

THEMADOSSIERS VAN HET EUROPEES INSTITUUT VOOR BIO-ETHIEK

Ethische richtlijnen voor het begeleiden van mensen aan het levenseinde



Vele situaties bij ouderen en bij mensen aan het eind van hun leven zijn complex en vaak ook pijnlijk. Er stellen zich delicate vragen waarop het niet altijd eenvoudig is een passend antwoord te geven. In dergelijke situaties wordt dan niet enkel onze solidariteit op de proef gesteld maar ook onze vindingrijkheid om in en door onze handelingen oprecht met deze mensen mee te leven.

Als we denken aan (het verloop van) het menselijk levenseinde schieten ons een aantal bekende gevallen te binnen die vaak willens nillens deel uitmaken van ons collectief geheugen : Karen Ann Quinlan of Terri Schiavo in de Verenigde Staten, Ramon Sampedro of Immaculada Echevarría in Spanje, Vincent Humbert of Chantal Sébire in Frankrijk, Piergiorgio Welby of Eluana Englaro in Italië, Hugo Claus in België, enz.

De media maken de publieke opinie vaak attent op de meest extreme gevallen omwille van hun dramatische geladenheid. Hierdoor wordt in de discussie een bijzondere nadruk gelegd op enkele « grensgevallen » met een sterk emotioneel karakter. Een ander gevolg hiervan is dat men zich binnen het delicaat en complex publiek debat over het levenseinde te vaak beperkt tot een aantal typische uitspraken of stereotype aanhalingen, die meer op gevoelens dan op rationele argumenten gebaseerd zijn. Er is geen gebrek aan meer gespecialiseerde publicaties, maar deze beperken zich doorgaans tot professionele juridische, filosofische of medische kringen. De publieke opinie raakt ondertussen hopeloos verdwaald in misverstanden en benaderingen, terwijl emotie's, waanbeelden en angst over de dood de bovenhand halen op het rationele denken.

Terwijl op het vlak van de wetenschap en techniek de klemtoon gelegd wordt op de rede, heeft men paradoxaal genoeg de neiging om enkel naar hart en passies te luisteren wanneer het gaat om kwesties van leven en dood of zingeving en waarden. Deze neiging is menselijk en begrijpelijk. De ethische en juridische principes, hoe verfijnd deze ook mogen zijn, komen immers vaak als zeer abstract over en lijken ver weg te staan van de complexe, soms tragische situaties die in de dagdagelijkse realiteit beleefd worden. Men mag uiteraard geen enkele situatie van nood of ellende over het hoofd zien, maar het belang van een rationeel debat mag daardoor niet afnemen. Door de nadruk te leggen op bijzonder tragische gevallen worden heel wat aspecten van het debat over het levenseinde – in het bijzonder bij het grote publiek – uit het zicht ontnomen. Heeft dit debat zich ook niet te veel toegespitst op het opeisen van een « recht » op euthanasie, ten koste van andere punten zoals de pijnbestrijding of symptoomcontrole, een holistische benadering van de patient, de uitbouw van palliatieve zorg... ?

Dit themadossier heeft tot doel om door middel van vraag en antwoord op synthetische wijze een aantal belangrijke begrippen nader te verklaren en enkele richtlijnen aan te bieden voor een persoonlijke stervensbegeleiding.

Basiszorg en behandelingen

1. Op welke zorgen moet een patiënt bij zijn levenseinde kunnen rekenen?

Traditioneel kent de mens veertien basisbehoeften: ademen, eten en drinken, ontlasting (urine en stoelgang), bewegen en daarbij een goede houding aannemen, slapen en rusten, zich kleden, een aangepaste lichaamstemperatuur bewaren alsook een goede hygiëne, gevaren vermijden, communiceren, handelen volgens zijn geloof en waarden, zich bezighouden, zich ontspannen en leren.

De basiszorg dient tegemoet te komen aan deze basisbehoeften van de mens. Ze moet steeds verstrekt worden aan mensen die niet meer in staat zijn om er zelf voor te zorgen. Het niet toedienen van deze zorg – en deze vergt doorgaans geen onevenredige middelen – dient beschouwd te worden als een vorm van schuldig verzuim.

