijkt dat voor een aanzienlijk percentage van de artsen het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt, dat vaak als belangrijkste argument wordt genoemd voor aanvaarding van euthanasie, in feite niet de doorslaggevende factor vormt. De opvatting dat in de praktijk aanvaarding van actieve levensbeëindiging tot levensbeëindiging-op-verzoek beperkt zou blijven, moet o.i. dan ook als onrealistisch van de hand worden gewezen. Deze gedachte wordt nog verstrekt door het gegeven dat ook de regel dat euthanasie als zodanig gemeld moet worden, vaak niet in acht wordt genomen.

Driekwart van de huisartsen en twee derde van de specialisten gaf na uitvoering van euthanasie een verklaring van overlijden (natuurlijke dood) af. Dit in weerwil van het feit dat dit juridisch gesproken 'valsheid in geschrijfte' is, en dat de arts die euthanasie toepast overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen praktisch geen risico loopt vervolgd te worden. Dit alles doet inderdaad vermoeden dat die vereisten vaak niet (volledig) in acht zijn genomen.

Dit laatste is ook de conclusie van de Engelse gezondheidsjurist J. Keown, die de euthanasie-discussie en -praktijk in Nederland grondig heeft bestudeerd. *"In short, notwithstanding the permissive character of the Dutch criteria for permissible euthanasia, there would appear to be no hard evidence that these criteria are being widely observed; on the contrary, the fact that, as just noted, the vast majority of deaths from euthanasia are illegally and incorrectly reported as natural deaths itself casts doubt on the lawfulness of much of the euthanasia which is being carried out. Moreover, it does not follow that the doctor who notifies the authorities has complied with the criteria..."*. Hij concludeert bovendien dat ook de zorgvuldigheidseisen zelf helemaal niet zo nauwkeurig omschreven en eenduidig zijn als nodig zou zijn voor een eenduidige en goed controleerbare praktijk. *"In sum, the legal and medical criteria for euthanasia would not appear to constitute an effective safeguard against the practice of non-voluntary euthanasia"*. (I.J. Keown. The law and practice of euthanasia in The Netherlands. The Law Quarterly Review 1992; vol. 108, p. 51-78, (jan '92), citaten op p. 68,69 resp. 70).

Dit manuscript is in enigszins gewijzigde vorm eerder gepubliceerd in Medisch Contact 1991;46,nr.43:1276-1278.

Hoofdstuk 2

Hoe moet levensbeëindigend handelen geregeld worden?

Een reactie op het Kabinetsstandpunt inzake
Medische beslissingen rond het levenseinde.

**"Wer den Schmerz flieht, will nicht mehr lieben".
Novalis**

Samenvatting

Het kabinet wil het strafrechtelijke verbod op levensbeëindiging van patiënten, al dan niet op hun verzoek, handhaven. Tegen de wijze waarop het dit handelen wil regelen, hebben wij bezwaren.

De verwijzing naar de medische ethiek ter rechtvaardiging van levensbeëindigend handelen is ten onrechte. Dé medische ethiek bestaat niet en levensbeëindigend handelen wordt, zeker internationaal gezien, beslist niet algemeen aanvaard, integendeel.

Het kabinet neemt ten onrechte aan, dat er een zodanig 'beschaafde praktijk' van euthanasie is dat een wettelijke legitimering hiervan aanvaardbaar is. In duizenden gevallen per jaar verrichten artsen handelingen met het doel het levenseinde van patiënten te bespoedigen, vaak zonder een verzoek daartoe van de patiënt.

Het kabinet lijkt levensbeëindiging te willen beperken tot de stervensfase. Omdat de begrippen stervensfase en terminale fase niet gedefinieerd worden, schept dit grote onduidelijkheid. In de praktijk blijkt levensbeëindiging, zowel op als zonder een verzoek, ook niet tot de stervensfase (tot enkele dagen lang) te worden beperkt. De vraag of voor dit handelen ook een strafuitsluitingsgrond gevonden kan worden in een beroep op 'overmacht' beantwoordt het kabinet zelf niet (al spreekt het wel van 'medisch handelen'), maar wil het aan de rechter overlaten. Te hopen valt, zo dit voorstel al in het parlement wordt aanvaard, dat de rechter een dergelijk beroep niet zal honoreren, werkelijk uitzonderlijke noodsituaties daargelaten.

In het voorstel van het kabinet laat de wetgever het vaststellen van de normen ten aanzien van levensbeëindigend handelen en de controle op de naleving ervan, in hoge mate over aan de medische beroepsgroep. Een effectieve controle door Justitie wordt hierdoor praktisch onmogelijk gemaakt, hetgeen in strijd is met de plicht van de overheid tot bescherming van het leven van de onderdanen. Dit geldt met name bij levensbeëindiging niet-op-verzoek, bijvoorbeeld bij wilsonbekwame patiënten. Levensbeëindiging van deze patiënten en van ieder die niet uitdrukkelijk heeft ingestemd met beëindiging van zijn leven, is in strijd met artikel 11 van de Grondwet, welke een ieder het recht op bescherming van de lichamelijke integriteit garandeert. Het kabinetsvoorstel laat de mogelijkheid open dat de aandachtspunten voor de behandelend arts die overgaat tot levensbeëindiging al dan niet op verzoek in feite gaan functioneren als een omschrijving van de voorwaarden waaronder voor zulk optreden een beroep op 'overmacht' door de rechter erkend zal worden. Een dergelijke ontwikkeling zou o.i. zeer onwenselijk zijn en een bedreiging betekenen voor diverse groepen van wilsonbekwame patiënten.

*Als kabinet en parlement levensbeëindigend handelen toch volgens de huidige juridische constructie wettelijk zouden willen regelen, dan zou controle op het handelen van de arts aanzienlijk effectiever geregeld moeten worden. Beter zou het zijn om naast handhaving van het strafrechtelijke verbod in de wet alleen te laten vastleggen, welke handelwijzen van artsen op dit gebied **niet** tot levensbeëindigend handelen gerekend moeten worden.*

1. Inleiding

De discussie in ons land over euthanasie die reeds jaren gevoerd wordt, heeft opnieuw een climax bereikt nu het kabinet zijn standpunt inzake medische beslissingen rond het levenseinde heeft bekend gemaakt.

Deze standpuntbepaling komt betrekkelijk kort na een andere climax in die discussie, nl. de publicatie van het rapport van de Commissie "Onderzoek medische praktijk inzake euthanasie" (commissie Remmelink). Van dit rapport is door het kabinet uitvoerig gebruik gemaakt bij zijn eigen standpuntbepaling.

