

Dit artikel voor PVH is een bewerking van een artikel verschenen over het gelijknamige onderwerp in het Katholiek Nieuwsblad: W.J. Eijk, "Ook bij gezonde mensen medische hulp bij zelfdoding?," Katholiek Nieuwsblad (2016), 21 oktober, pp. 4-5.10.

Straks ook medische hulp bij suïcide voor mensen die gezond zijn?*

Auteur: Mgr. Dr. W.J. Eijk

Op woensdag 12 oktober jl. werd iedereen verrast door een brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Schippers, en de minister van Veiligheid en Justitie, Van der Steur, gericht aan de voorzitter van de Tweede Kamer.¹ Beide ministers maakten daarin bekend dat het kabinet het voornemen heeft om een nieuwe wet uit te werken. Deze wet moet het mogelijk maken dat ook hulp bij suïcide wordt geboden aan mensen die niet lijden aan een medische aandoening of een combinatie van medische factoren, kortom ook aan mensen die eventueel gezond zijn.

1. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden zonder medische grondslag?

In 2002 werd de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (afgekort als WtL, ook wel kortweg Euthanasiewet genoemd) van kracht.² In beginsel zijn euthanasie en hulp bij suïcide nog steeds verboden. De Euthanasiewet maakt het echter voor een arts mogelijk euthanasie te verrichten of hulp bij suïcide te verlenen zonder te worden gestraft. Hiervoor moet hij voldoen aan een aantal zorgvuldigheidseisen. Een daarvan is dat hij overtuigd moet zijn dat het lijden van de patiënt ondraaglijk en uitzichtloos is (WtL, art. 2.1.b). Het lijden is uitzichtloos als er geen behandeling beschikbaar is waardoor het lijden kan worden weggenomen of verminderd. Dit is een objectief criterium. Of het lijden uitzichtloos is, zal de arts vooral beoordelen op basis van zijn deskundigheid. Dat het lijden ondraaglijk is, moet vooral de patiënt aangeven. Dit is in hoofdzaak een subjectief criterium. Binnen het kader van de Euthanasiewet gaat men er echter vanuit dat het ondraaglijk en uitzichtloos lijden wordt veroorzaakt door een medische aandoening of op zijn minst een combinatie van medische factoren (zoals artrose, rugklachten, slechthoerendheid, slechtziendheid, bedlegerigheid).³

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

¹ "Kabinetsreactie en visie voltooid leven," 12 oktober 2016:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/10/12/kabinetsreactie-en-visie-voltooid-leven>.

² "Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WtL) van 12 april 2001," *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden* (2001), nr. 194.

³ Vgl. *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. Standpunt van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)*, vastgesteld door het Federatiebestuur en in werking getreden op 23 juni 2011 (www.knmg.nl/zelfgekozen-levenseinde).

en ondraaglijk lijden door andere dan medische oorzaken en hun leven daarom ‘voltooid’ achten, wil het kabinet een nieuwe wet uitwerken.

Aan het begin van de jaren negentig wierp Drion, lid van de Hoge Raad, de gedachte op het bij wet mogelijk te maken dat artsen aan ouderen op hun verzoek middelen ter beschikking kunnen stellen die hen in staat stellen om hun leven te beëindigen op een moment dat ze zelf zouden kiezen.⁴ In 1998 beëindigde de PvdA-politicus Edward Brongersma zijn leven met een middel dat hem op zijn verzoek daartoe door zijn huisarts was verstrekt. Hij leed niet aan een ernstige lichamelijke of psychische aandoening, maar ging gebukt onder de afname van zijn lichamelijke krachten en eenzaamheid, om welke redenen hij zijn leven zinloos achtte. Omdat Brongersma niet leed aan een classificeerbare lichamelijke of psychische aandoening, werd zijn huisarts uiteindelijk door de Hoge Raad schuldig bevonden aan hulp bij zelfdoding, al werd hem geen straf opgelegd. Anderzijds sloot de Hoge Raad niet uit dat er ook in een situatie waarin er geen sprake is van een medische of psychische aandoening, sprake kan zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.⁵