2. Wat verstaat men onder behandelingen?

Onder « behandelingen » verstaat men de medische handelingen die erop gericht zijn het voortschrijden van een ziekte te bestrijden of zelfs de zieke persoon volledig te genezen. Men mag uiteraard een medische behandeling weigeren toe te passen mocht deze onevenredig blijken te zijn (zie *infra*, nr. 3 e.v.). Het verschil tussen « het weigeren van een onevenredig behandeling » en « euthanasie door onthouding van een aangepaste behandeling » wordt bepaald door de verhouding van de behandeling tot de toestand van de patiënt : in het ene geval wordt een overdreven en nutteloze behandeling stopgezet, in het andere geval wordt een gepaste en nuttige behandeling niet toegepast. Door een onevenredige behandeling stop te zetten vermijdt men therapeutische hardnekkigheid. Het weglaten van een aangepaste behandeling komt overeen met een « euthanasie door verzuim ».

Therapeutische hardnekkigheid

3. Wat verstaat men onder therapeutische hardnekkigheid?

Onder therapeutische hardnekkigheid verstaat men een overdreven en halsstarrige strijd tegen een onvermijdelijke dood. Een zekere halsstarrigheid in de strijd tegen een ziekte is nochtans gegrond en prijzenswaardig. Maar deze halsstarrigheid wordt laakbaar als deze leidt tot het toepassen van onevenredige behandelingen. Hiermee wordt bedoeld: wanneer de verhoopte voordelen van de behandeling niet meer opwegen tegen de nadelen en nevenwerkingen ervan (bijvoorbeeld : het opstarten of voortzetten van chemotherapie bij een stervende kankerpatiënt).

4. Komt therapeutische hardnekkigheid vaak voor?

Ongetwijfeld is er een tijd geweest waarin de geneeskunde, te zelfingenomen over haar eigen kunnen, de onmacht tegenover een onvermijdelijke dood niet wilde aanvaarden. Deze tendens was het gevolg – de keerzijde van de medaille – van de grote vooruitgang van de geneeskunde, in het bijzonder van de reanimatietechnieken. Sommige geneesheren – of verzorgend personeel – schreven vaak overdreven behandelingen voor, behandelingen die niet meer aangepast waren aan de toestand van de patiënt en daarenboven zijn levenskwaliteit aantastten en dit zonder enige gegronde hoop op genezing of zelfs verbetering. Deze therapeutische hardnekkigheid is een vorm van weigering om de grenzen van de geneeskunde te aanvaarden en betekent ook een miskennis van de grenzen van het « mens-zijn ».

Gelukkig wordt hedentendage deze therapeutische hardnekkigheid unaniem verworpen. Wanneer in eer en geweten alle verantwoorde behandelingen geen baat meer bieden, zal de *curatieve geneeskunde* van haar taak afzien en de patiënt toevertrouwen aan de *palliatieve geneeskunde*. Deze zal de nadruk leggen op de levenskwaliteit van de ongeneeslijk zieke patiënt. In plaats van te volharden in een reeks zware en lastige,

maar uiteindelijk nutteloze behandelingen, zal de palliatieve zorg zich richten tot de patiënt als geheel, en niet meer -zoals de curatieve geneeskunde- op zijn ziekte alleen (zie *infra*, n. 14).

5. Wat moet men op moreel vlak denken van therapeutische hardnekkigheid?

Noch de medische deontologie, noch de moraal, noch het recht hebben ooit een arts verplicht om een nutteloze of overdreven behandeling te beginnen of stop te zetten, zoveel is duidelijk. Het beslissen om al dan niet een nutteloze of overdreven behandeling te beginnen of stop te zetten, behoort tot de algemene taken van de geneeskunde, die gewetensvolle en wetenschappelijk verantwoorde zorg moet verstrekken. Het wijselijk nemen van een dergelijke beslissing is dus niet te vergelijken met euthanasie.

Men heeft het uiteindelijk over het aanvaarden van de grenzen van het « mens-zijn », in het bijzonder van zijn sterfelijkheid. Het aanvaarden van het natuurlijke proces dat tot de dood leidt is ook een vorm van respect voor het leven.

6. Wat is het verschil tussen iemand «laten» sterven en iemand «doen» sterven?

Eenzijds spreekt men over het helpen van de patiënt om waardig te sterven door hem te steunen en te begeleiden in zijn ontreding en door zijn lijden te verzachten, terwijl het anderzijds gaat over het met opzet doden van de patiënt, en dat is toch iets heel anders. De doodsoorzaak is immers verschillend. Als een arts beslist om een onevenredige behandeling te stoppen zal de patiënt aan de gevolgen van zijn dodelijke ziekte overlijden. Als men daarentegen een letale dosis toedient, zal deze dosis de doodsoorzaak zijn. Ook de bedoeling of intentie is verschillend: in het eerste geval tracht men de patiënt een nutteloos lijden te besparen, met weliswaar het risico zijn leven te verkorten, in het tweede geval zal men de patiënt doden om hem uit zijn lijden te verlossen.