Wij willen allereerst trachten het kabinetsstandpunt in zijn essentie weer te geven. Vervolgens willen wij dit standpunt op zijn innerlijke consistentie en houdbaarheid toetsen (par. 3 t/m 5) en de te verwachten consequenties ervan aangeven (par. 6). In de laatste paragraaf formuleren we enkele hoofdpunten voor alternatieve regelingen.

2. Kabinetsstandpunt

Het kabinet tracht in het nu ingenomen standpunt zowel recht te doen aan de aanvaarding van euthanasie in het maatschappelijke leven en in de jurisprudentie als aan de eerbiediging en bescherming van het menselijk leven zoals dat wettelijk is vastgelegd. Het stelt dat tussen deze twee zaken geen absolute tegenstelling behoeft te bestaan. Het meent deze twee zaken te kunnen verzoenen door het creëren van de mogelijkheid tot toetsing door de rechter van ieder afzonderlijk geval van actieve levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding. Hiertoe dienen de artsen ieder geval van euthanasie, levensbeëindigend handelen niet-op-verzoek en hulp bij zelfdoding door middel van een formulier te melden bij de Gemeentelijke lijkschouwer, die vervolgens de Officier van Justitie inlicht. Deze meldingsplicht wordt dan ook verbonden aan de Wet op de Lijkbezorging. Wanneer de Officier van Justitie een geval ter beoordeling voorlegt aan de rechter kan deze in het beroep op overmacht (art. 40 Str.) een grond voor strafuitsluiting vinden. Het overmachtsartikel staat naar zijn aard niet toe dat van te voren wordt vastgelegd onder welke omstandigheden daarop met succes een beroep kan worden gedaan. In het kader van die meldingsplicht wordt daarom nergens gesteld dat de arts die zich aan de in de jurisprudentie gehanteerde zorgvuldigheidseisen houdt, gevrijwaard zal worden van rechtsvervolging. De strekking van het geheel wekt echter sterk de indruk dat, overeenkomstig de huidige praktijk, onder die omstandigheden een arts geen vervolging heeft te duchten (zie ook verder). Wel wordt aangegeven welke de aandachtspunten zijn voor een arts die één van de genoemde handelingen verricht; hiervan dient hij een uitvoerig schriftelijk verslag bij de lijkschouwer in te dienen. Er staat echter geen sanctie op nalaten ervan of op onvolledige invulling.

Nieuw in dit standpunt van het kabinet in vergelijking met de jurisprudentie is, dat men voor levensbeëindigend handelen niet-op-verzoek dezelfde meldingsplicht wil instellen als voor levensbeëindiging op verzoek. Ook hiervan moet elk geval aan de rechter voorgelegd kunnen worden, die dan kan uitspreken of ook hier een beroep op overmacht aanvaard kan worden.

3. Argumenten

Het kabinet baseert dit voorstel tot een nieuwe wettelijke regeling omtrent levensbeëindigend handelen door een arts met handhaving van de strafbaarheid hiervan op twee argumenten:

1. op de medische ethiek en
2. op de praktijk van toepassing van levensbeëindigend handelen zoals beschreven in het rapport van de commissie Remmelink.

We willen op beide punten ingaan.

3.1 De (?) medische ethiek

3.1.1 Het kabinet stelt dat euthanasie, hulp bij zelfdoding, en eventueel levensbeëindiging

zonder een verzoek in overeenstemming zijn met de huidige medische ethiek. Dit is onjuist. Dé medische ethiek bestaat niet. Er is een verscheidenheid aan ethische standpunten en theorieën en opvattingen. Dat momenteel in Nederland wellicht een meerderheid van artsen en ethici euthanasie onder bepaalde omstandigheden gerechtvaardigd acht, maakt die opvatting nog niet tot *het* standpunt van *de* medische ethiek. In voorzover bekend alle andere landen in de wereld acht een meerderheid van de artsen in elk geval legalisering van euthanasie ongewenst. Het kabinet kan zich dus voor zijn standpunt niet baseren op de medische ethiek, hooguit op de huidige overheersende medische moraal in Nederland in dit opzicht.

3.1.2 Ditzelfde geldt voor de jurisprudentie, waarin ook herhaaldelijk naar de "geldende medische ethiek" wordt verwezen. Vanzelfsprekend kan in het algemeen gesproken de rechter de arts niet voorschrijven hoe hij moet handelen en dat dus de rechtspraak moet nagaan, hoe de medische beroepsgroep over bepaalde handelwijzen van artsen oordeelt. Tegelijkertijd is het duidelijk dat het recht en de jurisprudentie ook aan het handelen van artsen het kader moeten geven dat de rechtsbescherming van de burgers waarborgt. Omdat het hun eigen handelen betreft, kan dit kader nooit geheel worden bepaald en desgewenst bijgesteld door de medische beroepsgroep zelf. Dit geldt te meer waar het beëindiging van het leven van patiënten betreft. Het kan toch niet juist zijn dat de beroepsgroep de normen vaststelt en de controle uitoefent op de naleving daarvan, waar het gaat om overschrijding van het normale medische handelen. Echter, de wijze waarop het kabinet deze kwestie, in navolging van de jurisprudentie, nu wil regelen, betekent in feite dat:

- de artsen (de beroepsgroep) de normen bepalen ten aanzien van medische beslissingen met betrekking tot levensbeëindiging,
- een arts de levensbeëindigende handeling verricht, na consultatie van een collega,
- deze arts zelf achteraf zijn handelen beoordeelt en dit meldt door middel van een formulier,
- een andere arts (de lijkschouwer) en eventueel een volgende arts (de Inspecteur Volksgezondheid) dit handelen controleren,
- pas dan de Officier van Justitie er (eventueel) bij wordt betrokken.

Hierbij moet nog bedacht worden dat ook volgens het rapport-Remmelink (p. 44) opzettelijke levensbeëindiging door de arts niet als "medisch handelen" mag worden aangemerkt. M.a.w. de arts die hiertoe overgaat overschrijdt de grenzen van zijn beroep, waarbij alleen de erkenning van zijn beroep op 'noodtoestand' (art. 40 Str.) zijn daad gerechtvaardigd kan doen verklaren.