In het verlengde van de door Drion opgeworpen gedachte en het Brongersma-arrest kwam een discussie op gang over de vraag of er ook geen wettelijke mogelijkheden zouden moeten worden gecreëerd voor euthanasie of hulp bij suïcide in het geval dat mensen hun leven willen (laten) beëindigen omdat zij ‘voltooid’ achten, zonder dat er een medische grondslag voor is. De door de KNMG ingestelde Commissie Dijkhuis, die overigens niet de uitdrukking ‘voltooid leven’ hanteerde, maar ‘lijden aan het leven’, kwam in 2004 tot de conclusie dat van het laatste sprake is wanneer mensen zonder dat zij een (doorslaggevende) somatische of psychiatrische aandoening hebben, duurzaam naar de dood verlangen, omdat ze geen of slechts een gebrekkige kwaliteit van leven ervaren.⁶ De Nederlandse Vereniging voor een vrijwillig levenseinde (NVVE) is van mening dat een ‘voltooid’ leven een aanvaardbare reden kan zijn voor levensbeëindigend handelen, vooral bij ouderen die voor zichzelf tot de slotsom komen dat hun leven aan waarde heeft ingeboet in zodanige mate dat zij er de voorkeur aan geven het te beëindigen, “zonder dat zij lijden aan een onbehandelbare ziekte of aandoening die met ernstig lijden gepaard gaat.”⁷

In 2010 publiceerde de initiatiefgroep Uit Vrije Wil een wetsontwerp dat op basis van een strafuitsluitingsgrond ruimte bood voor hulp bij suïcide bij mensen die de leeftijd van zeventig jaar hebben bereikt en een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam stervenwens hebben.⁸ De hulp bij suïcide zou moeten worden verleend door een ‘stervenshulpverlener’, die geen arts hoeft te zijn, maar bijvoorbeeld psycholoog, filosoof, geestelijk verzorger of verpleegkundige is. Voor stervenshulp zouden ook mensen in aanmerking komen die niet lijden aan een medische of psychiatrische aandoening, maar om andere redenen menen dat hun leven voltooid is. Er bleek in Haagse politieke kringen toentertijd weinig steun te zijn voor dit burgerinitiatief. Ook onder artsen bleek er weinig enthousiasme te bestaan om hulp bij suïcide te verlenen aan mensen die hun leven voltooid achten, maar niet lijden aan een medische aandoening die met ondraaglijk en uitzichtloos lijden gepaard gaat. Het opiniepanel van het televisieprogramma *Een Vandaag* hield er van 21 tot 27 juli 2011 een enquête over onder 800 huisartsen: slechts 20 procent van hen bleek bereid hulp bij suïcide te verlenen aan

⁴ H. Drion, “Het zelfgewilde einde van oudere mensen,” *NCR/Handelsblad* (1991), 19 oktober, p. 8.

⁵ Hoge Raad 24 december 2002, Landelijk Jurisprudentie Nummer (LJN): AE8772.

⁶ Commissie Dijkhuis, *Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven*, Utrecht, 2004, speciaal p. 15.

⁷ M. Peeters, *Onderzoek naar (hulp bij) zelfdoding op basis van voltooid leven in verzorgingshuizen*, NVVE, Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde, 2010, p. 4.

⁸ E. Sutorius, J. Peters, S. Daniëls, “Proeve van een wet,” in: *Uit Vrije Wil. Waardig sterven op hoge leeftijd*, J. Peters, E. Sutorius, Amsterdam: Boom, 2011, pp. 45-83.

mensen die hun leven voltooid achtten. 64,5 procent verklaarde zich daar niet toe bereid.⁹ De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) publiceerde in 2011 als haar officiële standpunt dat er een medische grondslag moest zijn, minstens een combinatie van medische factoren, om te kunnen spreken van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden dat levensbeëindiging kan rechtvaardigen.¹⁰

In 2014 stelden de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Veiligheid en Justitie de Adviescommissie voltooid leven in, die stond onder het voorzitterschap van de D66-er professor dr. P. Schnabel. Deze commissie concludeert in haar rapport *Voltooid leven, over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten*, gepubliceerd op 4 februari van dit jaar, dat de Euthanasiewet goed functioneert. De commissie is van mening dat de Euthanasiewet voor het merendeel van de gevallen die worden gekwalificeerd als ‘voltooid leven’ ruimte biedt voor levensbeëindiging op verzoek. Zij raadt daarom af om deze wet te wijzigen.¹¹

Het kabinet neemt het advies van de commissie over om de Euthanasiewet ongewijzigd te laten.¹² Het wijkt tot ieders verrassing echter af van het advies van de commissie om de huidige juridische mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding niet te verruimen door een nieuwe wet in het vooruitzicht te stellen die ruimte zal creëren voor hulp bij suïcide wegens een ‘voltooid leven’.