Pijnbehandeling

7. Is het toegelaten de pijn te verlichten met het risico de dood van de patiënt te bespoedigen?

De taak van de arts omvat niet alleen het herstellen van de gezondheid en het redden van levens, maar omvat ook het verlichten van het lijden van de patiënt. De arts heeft dan ook de plicht om analgetica voor te schrijven, zelfs als die een – op zich niet gewilde – onrechtstreekse uitwerking hebben die het leven van de patiënt kan verkorten. De arts die zich inzet om de pijn te bestrijden, mag rechtmatig het risico nemen om het leven van zijn patiënt te verkorten, mits hij de voorwaarden respecteert die in het hieropvolgende punt beschreven worden.

8. Mag men een daad stellen die mogelijk een negatieve uitwerking heeft?

Het is toegestaan een goede daad te stellen waarvan een positieve uitwerking verwacht wordt, zelfs indien een negatieve afloop ook niet uitgesloten is. Dit wordt gewoonlijk het principe van de *daad met dubbel gevolg* genoemd. Indien dit niet toegestaan zou zijn, zouden we niet meer kunnen handelen, want we zouden steeds vrezen dat een goede daad ook onrechtstreeks negatieve gevolgen met zich mee zou kunnen brengen. Om moreel aanvaardbaar te blijven, moet bij een dergelijke handeling aan de volgende vier voorwaarden worden voldaan :

1. De uitgevoerde handeling mag niet op zichzelf slecht zijn (de arts geeft in dit geval een analgeticum);
2. De bedoeling moet goed zijn (de arts tracht alleen de pijn te lenigen);
3. Het negatief gevolg mag niet rechtstreeks nagestreefd worden om het gewenste positief effect te bekomen (de arts streeft er niet naar om het leven van zijn patiënt te ontnemen om hem hierdoor uit zijn lijden te verlossen);

4. Er moet een redelijke verhouding bestaan tussen het gezochte positief effect, in dit geval het lenigen van de pijn, en het getolereerd negatief effect, in dit geval een mogelijke verkorting van het leven (de arts zal zijn medicatie doseren in verhouding tot de geleden pijn).

9. Hoe kan men dit correct medisch handelen van euthanasie onderscheiden?

Als een arts enkel de bedoeling heeft om de pijn te lenigen, en de medicatie alsook de dosis aan dit doel aanpast, en in extreme gevallen zelfs hoge dosissen morfine of andere analgetica toedient, is zijn handelen niet vergelijkbaar met euthanasie. De bedoeling van euthanasie is het doden van de patiënt, waarbij de gebruikte medicaties alsook de dosering aan dit doel worden aangepast.

Dit dient benadrukt te worden. Hoewel het soms een subtiel verschil gaat, is het op moreel en juridisch vlak onbetwistbaar. In het ene geval kiest men voor de dood om de pijn te stoppen, in het andere geval zal men de pijn bestrijden en tevens ook het voorzichtige en berekende risico nemen onrechtstreeks het leven te verkorten.

10. Bestaan er onbehandelbare symptomen?

Volgens specialisten terzake kunnen we hedentendage met de huidige medische kennis praktisch alle vormen van lichamelijke pijn gepast medisch behandelen. Refractaire dwz onbehandelbare pijnsymptomen komen nog heel zelden voor. In deze extreme gevallen kan men nog altijd zijn toevlucht nemen tot de gecontroleerde *sedatie*.

In de praktijk vindt men echter, ondanks de vooruitgang op dit vlak, nog altijd verzorgend en medisch personeel dat onvoldoende op de hoogte is inzake pijnbehandeling. Het merendeel van de euthanasieaanvragen vinden hun oorsprong in een onaangepaste behandeling van de pijn, er bestaan hierover talrijke getuigenissen. De vorming van het verzorgend en medisch personeel op dit vlak verbeteren is nog steeds een prioriteit.

11. Wat verstaat men onder sedatie?

Onder sedatie verstaat men het toedienen van aangepaste medicatie die het bewustzijn van de patiënt verlaagt met als doel de resistente of moeilijk te behandelen symptomen onder controle te krijgen (extreme angst, paniekaanvallen, dyspnoe, enz.).