Wij achten de door het kabinet voorgestane regeling dan ook in strijd met de handhaving van de rechtsstaat. Op geen enkel ander samenlevingsterrein waarmee leven en gezondheid is gemoeid, wordt zo gehandeld. Men laat bijv. de chemische industrie toch niet zelf de maxima bepalen van milieu-aantastende uitstoot of afvloeiing in oppervlaktewater en controleert toch van overheidswege streng de naleving der normen? Er zijn ons geen gevallen bekend waarin de controle van overheidswege op de naleving der wet door burger of beroepsgroep door diezelfde overheid zodanig wordt verzwakt en teruggedrongen als in dit kabinetsstandpunt wordt voorgesteld. En hier gaat het om een reeds duidelijk blijkende overtreding van een der zwaarste artikelen van de Strafwet. Dit gaat zelfs zover dat de regel dat de Officier van Justitie vervolgt tenzij er gewichtige redenen zijn om daarvan af te zien, voor deze gevallen vervangen wordt door de regel dat de Officier van Justitie niet vervolgt, tenzij er aperte aanwijzingen zijn van onverantwoorde nalatigheden van de arts in zijn levensbeëindigend handelen.

Hierbij komt nog het volgende. In het kabinetsstandpunt wordt het arrest van de Hoge Raad van 27 november 1984 aangehaald. In dit arrest stelt de Hoge Raad dat in het toen betreffende geval van euthanasie de arts "de plichten en belangen welke in het onderhavige geval tegenover elkaar stonden, zorgvuldig tegen elkaar heeft afgewogen en daarbij een keuze heeft gemaakt, welke - objectief beschouwd en gelet op de zich te dezen voordoende bijzondere omstandigheden - gerechtvaardigd was" (kabinetsstandpunt p. 1). Deze uitspraak kan verstrekken gevolgen hebben. Het ligt voor de hand dat de

aandachtspunten die in het kader van de meldingsplicht zijn geformuleerd, in de praktijk gaan functioneren als een omschrijving van de "bijzondere omstandigheden" in bovengenoemde uitspraak, zoals dat nu reeds het geval is met de in de jurisprudentie geformuleerde zorgvuldigheidseisen. Het valt te vrezen, dat vervolgens de stap van een keuze die objectief gerechtvaardigd is tot een keuze die onder die "bijzondere omstandigheden" dé juiste manier van handelen is, niet zo groot zal blijken te zijn. Dit zou gaan betekenen dat er in feite voor artsen die principieel bezwaren hebben tegen de uitvoering van euthanasie geen volwaardige plaats meer zou zijn in de gezondheidszorg. (De eerste signalen van een dergelijke ontwikkeling in de praktijk kunnen reeds vernomen worden).

3.2 Euthanasiepraktijk

3.2.1 Op grond van het rapport van de commissie R Emmelink gaat het kabinet ervan uit dat in Nederland "een beschaafde euthanasiepraktijk" kent. Dat wil zeggen dat artsen over het algemeen gesproken alleen in terminale situaties en in overeenstemming met de zorgvuldigheidsvereisten euthanasie of levensbeëindiging niet-op-verzoek zouden toepassen. Een wettelijke regeling van euthanasie met inachtneming van de genoemde zorgvuldigheidseisen acht het kabinet daarom verantwoord.

Bestudering van de resultaten van het onderzoek dat in opdracht van de commissie R Emmelink is uitgevoerd, laat een dergelijke optimistische conclusie echter beslist niet toe. Per jaar vindt bij 2300 patiënten euthanasie plaats, bij 400 hulp bij zelfdoding en bij ruim 1000 levensbeëindiging zonder een uitdrukkelijk verzoek daartoe. Daarnaast wordt door artsen in 1350 gevallen de medicatie bij pijnbestrijding sterk opgevoerd met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen en wordt in 3600 gevallen een behandeling gestaakt of niet ingezet, eveneens met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen. Daarenboven past bij omstreeks 11000 patiënten de arts één of beide van de laatstgenoemde handelwijzen toe *mede* met het doel het levenseinde te bespoedigen (zie Tabel p. 5 van dit rapport). Dit gebeurt vaak zonder overleg met de patiënt. In bijna éénderde (intensivering pijnbehandeling) tot ongeveer tweederde (staken/ niet instellen) van het aantal gevallen wordt het leven van de patiënt naar schatting bekort met meer dan één week. Daarbij moet bedacht worden dat ook volgens de Hoge Raad levensbeëindiging als zodanig niet tot normaal medisch handelen en dus niet tot de 'gewone' zorgplicht behoort (zie rapport Com. R Emmelink, p. 29). Het is dan ook onduidelijk in hoeveel van de gevallen bij de twee genoemde groepen van patiënten er feitelijk sprake is geweest van euthanasie. Onduidelijk is dan eveneens in hoeverre bij deze gevallen van euthanasie aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, temeer daar genoemd rapport aantoont dat allerm minst in alle gevallen de zorgvuldigheidseisen strikt in acht worden genomen.

Bovendien oordeelde de Hoge Raad dat een arts voor levensbehoud moet kiezen in een niet-terminale fase van een ziekteproces, waarin niet op korte termijn een verslechtering te verwachten is (zie kabinetsstandpunt, p. 2). Het begrip terminaal is evenwel niet eenduidig gedefinieerd; verschillende disciplines hebben daarvan een verschillende omschrijving. In een recente literatuurstudie over terminale zorg wordt gesteld dat ziekenhuizen en verpleeghuizen aangeven dat terminale zorg begint wanneer er geen medisch-therapeutisch beleid meer is, of als de arts het zegt [1]. In die studie wordt van de terminale fase gezegd: "...deze fase wordt gekenmerkt door achteruitgang van conditie en lichamelijke functies. In deze fase kunnen zich naast perioden van stilstand ook lichte verbeteringen voordoen. De duur van de terminale fase kan variëren van enige weken tot twee à drie maanden" [2]. Tevens stelt men dat terminale zorg in het algemeen wordt begrensd tot een periode van maximaal 6 tot 8 weken [3]. Het is niet aan te nemen dat de Hoge Raad en het kabinet van mening zijn dat bij patiënten in een terminale fase als hierboven omschreven levensbeëindiging gerechtvaardigd is. Maar wat is in de uitspraak van de Hoge Raad, die voor het kabinetsstandpunt mede bepalend is, dan de betekenis van de uitdrukking "niet-terminale fase van een ziekteproces"? De formulering die het kabinet in navolging van de commissie R Emmelink hanteert in de bespreking van levensbeëindiging niet-op-verzoek, nl. een "situatie waarin sprake is van een onomkeerbaar elkaar beïnvloedend beginnend falen van vitale functies", duidt erop dat