2. Waarom een nieuwe wet?

Waarom wil het kabinet zo’n nieuwe wet naast de bestaande Euthanasiewet? De Euthanasiewet kent aan de arts een centrale rol toe bij het besluit of levensbeëindigende handelen op verzoek plaatsvindt. Of het leven voltooid is, kan alleen het betrokken individu vaststellen, aldus het kabinet. Om aan diens autonomie recht te doen, acht het kabinet een nieuwe wet naast de bestaande Euthanasiewet noodzakelijk.

Euthanasiewet: de arts en zijn conflict van plichten

Binnen het kader van de Euthanasiewet is wie euthanasie of hulp bij suïcide wenst afhankelijk van de arts. Deze heeft geen plicht om euthanasie te voltrekken of hulp bij suïcide te verlenen. De patiënt heeft geen recht op euthanasie of hulp bij suïcide. De arts toetst vooraf of het lijden van de patiënt dat moet zijn veroorzaakt door een ziekte of een combinatie van medische factoren uitzichtloos en ondraaglijk is en daarom het verzoek tot levensbeëindiging kan worden ingewilligd. Om de arts te controleren verricht een van de vijf Regionale Toetsingscommissies Euthanasie achteraf een toetsing. In de Euthanasiewet staat de arts centraal. Deze wet gaat uit van de veronderstelling dat de arts vanwege de uitzichtloosheid en de ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt geconfronteerd wordt met een conflict van plichten: enerzijds heeft hij de plicht om het leven te beschermen en te behouden, anderzijds heeft hij de plicht om het lijden weg te nemen of te verminderen en zou hij dat in sommige gevallen als er geen alternatief is, alleen kunnen doen door het leven van de patiënt te beëindigen. Hij staat dan voor een conflict van plichten die een situatie van overmacht zou inhouden. Zou hij in die situaties het leven van de patiënt beëindigen, dat doet de arts iets wat

⁹ EenVandaag Opiniepanel, “Huisartsen over Euthanasie,” p. 10, zie: <http://opinie.eenvandaag.nl/uploads/doc/huisartsen-euthanasie.pdf>.

¹⁰ *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde ...*, op. cit.

¹¹ Adviescommissie voltooid leven, *Voltooid leven: Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten*, Den Haag, Januari 2016, speciaal pp. 208-231 (zie: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/documenten/rapporten/2016/02/04/rapport-adviescommissie-voltooid-leven>).

¹² “Kabinetsreactie en visie voltooid leven,” op. cit., p. 2.

formeel tegen de wet ingaat. Maar vanwege die uitzondering die de euthanasiewet hierop biedt, wordt hij daarom niet gestraft: “Dit betekent dat als iemand ondraaglijk en uitzichtloos lijdt, de beschermwaardigheid van het leven kan wijken voor het beroep op barmhartigheid.”¹³

De ministers Schippers en Van der Steur grijpen hier terug op de gedachte, die in de discussie over euthanasie herhaaldelijk terugkeert, dat de waarde van het leven aan de ene kant en barmhartigheid aan de andere kant twee waarden zijn die met elkaar in conflict kunnen komen en in sommige gevallen barmhartigheid een hogere waarde is dan de waarde van het leven. Deze tegenstelling is puntig verwoord in de Engelse uitdrukking ‘mercy killing’, ‘doden uit barmhartigheid’. Een probleem dat in de discussie over een aanvaardbaarheid van levensbeëindigend handelen steeds voorkomt, is dat men de waarde van het leven afzet tegen andere waarden: tegenover barmhartigheid, maar ook zoals we later nog zullen zien – tegenover de autonomie van de mens.