12. Bestaan er verschillende soorten sedatie?

Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen twee verschillende soorten sedatie: enerzijds *palliatieve sedatie* en anderzijds *terminale sedatie*.

Onder *palliatieve sedatie* verstaat men het moedwillig toedienen van de benodigde dosis of combinatie van medicatie om het bewustzijn van een patiënt, die in vergevorderde of terminale ziekte toestand verkeert, te verminderen, in de mate die vereist is om één of meerdere resistente symptomen te temperen, en dit met de expliciete, impliciete of gemachtigde toestemming van de patiënt.

Gecontroleerde of afwisselende palliatieve sedatie maakt het mogelijk om afwisselend periodes van bewusteloosheid en bewustzijn toe te laten.

Onder *terminale sedatie* verstaat men het moedwillig toedienen van medicatie, mits expliciete, impliciete of gemachtigde toestemming van de patiënt, waarvan het overlijden binnen een korte termijn zo goed als vast staat, om door middel van een diepgaande en hoogstwaarschijnlijk ook onomkeerbare vermindering van het bewustzijn van de patiënt, een psychologisch en/of fysiek lijden te verzachten, en waarbij het verzachten van dit lijden op geen enkele andere wijze bekomen kan worden.

De terminale sedatie is eigenlijk een bijzondere vorm van palliatieve sedatie, die alleen bij stervende patiënten toegepast wordt.

13. Wat is het verschil tussen terminale sedatie en euthanasie?

Terminale sedatie en euthanasie verschillen voornamelijk van elkaar in drie verschillende aspecten : de intentie (bedoeling), de procedure en het verwachte resultaat (1).

De *intentie (bedoeling)* - Bij sedatie zal de arts kalmeermiddelen voorschrijven met als enige intentie het lenigen van de pijn bij de patiënt die welbepaalde ziektesymptomen vertoont. Bij euthanasie daarentegen is het de bedoeling om de dood van de patiënt vrijwillig te veroorzaken om hem zo uit zijn lijden te verlossen.

De *procedure* - Bij sedatie moet er een duidelijke indicatie zijn van de aanwezigheid van bepaalde ziektesymptomen. De medicatie alsook de dosering ervan zullen regelmatig aangepast worden in functie van de invloed op de pijnklachten tengevolge van deze symptomen. Dit vereist een permanente evaluatie van de toestand van de patiënt (symptomen) en van de behandeling zelf. Deze evaluatie dient in het medisch klinisch dossier genoteerd te worden. Bij euthanasie daarentegen heeft men het over het gebruik van bepaalde producten en dosissen die op korte termijn het overlijden veroorzaken.

Het resultaat - Bij sedatie is het verwachte resultaat, dat constant aan evaluatie onderhevig is, het lenigen van de pijn. Bij euthanasie daarentegen is het verwachte resultaat de dood.

Uiteindelijk blijkt terminale sedatie meer een indicator van een aanstaande dood te zijn dan de oorzaak van een voortijdige dood. De morele verantwoordelijkheid van het medisch korps of verzorgend personeel slaat op *het beslissingsproces om het lenigen van de pijn te bekomen*, en niet op de resultaten van de behandelingen, zoals een vroegtijdige dood of het in leven blijven van de patiënt. Met andere woorden, euthanasie en terminale sedatie eindigen met hetzelfde resultaat: de dood van de patiënt. Het verschil op ethisch vlak tussen deze twee vormen van stervensbegeleiding schuilt in het beslissingsproces, dat ook de intentie van het medisch korps en verzorgend personeel omvat.

Palliatieve zorg

14. Wat is het doel van de palliatieve zorg?

Wanneer curatieve behandelingen geen hulp meer kunnen bieden of buitensporig blijken te zijn wordt er overgegaan op palliatieve zorgen. Hierbij wordt er gestreefd om aan de stervenden de best mogelijke levenskwaliteit te bieden. De nadruk wordt niet alleen gelegd op het lenigen of onder controle houden van de pijn en op het comfort van de patiënt, maar ook op het begeleiden van de naaste verwanten van de stervende alsook op het begeleiden van deze laatsten bij hun rouwproces. Uiteindelijk tracht men het moreel en materieel comfort van de stervende te verzekeren om op die manier zijn laatste levensmomenten te midden van de zijnen te verzachten.

Hoe dan ook, de dood blijft een gevreesde opgave voor iedereen, de mens is sterfelijk. Dankzij een menselijke begeleiding van de stervende en van zijn familie bevordert de palliatieve zorg een serene dood, waardoor de verleiding afneemt om op een plotse, abrupte wijze de laatste levensmomenten te verkorten (2).