men met 'terminale fase' in feite bedoelt: 'stervensfase'. Hiervan zegt de eerdergenoemde literatuurstudie: "de stervensfase wordt gekenmerkt door een meestal snelle achteruitgang van de conditie en lichamelijke functies. Deze fase duurt veelal enkele uren tot enkele dagen" [4]. Maar als dit zo wordt opgevat dan blijkt de praktijk hier helemaal niet aan te voldoen. Volgens het onderzoek verricht in opdracht van de commissie R Emmelink blijkt dat bij patiënten bij wie euthanasie is toegepast de behandelend arts zelf in 42% van de gevallen schatte dat de patiënt 1-4 weken had te leven, dat 21% langer dan 1-6 maanden en 8% langer dan een half jaar had te leven. Deze verkeerden dus niet in een stervensfase en voor een aanzienlijk gedeelte ook niet in een terminale fase. De praktijk is dus helemaal niet zo "beschaafd" als het kabinet lijkt te veronderstellen. (Hiermee wil beslist niet ontkend worden dat in de terminale fase en de stervensfase vaak een terughoudend medisch beleid geïndiceerd is; het gaat erom wat proportioneel medisch handelen is en met welke intentie de arts handelt).

Hoe men de verschillende fasen ook zou willen definiëren, duidelijk is wel dat in de praktijk t.a.v. de medische beslissingen rond het levenseinde grote onduidelijkheid heerst die een effectieve controle onmogelijk maakt.

3.2.2 Ook het kabinetsstandpunt zelf bevat op het punt van de definities grote onduidelijkheden. Het kabinet lijkt zich met betrekking tot de definitie van euthanasie aan te sluiten bij de commissie R Emmelink die de definitie van de Staatscommissie Euthanasie heeft gebruikt, nl. "euthanasie is het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene op diens verzoek". De commissie R Emmelink rekent evenwel het verhogen van de medicatie voor pijnbestrijding en het staken van behandelingen, beide met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen, niet tot euthanasie. De meldingsplicht voor artsen, waaraan het kabinet nu een wettelijke basis wil geven, geldt alleen euthanasie, hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging niet-op-verzoek (p. 5,6 van het kabinetsstandpunt en de Memorie van Toelichting). De twee zojuist genoemde vormen van levensbeëindigend handelen zouden dan niet onder de meldingsplicht vallen. Anderzijds omschrijft het kabinetsstandpunt, in navolging van de commissie R Emmelink, welke handelingen tot normaal handelen gerekend kunnen worden en *niet* als euthanasie of levensbeëindiging beschouwd moeten worden (kabinetsstandpunt p. 5). Het gaat in elk geval om:

- a) niet instellen/staken van de behandeling op verzoek van de patiënt;
- b) niet instellen/staken van een medisch zinloze behandeling;
- c) pijn-/en symptoombestrijding met als eventueel bijkomend gevolg verhaasting van het overlijden

Duidelijk is dat geïntensiveerde pijnbestrijding en het staken van behandelingen met het uitdrukkelijke doel het leven te bekorten, niet vallen onder deze omschrijving van wat *niet* euthanasie is, maar volgens de commissie R Emmelink vallen ze ook niet onder de definitie van wat *wel* euthanasie is noch van actieve levensbeëindiging niet-op-verzoek. Maar hoe moeten die handelingen dan beoordeeld worden? Geldt voor deze vormen van medisch handelen nu ook de meldingsplicht of niet? Zo ja, dan moeten ze kennelijk beschouwd worden als niet behorend tot normaal medisch handelen en is de praktijk van medische beslissingen rond het levenseinde aanzienlijk ernstiger dan de commissie R Emmelink en ook het kabinet het voorstelt en verkeert men bovendien in een volledige verwarring van definities. Zo nee, dan zal de meldingsplicht voor euthanasie, hulp bij zelfdoding, en levensbeëindiging niet-op-verzoek de praktijk van levensbeëindigend handelen niet zichtbaar en voor Justitie toetsbaar maken. Immers, met intensivering van de pijnbestrijding en staken van behandelingen met het uitdrukkelijke doel het leven te bekorten, zal in de praktijk meestal het levenseinde bewerkstelligd kunnen worden. (Om aan de meldingsplicht te ontkomen zal men het levensbeëindigend handelen dan veelal kwalificeren als intensivering van pijnbestrijding en/of staken van behandelingen. (Hoezeer artsen geneigd zijn toetsing van levensbeëindigend handelen door Justitie te vermijden, blijkt ook uit recent onderzoek van Van der Wal e.a. [5]). Van de door de bewindslieden - op zichzelf terecht - gewenste toetsbaarheid van beslissingen met betrekking tot levensbeëindiging zal dan niets terechtkomen.

Geconstateerd moet dus worden dat zowel de medisch-ethische als de juridische fundering van het kabinetsstandpunt geheel ondeugdelijk zijn.

4. Wilsonbekwame mensen

Op een belangrijk punt in het kabinetsstandpunt moet nog nader worden ingegaan. De verschillende voorstellen tot wettelijke regeling van euthanasie hadden tot nu toe alleen betrekking op levensbeëindiging op verzoek. De meeste pleidooien ten gunste van medisch-ethische aanvaarding en wettelijke regeling van euthanasie beperkten zich tot voor kort ook tot levensbeëindiging op verzoek. Ook in het huidige kabinetsstandpunt wordt als motivatie tot deze wettelijke regeling genoemd:

- a) De taak der overheid die inhoudt: "dat zij verantwoordelijkheid aanvaardt voor de effectieve bescherming van het menselijk leven, ook in zijn kwetsbare slotfase",
- b) Dat de overheid zich rekenschap moet geven "van de wens van patiënten om waardig te sterven en ondraaglijk lijden te bekorten en deze wens serieus te nemen" (kabinetsstandpunt p. 1,4).

Echter, de overheid gaat in dit voorstel veel verder dan het "serieus nemen van de wens van patiënten om waardig te sterven". In navolging van een aanbeveling van de commissie Rimmelink wil het kabinet niet alleen euthanasie en hulp bij zelfdoding maar ook "actief medisch ingrijpen door een arts ter bekorting van het leven zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt" opnemen in de meldingsplicht van de arts. Blijkens het rapport van de commissie Rimmelink komt dit levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt in Nederland ruim 1.000 maal per jaar voor (overigens kan men uit de resultaten van het prospectief onderzoek bij artsen opmaken dat dit aantal ook tweemaal zo hoog kan zijn).