1. Waarden zijn echter niet zomaar met elkaar vergelijkbaar. Er zijn ‘incommensurabele’ waarden die vanwege hun aard niet tegen andere waarden afgewogen kunnen worden en zo’n waarde is de waarde van het leven. Dit is, zoals we nog nader zullen zien, een intrinsieke waarde, dat wil zeggen een doel in zich en nooit een louter middel, hetgeen inhoudt dat het nooit ofte nimmer mag worden opgeofferd om aan het lijden een einde te maken.
2. Uiteraard is barmhartigheid ook een intrinsieke waarde die ook nooit geschonden mag worden: we mogen niet onbarmhartig zijn. Maar het is niet onbarmhartig als we weigeren om iemand bij te staan bij de beëindiging van diens leven om aan diens lijden een einde te maken. Barmhartigheid vraagt niet om medewerking te verlenen aan de schending van een intrinsieke waarde, hier de waarde van het leven. Echte barmhartigheid houdt in dat “men solidair [wordt] met andermans lijden, zonder dat dit leidt tot het doden van degene wiens lijden men niet kan verdragen” (*Evangelium vitae* nr. 66).¹⁴ Echte barmhartigheid houdt in niet de plicht in om het lijden totaal weg te nemen – zo’n plicht hebben artsen en andere medewerkers in de gezondheidszorg, familieleden, vrienden en bekenden niet. Barmhartigheid betekent hier dat men tot het uiterste gaat om het lijden van de medemens tot draagbare proporties terug te brengen. Deze barmhartigheid wordt concreet geboden in de vorm van liefdevolle palliatieve zorg.

Nieuwe wet: autonomie tegenover beschermwaardigheid van het leven

In gevallen van een ‘voltooid leven’ is er geen medische aandoening of combinatie van medische factoren waarover de arts een oordeel zou kunnen vellen. De arts kan niet op basis van zijn specifieke deskundigheid beoordelen of een leven ‘voltooid’ is en of zaken als eenzaamheid, ouderdom en verminderde mobiliteit een uitzichtloos en ondraaglijk lijden betekenen. Bijgevolg is een conflict van plichten bij de arts in deze situaties niet aan de orde. Daarom acht het kabinet daarvoor een andere, nieuwe wet nodig waarin niet de arts en zijn veronderstelde conflict van plichten een centrale rol hebben, maar degene die wegens een voltooid leven wenst te sterven, en diens autonomie.¹⁵ Het kabinet wil recht doen aan de autonomie van mensen die een stervenswens hebben zonder dat er medische redenen voor zijn. Autonomie (zelfbeschikking) is aldus het kabinet een fundamentele waarde en een belangrijk element zowel voor de ethiek als voor het recht. Het kabinet acht autonomie weliswaar geen absoluut principe, maar vindt dat de beschermwaardigheid van het leven in

¹³ Ibid., p. 5.

¹⁴ Johannes Paulus II, “Encycliek *Evangelium Vitae*: Over de waarde en de onschendbaarheid van het menselijk leven (25 maart 1995), *Kerkelijke documentatie* 23 (1995), nr. 5, 213-288, citaat op pp. 260-261.

¹⁵ “Kabinetsreactie en visie voltooid leven,” op. cit., pp. 6-8.

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

Om misbruik te voorkomen zal ervoor moeten worden gewaakt dat het verzoek om hulp bij suïcide inderdaad vrijwillig, consistent en weloverwogen is. Daarom is hier een toetsing vooraf nodig en niet achteraf zoals geschiedt binnen het kader van de Wtl door de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. De toetsing voorafgaande aan de zelfdoding zal worden verricht door een speciaal daartoe opgeleide ‘stervenshulpverlener’. Het gaat om een nieuwe beroepsgroep van deskundigen die ervaring hebben met existentiële en psychosociale problemen en met de begeleiding van mensen aan het levenseinde. Dit kunnen artsen zijn, maar ook verpleegkundigen of psychologen die een ‘medische kopstudie’ hebben gevolgd. De stervenshulpverlener moet een aantal gesprekken voeren met betrokkene om te bezien of diens doodswens weloverwogen, vrijwillig en duurzaam is. Tevens moet hij beoordelen of de stervenswens niet uit een medische oorzaak voortvloeit, bijvoorbeeld een depressie, en door een medische behandeling kan worden weggenomen.¹⁶ Nadat de zelfdoding heeft plaatsgevonden wordt het besluit om hulp bij zelfdoding te verlenen getoetst door een onafhankelijke commissie.¹⁷

De wet die het kabinet wil uitwerken, lijkt veel op het wetsvoorstel van Uit Vrije Wil. Het kabinet geeft echter in tegenstelling tot de initiatiefgroep Uit Vrije Wil geen leeftijdsgrens aan, al denkt het bij ‘voltooid leven’ vooral aan mensen op leeftijd.¹⁸

3. Die wet moet er nooit komen

Wat kunnen we zeggen van de nieuwe wet die het kabinet voornemens is uit te werken? Die wet moet er niet komen om de volgende redenen:

1. Het creëren bij wet van mogelijkheden voor hulp bij suïcide aan mensen die hun leven voltooid achten, maar niet ondraaglijk en uitzichtloos lijden aan een onbehandelbare medische of psychiatrische aandoening, is een nieuwe verruiming van de mogelijkheden voor levensbeëindigend handelen. Daarmee is de nieuwe wet die het kabinet in gedachten heeft, een volgende stap op het hellend vlak (in het Engels ‘the slippery slope’, de ‘gladde helling’), waardoor het respect voor de waarde van het menselijk leven in de loop van enkele decennia al danig is uitgehold. De nieuwe wet zal het respect voor het menselijk leven alleen maar verder ondermijnen.
2. De mens heeft ten aanzien van zijn leven slechts een relatieve autonomie, maar niet de autonomie die het kabinet hem toekent.
3. Het is een misvatting dat de autonomie van mensen er door de nieuwe wet groter op zou worden.

Het hellend vlak

Op de eerste plaats bevestigt dit voornemen van het kabinet datgene waar al vanaf het begin van de euthanasiediscussie voor is gewaarschuwd: door euthanasie of hulp bij suïcide toe te staan, ook al gebeurt dit in nog zo beperkte mate, begeeft men zich op het hellend vlak.¹⁹ Dat

¹⁶ Ibid., pp. 8-9.

¹⁷ Ibid., p. 10.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ W.J. Eijk, “Dutch experience of euthanasia and physician-assisted suicide,” Lezing voor de plenaire vergadering van de Canadese Bisschoppenconferentie, Cornwall (Ontario), 26 september 2016.

laten de ontwikkelingen in de laatste halve eeuw in Nederland ook zien. In de jaren '70 en het begin van de jaren tachtig ging de discussie over het toelaten van euthanasie in het terminale stadium van een ongeneeslijke lichamelijke aandoening. Later werd ook euthanasie vóór het terminale stadium bespreekbaar. Aan het begin van de jaren '90 kwam euthanasie of hulp bij suïcide wegens psychiatrische aandoeningen in beeld of bij mensen in een gevorderde staat van dementie wanneer betrokkene een schriftelijke euthanasieverklaring had getekend toen hij nog over zijn toestand kon oordelen. Het Gronings Protocol uit 2004, dat later een landelijke regeling werd, schiep mogelijkheden voor de levensbeëindiging van gehandicapte pasgeborenen.

Dat nu ook mogelijkheden worden gecreëerd voor hulp bij suïcide voor mensen die gezond zijn, viel daarom in zekere zin te voorzien, al was overigens de mededeling van het kabinet hiervoor een nieuwe wet te zullen uitwerken voor iedereen een verrassing, omdat dit op zo frappante wijze van het advies van de Adviescommissie voltooid leven afwijkt. Als men levensbeëindigend handelen op verzoek toestaat wegens een bepaalde vorm van lijden, dan zal men steeds aanlopen tegen de vraag of levensbeëindiging bij een iets minder ernstig lijden ook aanvaardbaar is. De deur, eenmaal op een kier gezet, zwaait dan gemakkelijk steeds verder open. Als nu ook ruimte wordt gecreëerd voor hulp bij suïcide bij gezonde mensen, zij het onder voorwaarden, wat is dan de volgende stap?

Een belangrijke stap die met de nieuwe wet wordt gezet, is in ieder geval dat de arts er geen centrale rol in zal spelen. Het oordeel dat het leven voltooid is, is de verantwoordelijkheid van het betrokken individu. Naast de voortschrijdende uitholling van het respect voor het menselijk leven wordt met deze wet een verdere stap gezet in de richting van de individualisering in onze toch al hyper-individualistische cultuur. De stervenshulpverlener heeft niet tot taak te toetsen of het leven al dan niet voltooid is, maar of het verzoek om hulp bij suïcide vrij, weloverwogen en duurzaam is.