Vegetatieve staat

15. Wat verstaat men onder vegetatieve staat?

Een blijvende vegetatieve staat is het gevolg van uitgebreide en meervoudige letsels aan de hersenhemisferen, terwijl de hersenstam nog behoorlijk blijft functioneren. De oorzaken ervan zijn ofwel anoxie (zuurstofgebrek) door verdrinking, verhangings, medicamenteuze zelfmoordpoging,... ofwel zware hersenletsels als gevolg van een ongeval.

Een persoon die in een vegetatieve staat verkeert vertoont geen duidelijke tekens van bewustzijn meer, noch van zichzelf, noch van zijn omgeving, en blijkt niet in staat om op welbepaalde prikkels te reageren of om met anderen te communiceren. Hij behoudt nochtans een beperkte hersenactiviteit die de vitale basisfuncties beheerst, zoals spontaan ademen, slikken en bepaalde andere metabole functies. En vooral, de persoon blijft alert en behoudt bepaalde reflexen, hij kan kreunen, wenen of zelfs glimlachen (3).

Net omdat de hersenen de vitale functies nog in stand houden is de vegetatieve staat niet vergelijkbaar met de verlengde comateuze toestand (waarbij de patiënt niet alert en bijgevolg ook niet bij bewustzijn is) (4) of met de hersendood (5).

De patiënt die in een vegetatieve staat verkeert is volledig afhankelijk: hij heeft kunstmatige voedings- en vochttoediening nodig alsook bepaalde zorgen om ziektes en bepaalde verwikkelingen (bijvoorbeeld doorligwonden) te voorkomen.

16. Is de vegetatieve staat onomkeerbaar?

De hedendaagse medische kennis laat ons niet toe om met zekerheid definitief te verklaren dat de vegetatieve staat onomkeerbaar zou zijn. Er zijn immers recuperatiegevallen waargenomen, hoewel de kans op dergelijke recuperatie bijzonder klein is.

17. Wat met de uitdrukking « vegetatieve staat »?

Dit is zeker geen ideale uitdrukking, eerder zelfs ongelukkig, want deze uitdrukking suggereert dat patiënten in vegetatieve staat tot planten gereduceerd worden. Maar de mens, zelfs wanneer hij in zijn hogere functies beperkt is of deze niet kan uitoefenen, blijft een mens, en wordt niet plots een dier of een plant.

18. Is een patiënt die in vegetatieve staat verkeert nog een persoon?

Waarom zou een mens niet meer tot de mensheid behoren omdat hij zijn rede niet meer kan aanwenden of zijn zelfbewustzijn heeft verloren of niet meer kan communiceren? Het « mens-zijn » van een persoon bepalen in functie van deze parameters komt er op neer dat personen « min of meer mens » kunnen zijn in functie van hun vermogen om bepaalde handelingen te stellen of in functie van de mogelijkheid tot het aanwenden van bepaalde bekwaamheden. Met deze redenering zouden de meest bekwame mensen dus meer « mens » zijn dan anderen omdat zij beter kunnen redeneren, denken of communiceren. Dit zou een verkeerde en gevaarlijke redenering zijn. De essentiële kenmerken van een (menselijk) wezen, die zijn essentie bepalen, die dus bepalen wat hij wezenlijk is, zijn niet vatbaar voor « meer of minder », en zijn ook niet onderhevig aan variaties (6).

De essentie van de mens is het bestaan in een redelijke en vrije natuur. De eigenschappen en bekwaamheden van de mens kunnen groeien, verminderen en zelfs verdwijnen en mogen dus niet als essentieel beschouwd worden, ook niet indien ze uit de menselijke essentie voortvloeien. (7) Zo bijvoorbeeld hebben rationele wezens de bekwaamheid om te spreken. Een stomme, die dus niet kan spreken, dus zijn bekwaamheid om te spreken niet kan uitoefenen, blijft een menselijk wezen. Hetzelfde geldt voor een zieke in, een vegetatieve staat die niet meer kan communiceren: hij blijft mens omdat hij zijn vrije en rationele natuur behoudt. Met andere woorden, de mens wordt bepaald door wat hij *is* maar niet door wat hij *heeft* of *doet* of door wat hij *kan*. Deze redenering leidt tot het erkennen van de waardigheid van iedere mens (persoon), elk individu van de menselijke soort, en men kan bijgevolg niet aanvaarden dat er bepaalde voorwaarden (of uitsluitingsvoorwaarden) gesteld zouden worden om als persoon beschouwd te worden, voorwaarden die trouwens de poort naar willekeur en onrecht wijd open zouden zetten.