De commissie Rimmelink stelt dan ook voor om naast de drie eerder genoemde handelwijzen die niet tot levensbeëindigend handelen gerekend moeten worden (zie 3.2.2), een vierde toe te voegen, nl.: "actieve levensbeëindiging door een arts in het kader van stervenshulp zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt, in een situatie waarin sprake is van een onomkeerbaar elkaar beïnvloedend beginnend falen van vitale functies" (kabinetsstandpunt p. 5). Deze formulering doet vermoeden dat de commissie hierbij denkt aan levensverkorting in de acute stervensfase. Hierbij kunnen de volgende kanttekeningen worden gemaakt:

- a) Blijkens de hierboven gegeven omschrijving duurt een stervensfase hooguit enkele dagen. Uit de resultaten van het rapport van de commissie Rimmelink blijkt evenwel dat de mate van levensbekorting ten gevolge van levensbeëindigend handelen zonder verzoek in 21% van de gevallen één tot vier weken was en in 8% van de gevallen zelfs meer dan 1 maand. In deze gevallen was dus niet sprake van een stervensfase.
- b) Het is o.i. onjuist om in de omschrijving van handelwijzen die niet tot levensbeëindigend handelen worden gerekend ook maar enigerlei vorm van actieve levensbeëindiging op te nemen, zoals - in navolging van de commissie Rimmelink - wel wordt voorgesteld in het kabinetsstandpunt (pnt 5.1) m.b.t. "actieve levensbeëindiging door een arts in het kader van stervenshulp zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt in een situatie waarin sprake is van een onomkeerbaar elkaar beïnvloedend beginnend falen van vitale functies". Bovendien is er dan geen enkel argument om dit te beperken tot wilsonbekwame patiënten.

Tevens achten wij het onjuist hier de term "stervenshulp" in te voeren. Dit begrip moet het geheel weergeven van alle hulp en begeleiding bij het stervensproces zonder daadwerkelijk doden. Indien men dit niet duidelijk onderscheidt, sticht men diep-ingrijpende verwarring.

Het valt op zichzelf te waarderen dat het kabinet op dit punt minder ver gaat dan de commissie Rimmelink, en ook de reeds bestaande praktijk in dit opzicht niet expliciet goedkeurt, gezien het feit dat het "het dan ook gewent (acht) dat de rechter zich in deze kan uitspreken" (kabinetsstandpunt p. 5).

Toch gaat het kabinet met dit voorstel naar onze overtuiging reeds duidelijk te ver en is het ook inconsequent. Levensbeëindiging niet-op-verzoek wordt niet onomwonden afgewezen. Het kabinet wil hiervoor eenzelfde meldingsplicht van toepassing laten zijn als voor euthanasie. De reden hiervoor is de wens ook voor deze vorm van levensbeëindigend handelen in principe toetsing door Justitie mogelijk te maken. Binnen het kader van het kabinetsstandpunt zou deze toetsing vanuit twee verschillende invalshoeken kunnen plaatsvinden.

a) Levensbeëindigend handelen behoort niet tot normaal medisch handelen, maar in geval van 'noodtoestand' kan, evenals bij euthanasie, onder omstandigheden een beroep op 'overmacht door de rechter gehonoreerd worden. De toetsing betreft hier het beroep op overmacht. Door instelling van eenzelfde meldingsplicht als voor euthanasie geeft het kabinet in feite te kennen een dergelijke gang van zaken niet uit te sluiten.

Nu is een beroep op het overmachtsartikel altijd mogelijk en is het aan de rechter na te gaan of dat in het concrete geval gerechtvaardigd is. Het valt echter te vrezen dat, wanneer de nu voorgestelde meldingsplicht zou worden ingesteld, de zorgvuldigheidseisen voor levensbeëindigend handelen niet-op-verzoek in feite zullen gaan functioneren als een omschrijving van de omstandigheden en voorwaarden waaronder een beroep op 'overmacht' door de rechter erkend zal worden, zoals dat nu reeds het geval is bij euthanasie. Aan het exclusieve karakter van het begrip 'overmacht' zou dan geen recht worden gedaan (zie verder par.7 pnt b, p.29).

b) Levensbeëindigend handelen kan, zoals de commissie Rimmelink stelt, onder omstandigheden beschouwd worden als 'stervenshulp', een vorm van normaal medisch handelen. Het kabinetsstandpunt sluit deze mogelijke opvatting niet uit. Eventuele rechterlijke toetsing zou in dit geval de vraag betreffen of de omstandigheden die 'stervenshulp' rechtvaardigden. Echter, binnen deze opvatting is de instelling van een meldingsplicht tegenstrijdig. Waarom zou een bepaalde "normale medische handeling" per definitie gemeld moeten worden? Voor de andere vormen van normaal medisch handelen geldt toch ook geen meldingsplicht? En voor euthanasie en hulp bij zelfdoding wil men nu juist een meldingsplicht invoeren omdat het daarbij *niet* gaat om normaal medisch handelen. Om dezelfde reden gaat ook het argument dat men wil dat de rechter zich over deze vorm van levensbeëindiging uitspreekt, niet op. Of het gaat om normaal medisch handelen en dan is een meldingsplicht buiten de orde (afwijkingen van 'goed medisch handelen' kunnen zo nodig immers altijd al voor het Medisch Tuchtcollege of zelfs de rechter worden gebracht); óf het gaat, in elk geval wanneer nog niet sprake is van een onmiddellijke stervensfase - en over dit begrip bestaat grote onduidelijkheid - niet om normaal medisch handelen. Het enige juridische argument om aanvaarding hiervan door de rechter open te laten kan zijn dat iedereen voor de rechter een beroep kan doen op 'overmacht'; de bezwaren hiertegen in dit verband zijn naar voren gebracht in punt a) hierboven.

We moeten dan ook constateren dat het kabinetsstandpunt ófwel zich in onduidelijkheid en tegenspraak verstrikt, ófwel inhoudt dat de overheid (incl. de rechtelijke macht) één bepaalde beroepsgroep de facto de bevoegdheid geeft het leven van andere onderdanen te beëindigen. (Hierboven zagen we reeds hoe zeer de uitvoering en de controle op levensbeëindiging, al dan niet op verzoek, bij de medische beroepsgroep gelegd wordt). Dit laatste is, in elk geval zoals het nu geregeld wordt, in strijd met artikel 11 van de Grondwet (bescherming lichamelijke integriteit) en met verschillende ook door Nederland ondertekende internationale verdragen (o.a. EVRM art. 3; zie ook [6]).