Ook bestaat de vrees dat door een nieuwe wet die hulp bij suïcide wegens een voltooid geacht leven mogelijk maakt, de zorgvuldigheid met betrekking tot het levensbeëindigend handelen, die de Euthanasiewet in ieder geval biedt, minder wordt. Psychiaters zijn bezorgd dat de beoogde stervenshulpverleners, die niet noodzakelijk artsen hoeven te zijn, ook daadwerkelijk kunnen toetsen of het verzoek om hulp bij suïcide consequent, weloverwogen en duurzaam is.²⁰ Ouderen verzoeken niet zelden om levensbeëindiging doordat zij lijden aan een depressie. Deze diagnose is bij ouderen niet in alle gevallen gemakkelijk te stellen en wordt daarom frequent gemist. Mensen die verzoeken om (hulp bij) de beëindiging van hun leven vallen in principe onder de Euthanasiewet. Een van de psychiaters in kwestie merkt op dat de procedure voorgeschreven door de Euthanasiewet in ieder geval zorgvuldig is. Het is haar ervaring dat ouderen met een depressie door de gesprekken die binnen het kader van deze procedure gevoerd moeten worden, soms van hun verzoek om levensbeëindiging afstappen. Hoewel er ook tegen de Euthanasiewet principiële bezwaren bestaan, moet worden geconstateerd dat deze wet in ieder geval een zekere zorgvuldigheid in de besluitvorming ten aanzien van levensbeëindigend handelen brengt, waarvan men kan vrezen dat die (deels) wordt prijsgegeven door de nieuwe wet betreffende voltooid leven.

Er is bijgevolg sprake van een hellend vlak in meerdere opzichten, namelijk waar het gaat om de voortschrijdende uitholling van het respect voor het leven, een steeds intenser wordende individualisering van de samenleving en mogelijke vermindering van de zorgvuldigheid waarmee levensbeëindigend handelen wordt toegepast.

Slechts een relatieve autonomie

²⁰ A. Kuiken, "Ziek en/of levensmoe?," *Trouw* (2016), 21 oktober, Verdieping, pp. 10-11.

Een principiële vraag is of de autonomie van de mens zover gaat dat hij ook beschikkingsrecht heeft over leven en dood. Het antwoord op die vraag is neen. De mens heeft uiteraard een zekere autonomie, maar die is relatief en omvat niet het recht om te beschikken over eigen leven en dood of dat van iemand anders.²¹ De centrale vraag is: welke waardigheid heeft het menselijk leven? Het lichamenlijk leven van de mens hangt samen met de waarde die het menselijk lichaam heeft. Bij levensbeëindiging beëindigt men het lichamenlijk leven (niet dat van de ziel, die onsterfelijk is). Onze cultuur ziet het lichaam vaak als een object, een ding, waar wij vrij over zouden kunnen beschikken. De menselijk persoon zou alleen het bewustzijn - hogere hersenfuncties - betreffen, dat vrijelijk zou kunnen beschikken over het menselijk lichaam als een puur middel tot welk doel ook. Binnen deze visie heeft het lichaam alleen de waarde die het individu eraan toekent. Wanneer het lichamenlijk leven door ziekte of andere oorzaken ontlusterd is en daarom zijn waarde verloren zou hebben, zou het individu er door actieve levensbeëindiging afstand van mogen doen.

Het lichaam is echter geen object of een ding, maar behoort wezenlijk tot de menselijke persoon. De mens is zowel wat betreft zijn lichaam als wat betreft zijn geestelijke dimensie geschapen naar Gods beeld en gelijkenis. God en wie naar zijn beeld geschapen zijn, zijn altijd een doel in zich en nooit een louter middel tot een doel. Dit geldt ook voor het lichaam. De beëindiging van het lichamenlijk leven om aan het lijden een einde te maken houdt in dat het wordt opgeofferd als een middel om het lijden te beëindigen. Dit betekent dat het lichaam en daarmee de menselijke persoon wordt gedegradeerd tot een middel. Daarom is levensbeëindiging op verzoek of zonder verzoek altijd een moreel kwade handeling die nooit of te nimmer mag worden verricht.²² Het lichaam deelt in de waardigheid van de menselijke persoon die een doel in zich is en daarom een waarde die altijd en overal blijft, ook als het individu in kwestie de indruk heeft dat die verloren is gegaan. Het laatste bevestigen we als we om die reden euthanasie of hulp bij suicide toestaan. We zouden daarentegen mensen moet helpen om het besef van de essentiële waardigheid van het leven weer te ontdekken.²³

De autonomie is er niet mee geholpen

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

Afgezien van deze fundamentele beschouwing: is met de nieuwe wet die het kabinet wil invoeren, de autonomie van mensen met een doodswens echt gediend? We kunnen ons met

²¹ W.J. Eijk, "Il Magistero di Giovanni Paolo II sul valore della vita umana," in: *Giornata commemorativa del decennale di fondazione*, J. de Dios Vial Correa, E. Sgreccia (red.), Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2005 (Collana della Pontificia Accademia pro Vita), pp. 71-90.