5. Toetsing

De bewindslieden zeggen de inachtneming van zorgvuldigheidseisen door artsen, alsmede de mogelijkheid tot toetsing hiervan, van buitengewoon belang te achten. De regeling is echter zodanig dat toetsing buitengewoon moeilijk en vervolging zeer onwaarschijnlijk zal zijn. Dit komt naar voren uit de volgende punten:

- De arts die een geval van euthanasie, hulp bij zelfdoding of levensbeëindiging zonder

uitdrukkelijk verzoek meldt, is dezelfde als de arts die de handeling heeft verricht, en van niemand kan verwacht worden dat hij meewerkt aan zijn eigen veroordeling. Mede gezien de onduidelijkheid welke handelingen nu tot normaal medisch handelen gerekend zouden moeten worden en welke handelingen vallen onder de meldingsplicht (zie par. 3.2), is het onwaarschijnlijk dat artsen levensbeëindigend handelen bij patiënten inderdaad zullen melden, behalve wanneer zij zeker zijn geen enkel risico op vervolging te lopen.

- De Gemeentelijke lijkschouwer kan bij een uitwendig onderzoek niet vaststellen of de behandelend arts het formulier naar waarheid heeft ingevuld.
- Ook als de verklaring van de Gemeentelijke lijkschouwer daartoe aanleiding zou kunnen geven, wordt de Officier van Justitie in feite ontmoedigd om tot vervolging over te gaan; het kabinet laat in dit voorstel weten er voorstander van te zijn "om in alle gevallen waarbij ook maar enige twijfel aanwezig is of tot nader onderzoek c.q. tot vervolging moet worden overgegaan, eerst overleg gepleegd wordt met de Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid (een arts), teneinde diens mening over het concrete geval te vernemen" (kabinetsstandpunt p. 7).
- In situaties waarin het Openbaar Ministerie dan toch meent tot eigen toetsing te moeten overgaan, en daartoe dus directe aanleiding moet bestaan, stelt het kabinet "het onder deze omstandigheden onjuist (te) achten wanneer het verloop van de toetsing in de tweede linie desalniettemin op zichzelf al de suggestie zou wekken, als zou dit medisch handelen een strafbaar karakter dragen", (Concept-nota van toelichting kabinetsbesluit). Hoe verhoudt deze opmerking zich tot het voornemen het verbod op euthanasie e.d. in het Wetboek van Strafrecht te handhaven?

Hoe ongerijmd het is dat een effectieve controle hier zo moeilijk gemaakt wordt, wordt vooral duidelijk als we deze regeling vergelijken met de wettelijke voorschriften ten aanzien van geestelijk gestoorden, van wie opname in een psychiatrische inrichting wordt overwogen. In dit geval mag opname alleen geschieden na een persoonlijk onderzoek van de rechter en diens verlof daartoe voorafgaande aan de gedwongen opname. In het onderhavige kabinetsvoorstel gaat het niet 'slechts' om vrijheidsberoving van de patiënt maar om diens leven. Toch is hierbij slechts sprake van een controle door Justitie achteraf, dus wanneer de patiënt, die bovendien de hoofdgetuige is, inmiddels is overleden.

Het kabinet meent op grond van het rapport van de commissie Rummelink te kunnen concluderen dat artsen er behoefte aan hebben van hun handelen verantwoording af te leggen. Uit het onderzoek verricht t.b.v. de commissie Rummelink blijkt echter dat onder artsen de bereidheid om ieder geval van euthanasie door (een) collega('s) te laten toetsen weliswaar vrij groot is, maar dat de bereidheid tot toetsing door Justitie veel geringer is (omstreeks een kwart van de artsen; zie ook [5]). Bovendien is de overgrote meerderheid van de artsen voorstander van een wettelijke regeling van euthanasie, maar dan zou daarin wel de absolute garantie moeten worden geboden dat euthanasie, verricht volgens de vastgestelde zorgvuldigheidsvereisten, niet tot vervolging zal leiden.

Het lijkt er dan ook op dat de nu voorgestelde regeling eerder tegemoet komt aan de wens tot *rechtszekerheid* van artsen die onder omstandigheden levensbeëindigend handelen, dan aan de noodzaak tot effectieve bescherming van het menselijk leven, ook in zijn kwetsbare slotfase.

6. Quo vadis?

Het kabinet vraagt in deze regeling eigenlijk het onmogelijke van artsen. Het is duidelijk dat bij hun beroepsuitoefening artsen in bijzonder moeilijke situaties kunnen terechtkomen. De druk van patiënten, maar vaker nog van familieleden, om lijden, in welke vorm dan ook, te beëindigen door leven te beëindigen kan groot worden. Daarbij komt nog de sterke neiging van de arts, om hoe dan ook daadwerkelijk te helpen. Het kabinet vraagt dat een arts in elk van die situaties een zeer zorgvuldige en gewetensvolle afweging maakt van de situatie, van zijn overwegingen om tot levensbeëindiging over te gaan en van de wijze waarop hij dat doet, en dat hij dit alles waarheidsgetrouw (dus niet

maar volgens zijn subjectieve beleving) zal melden, daarbij eraan meewerkend dat zijn handeling justitieel getoetst en hij eventueel vervolgd zal worden.

Wij achten het wel zeer onwaarschijnlijk dat artsen dit kunnen opbrengen. Niet omdat artsen slechter zijn dan andere mensen, maar omdat ze ook niet beter zijn. Om levensbeëindiging (van wilsonbekwame patiënten) door artsen onder voor Justitie oncontroleerbare omstandigheden te voorkomen is het allereerst noodzakelijk dat artsen in hierboven omschreven moeilijke situaties handelen vanuit de vaste overtuiging, gedragen door wetgeving en jurisprudentie, dat doden van een mens, ook op diens eigen verzoek en ook bij ernstig lijden, niet is geoorloofd en krachtens de taak van de overheid tot bescherming van het leven door Justitie vervolgd zal worden.

Voortgaan op de in de praktijk reeds ingeslagen weg, die door het kabinetsstandpunt in feite wordt gesteund, zal ons m.b.t. het doden van de "onvolwaardige" medemens steeds verder doen gaan. Het rapport van de commissie R Emmelink toont aan dat het zelfbeschikkingsrecht, waarop de ontwikkeling van het accepteren van levensbeëindiging-op-verzoek berust, zomaar losgelaten kan worden om ook levensbeëindiging te kunnen rechtvaardigen van hen die hun wil niet of niet meer kunnen vormen of uiten. Dit vormt een rechtstreekse bedreiging voor die duizenden in ons land die in die toestand verkeren: baby's, jonge kinderen, verstandelijk gehandicapten, comapatiënten, psychiatrische patiënten, dementen enz.

Wat betreft levensbeëindiging op verzoek dat, zoals gezegd, uitgaat van het zelfbeschikkingsrecht, moet gevreesd worden voor een belangrijke uitbreiding der aantallen verzoeken: het zelfbeschikkingsrecht streeft naar zijn aard en wezen naar een volstrekt eigen verantwoordelijkheid, ook op het gebied van levensbeëindiging. D.w.z. dat er op den duur geen grens erkend zal worden waarbij anderen bepalen of levensbeëindiging aanvaardbaar is of niet, en ook niet wie er in aanmerking zou mogen komen om deze levensbeëindiging te bewerkstelligen. Beperking tot de arts wordt dan een zaak van - waar nodig - inroepen van deskundigheid; indien deze deskundigheid niet noodzakelijk is, kan ieder "deze dienst bewijzen". En waarom zou de arts dan wel vrijuit gaan, en die "ander" niet?

Het is o.i. dan ook dringend nodig dat de overheid paal en perk stelt aan deze ontwikkeling (zie verder par. 7).

Wanneer dit niet gebeurt zal weer een situatie ontstaan zoals die in vroeger tijden wel bestond, waarin men er bij de arts (toen medicijnman/priester) moeilijk zeker van kon zijn of hij zijn kennis zou aanwenden ten dode of ten leven.

Of, om het nog heel anders te zeggen, voortgaan op de huidige weg zal ons voeren tot een verwezenlijking van het schrikbeeld van Nietzsche ten aanzien van de "laatste mensen".

Nietzsche schrijft daarvan:

"Seht! Ich zeige euch den letzten Menschen. 'Was ist Liebe? Was ist Schöpfung? Was ist Sehnsucht? Was ist Stern?' so fragt der letzte Mensch und blinzelt.....

'Wir haben das Glück erfunden' - sagen die letzten Menschen und blinzeln..... Krankwerden und Misstrauen haben gilt ihnen sündhaft: Man geht achtsam einher. Ein Tor, der noch über Steine oder Menschen stolpert! Ein wenig Gift ab und zu: das macht angenehme Träume. Und viel Gift zuletzt, zu einem angenehmen Sterben.....

Man wird nicht mehr arm und reich: beides ist zu beschwerlich. Wer will noch regieren? Wer noch gehorchen? Beides ist zu beschwerlich. Kein Hirt und eine Herde! Jeder will das Gleiche, jeder ist gleich: Wer anders fühlt, geht freiwillig ins Irrenhaus.

'Ehemals war alle Welt irre' sagen die Feinsten und blinzeln.....

Man hat sein Lüstchen für den Tag und sein Lüstchen für die Nacht: aber man ehrt die Gesundheit. 'Wir haben das Glück erfunden' - sagen die letzten Menschen und blinzeln."

De overheid noch de medische professie zal dit willen, maar men zal om dit te voorkomen het beleid drastisch moeten veranderen.

7. Andere weg

Tegelijkertijd beseffen wij heel goed dat gezien de inmiddels gegroeide ongecontroleerde en oncontroleerbare praktijk van levensbeëindigend handelen door artsen, de overheid op dit punt een initiatief moet nemen. Wij willen een globaal voorstel doen met betrekking tot de hoofdlijnen van een dergelijk initiatief.

- 1) De overheid handhaaft, en 'herbevestigt' daarmee het verbod tot levensbeëindigend handelen door een arts, al dan niet op verzoek van een patiënt, in het Wetboek van Strafrecht.
- 2) In de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst (WUG) of in het Wetsontwerp op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGB) worden een aantal handelwijzen van een arts genoemd welke niet gerekend moeten worden tot levensbeëindigend handelen. Dit betreft:
 - i. Het niet instellen/staken van een behandeling op uitdrukkelijk en ernstig verlangen van de patiënt. Mogelijk is het vermelden hiervan als niet-levensbeëindigend handelen overbodig: het is immers de consequentie van de toestemmingsvereiste voor de medische behandeling welke geregeld wordt in de WGB.
 - ii. Het niet instellen/staken van de behandeling in gevallen waarin deze behandeling medisch zinloos is. Het begrip medisch zinloos behoeft dan nadere uitwerking. Hierbij dient de vraag naar de zin van de behandeling voor het leven van de patiënt centraal te staan en niet de vraag naar de zin van het leven van de patiënt. Wij zijn hier elders nader op ingegaan en doen dat nu verder niet [7]. Ook zou hierbij een bepaling moeten worden opgenomen dat de (kunstmatige) toediening van voedsel en vocht alleen medisch zinloos geacht kan worden indien deze toediening zelf de patiënt meer bezwaart dan dient (niet proportioneel is).
 - iii. Pijn/en of symptoombestrijding welke als bijkomend gevolg een mogelijke verkorting van het leven betekent. Hiertoe kunnen onzes inziens ook die extreme gevallen gerekend worden waarin een arts in een acute stervenssituatie, om hevig lijden van de patiënt te voorkomen, zich genoodzaakt ziet zodanig intensieve pijn- dan wel symptoombehandeling toe te passen dat het vrijwel zeker is dat de patiënt op korte termijn komt te overlijden. Wij denken hierbij vooral aan patiënten die kunstmatig beademd worden en bij wie de beademing als medisch zinloos wordt gestopt en die daardoor in een verstikkingsproces van enkele minuten tot enkele uren zouden terechtkomen indien niet ook op andere wijze zou worden ingegrepen. Vanwege hun uitzonderlijke en extreme karakter mogen en behoeven dergelijke situaties geen aanleiding te zijn tot speciale wetgeving. Voor al zijn handelen moet een arts zich desgevraagd kunnen verantwoorden.
- 3) Het Openbaar Ministerie geeft aan de Officieren van Justitie opdracht tot een actief opsporings- en vervolgingsbeleid. Overigens dient dit op zo discreet mogelijke wijze plaats te vinden.

Mochten kabinet en parlement onverhoopt toch een regeling willen volgens de juridische constructie van het huidige kabinetsstandpunt, dan zouden daarin tenminste de volgende punten verdisconteerd moeten worden.