²² Zie voor een uiteenzetting over de ethische waarde van het menselijk lichaam en het menselijk leven: *Manual of Catholic medical ethics. Responsible healthcare from a Catholic perspective*, W.J. Eijk, L.M. Hendriks, J.R. Raymakers, J.I. Flemming (red.), Ballarat: Court Connor Publishing, 2014, pp. 61-77.

²³ W.J. Eijk, "Plicht om het leven te beschermen staat voorop," *Trouw* (2016), 17 oktober, p. 12-13

recht en reden afvragen of ze wel echt dood willen. Hulpverleners weten uit ervaring dat het verzoek om levensbeëindiging vaak een roep om hulp is. Dan moet geen hulp bij suicide worden aangeboden, maar samen met betrokkenen worden gesproken om te zien wat zijn echte probleem is en hoe hij geholpen kan worden. Als mensen gebukt gaan onder eenzaamheid, verlies van dierbaren en ouderdomsverschijnselen, dan moeten we geen mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding aanbieden, maar ons afvragen of we niet een en ander aan onze zieken- en ouderenzorg dienen te verbeteren. Hiermee komen we aan de werkelijke problemen tegemoet waar mensen mee worstelen die een stervenswens uiten.

Het kabinet zegt dat we alvorens over te gaan tot daadwerkelijke hulp bij suicide ons eerst moeten afvragen of we niet iets aan de situatie van deze mensen moeten doen. Als de mogelijkheid tot hulp bij suicide eenmaal realiteit wordt en er wellicht een trend uit voortvloeit om bij een stervenswens hulp bij suicide aan te bieden, dan kan dat pogingen om de zorg voor deze mensen te verbeteren ontmoedigen. Tevens kunnen ouderen en eenzamen zich onder die omstandigheden schuldig gaan voelen, als ze verder zouden willen leven. Ze zouden daardoor het gevoel kunnen krijgen teveel een claim op hun familieleden te leggen of een kostenpost voor de gezondheidszorg te worden. Dit betekent dat de wens om te sterven niet op vrijwillige basis tot stand komt. In dit verband moet ook rekening worden gehouden met het risico dat de stervenswens in een aantal gevallen kan ontstaan onder druk van derden, bijvoorbeeld familieleden. Meyboom-De Jong, lid van de commissie Schnabel, vraagt zich af of dat valt te voorkomen en ook of stervenshulpverleners “zelfs met hun kopstudie” in staat zullen zijn dat te herkennen: “Ik deel de angst van ouderen dat hun op den duur euthanasie kan worden opgedrongen, als ze ‘er niet meer toe doen’. Die grote groep mensen hebben we met ons advies (het advies van de Commissie Schnabel, W.E.) willen beschermen: Compassie gaat boven autonomie.”²⁴ Ouderen hebben vaak angst voor het verpleeghuis, dat de laatste tijd als gevolg van negatieve berichtgeving een steeds slechtere reputatie geniet, of zijn bang thuis zonder voldoende zorg te vereenzamen. Aan deze problematiek zouden we aandacht moeten besteden en daar is de wet voor hulp bij suicide bij voltooid leven, die het kabinet voor ogen staat, geen adequaat antwoord op. De juriste Anne-Mei The, die overigens euthanasie niet afwijst, zegt hierover:

“Het gaat in wezen om de vraag; hoe behandelen we onze ouderen? Hoe we omgaan met ouderdom, lijden, kwetsbaarheid, eenzaamheid, sociaal isolement is een onderschat probleem ... Mensen hebben het gevoel er niet meer bij te horen, niet voor vol te worden aangezien en geen bijdrage aan de samenleving meer te kunnen leveren. Daardoor voelen ze zich wanhopig en overbodig. Maar ik geloof niet dat de maakbare dood op het einde de oplossing is.”²⁵

Epiloog

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

²⁴ H. Maasen, “Rol arts bij voltooid leven onduidelijk,” *Medisch Contact* 71 (2016), nr. 42, pp. 10-11, citaat op p. 11.

²⁵ L. de Jong, “Ouderen vinden we nutteloos,” *De Volkskrant* (2016), 22 oktober, pp. 22-23, citaat op p. 22.