- a) Behalve dat vastgelegd wordt wat niet euthanasie is dienen in de vast te leggen definitie van euthanasie (punt 2.1 van het kabinetsstandpunt) alle vormen van opzettelijk levensbeëindigend handelen begrepen te zijn, dus incl. levensbeëindigend handelen in de vorm van het staken van behandeling en het verhogen van de medicatie voor pijnbestrijding enz., indien deze het overlijden uitdrukkelijk of mede ten doel hebben.
- b) Dat levensbeëindigend handelen alleen niet tot veroordeling zal leiden op grond van art. 40 WvStr., wanneer sprake is van "stervensnood" of "onaanvaardbaar zwaar lijden in een uitzichtloze noodsituatie" (rapport-Remmelink p. 32, resp. p. 14). Genoemd wetsartikel is bedoeld om in strikt individuele gevallen het strafwaardige karakter van de overtreding van een wettelijk voorschrift te kunnen opheffen. Het leent zich niet

voor opheffing van strafwaardigheid in een algemene context, zoals gebeuren zou als het inachtnemen van zorgvuldigheidseisen en aandachtspunten voldoende zou zijn als rechtvaardigingsgrond ex. art. 40 WvStr. Daarmee zou geweld worden gedaan aan het wezen van dit artikel. Bovendien gaat het bij een beroep op dit wetsartikel in dit verband om de 'overmacht' waarin de arts zelf verkeert; het gaat om situaties waarin de arts, het lijden van de patiënt aanzien, zelf in de situatie verkeert - door hem als "noodsituatie" ervaren - dat hij in geweten niet anders meent te mogen doen dan het leven van de patiënt beëindigen. Duidelijk moet dus aangetoond worden dat die bepaalde arts in die bepaalde omstandigheden terecht zich op dat artikel beroept.

- c) Terwille van een effectieve controle zou de behandelend arts bij de melding aan de Gemeentelijke lijkschouwer aan de volgende voorschriften moeten voldoen:
- i. Voor het door een collega-arts uit te brengen oordeel is een specialist in palliatieve zorg uitgenodigd bij ernstige lichamelijke klachten en een psychiater bij zwaarwegende psychische problemen.
 - ii. Tevens is het oordeel ingewonnen van een geestelijk raadsman indien de patiënt een binding heeft met een godsdienstige of levensbeschouwelijke gemeenschap.
 - iii. Al degenen wier oordeel is gevraagd hebben dit oordeel uitgebracht na een persoonlijk bezoek aan de patiënt.
 - iv. Deze oordelen zijn schriftelijk vastgelegd, en worden tezamen met het verslag van de levensbeëindigende arts aan de lijkschouwer en daarna aan de Officier van Justitie toegezonden.
 - v. Elk beroep van een arts op zijn medisch beroepsgeheim tegenover de Officier van Justitie wordt in deze gevallen uitgesloten.

Tot besluit:

"...want is eens de grens overschreden, houdt de geneesheer zich ééns gerechtigd over de noodzakelijkheid van een leven te beslissen, dan zijn er slechts trapsgewijze voortgangen nodig, om de onwaarde en, als gevolg daarvan, de onnodigheid van een mensenleven ook op andere gevallen toe te passen" [8].

Noten.

1. E. Galama, J. van Poppel en H. van den Borne. Terminale zorg: literatuurstudie. Tussenrapport II. IVA, Instituut voor Sociaal-wetenschappelijk onderzoek van de Katholieke Universiteit Brabant, 1991, p. 4.
2. Zie noot 1, p. 25,26.
3. Zie noot 1, p. 5.
4. Zie noot 1, p. 26. In de Joodse Halacha wordt gesteld dat een patiënt van wie verwacht wordt dat hij binnen 72 uur zal sterven, als stervende patiënt beschouwd kan worden; zie J.M.H. op 't Root. Medisch Contact 1986; 41, no. 22: 695.
5. G. van der Wal, J.Th.M. van Eijk, H.J.J. Leenen, C. Spreeuwenberg. De overlijdensverklaring en melding na euthanasie of hulp bij zelfdoding. Medisch Contact 1992;47, nr. 2, p. 43-47.
6. In de recente discussie over dit kabinetsstandpunt is hierop ook gewezen door: M. van Melle. Euthanasie-regeling bedreigt positie wilsonbekwamen. Trouw, 23 november 1991.
7. H. Jochemsen, D.J. Bakker, P. Blokhuis, W.L.H. Smelt. Niet behandelen en levensbeëindigend handelen. Medisch Contact 1990;45, nr. 43, p.1275-1276, en nr. 44, p.1305-1307.
 - a. Werkgroep Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut. Zorg voor comapatiënten. Medisch Contact 1991;46, nr. 49, p.1481-1483, en nr. 50, p.1518-1521.
8. Uitspraak van Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836); citaat overgenomen uit: G.A. Lindeboom. Euthanasie in historisch perspectief. Amsterdam: Rodopi, 1978, noot 25.

PUBLICATIES VAN HET PROF.DR. G.A. LINDEBOOM INSTITUUT:

Wetenschappelijke publicaties:

- De status van het menselijk embryo. Rapport no. 1 (door H. Jochemsen, W.G.M. Witkam, P. Blokhuis, G. Glas, E. Schuurman).
- In-vitro-fertilisatie. Een medische, een ethische en een juridische beschouwing. Rapport no. 2 (door W.G.M. Witkam, W.H. Velema, A.P. van der Linden).
- Ethische aspecten van de moderne gentechnologie. Rapport no. 3. (Symposiumbundel,1988).
- Prenatale diagnostiek. Ontwikkeling van het indicatiebeleid en opname in het ziekenfondspakket. Rapport no. 4 (door J.A. Spaan en H. Jochemsen).
- HIV-test versus genetische test. Rapport no. 5 (door H. Jochemsen en N. Wolswinkel).
- De HIV-test verplicht stellen of niet? Rapport no. 6 (door M. Daverschot en E.P. van Dijk).

Uitgegeven in de Lindeboomreeks:

(Buijten & Schipperheijn i.s.m. Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut)

- deel 2: W.G.M. Witkam, W.H. Velema, A.P. van der Linden. Reageerbuisbevruchting - verantwoord?
- deel 3: Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.) De grenzen bereikt. Over ethische vragen bijfinanciële begrenzing van de gezondheidszorg. Symposiumbundel met bijdragen van D. Post, H. Jochemsen, S. Strijbos, F.J.M. Werner, J. Douma.

Voorlichting:

- G. van Bruggen. Zorgen vóór de geboorte. Over aangeboren en erfelijke afwijkingen. Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut, Ede 1989.
- Zorgen vóór de geboorte (folder).