19. Is het voeden van een zieke die in vegetatieve staat verkeert een buitensporige behandeling?

Het toedienen van water en voeding, zelfs op een kunstmatige wijze, is een natuurlijk middel om het leven te onderhouden. Deze toediening is ethisch verplicht zolang de doelstelling bereikt wordt, wat veronderstelt dat de patiënt de voedingsstoffen opneemt zoals het hoort. Er is hier sprake van een basiszorg en niet van een medische behandeling : gemakkelijk toe te passen, niet lastig en bovendien goedkoop. Voedings- en vochtopname is een fundamentele behoefte van elk organisme, gezond of ziek. Het niet toedienen van deze

zorg zou overeen komen met het plegen van « euthanasie door onthouding van fundamentele zorgen ». We kunnen het bij het volgende algemeen principe houden: « *to cure if possible, always to care* » (genezen indien mogelijk, maar altijd verzorgen).

20. Is het nooit toegestaan om een voedingssonde te verwijderen?

In bepaalde uitzonderlijke omstandigheden is een uitzondering op het hogervermeld ethisch principe mogelijk, bijvoorbeeld indien de kunstmatige toediening van water en voeding nutteloos is geworden (ze worden niet meer opgenomen door de patiënt), of enorm lastig is geworden (bij moeilijkheden om bepaalde medische instrumenten aan te wenden), of gewoon onmogelijk is (in bepaalde zeer geïsoleerde en bijzonder arme regio's).

Euthanasie

21. Wat is de definitie van euthanasie?

Volgens de Belgische wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie is euthanasie « het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek » (art. 2). De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf indien hij de in de wet voorgeschreven voorwaarden en procedures naleeft. Er is meer bepaald sprake van euthanasie bij elke *handeling of onthouding* die op zich, en met die intentie, de dood van een zieke veroorzaakt teneinde deze uit zijn lijden te verlossen.

Euthanasie tengevolge een handeling bestaat uit het oraal of intraveneus toedienen van een dodelijk geneesmiddel (een barbituraat zoals penthotal, een overdosis morfine...) of van een combinatie aan verschillende toxische producten (een « dodelijke cocktail »), al dan niet gepaard gaand met een injectie van een spierverlammend product. *Euthanasie door onthouding* bestaat uit het niet toepassen of niet toedienen van gewone en evenredige zorgen of behandelingen.

De intentie om de dood te veroorzaken is essentieel. Het heeft geen belang of de euthanasie al dan niet werd uitgevoerd op vraag van de patiënt, door een arts of iemand anders, door een dodelijke injectie, een overdosis analgetica of een dodelijke cocktail, of door het onthouden of het stoppen van een evenredige behandeling : indien de intentie duidelijk het veroorzaken van het overlijden van de patiënt is, is er sprake van euthanasie (8). Deze intentie onderscheidt euthanasie van andere rechtmatige medische handelingen zoals het stopzetten van onevenredige behandelingen (zie *supra*, n. 6) en het gepast toedienen van analgetica om de pijn te lenigen (zie *supra*, n. 9). Het weigeren van de therapeutische hardnekkigheid en het (gepast) lenigen van de pijn worden dus verkeerdelijk « passieve euthanasie » of « indirecte/onrechtstreekse euthanasie » genoemd. Deze ongelukkige uitdrukkingen dragen eerder bij tot het onderhouden van een spijtige verwarring in het denken over het levenseinde.

22. Wat verstaat men onder medisch begeleide zelfmoord?

Bij medisch begeleide zelfmoord zal de patiënt zichzelf het leven ontnemen in aanwezigheid en met de hulp van een arts. Praktisch gezien stelt de arts een middel ter beschikking van de patiënt, waarmee de patiënt zelf zijn overlijdensproces op gang brengt (bijvoorbeeld de inname van een letale dosis drinkbare barbituraten).

23. Welk standpunt innemen ten opzichte van euthanasie?

Het met opzet veroorzaken van de dood werd steeds als een moord beschouwd, behalve – onder bepaalde specifieke voorwaarden – indien er sprake is van een geval van collectieve of individuele wettige zelfverdediging *tegen een onrechtvaardige agressor* (dit is hier duidelijk niet het geval). Het plegen van euthanasie, wat dus neerkomt op het vrijwillig veroorzaken van de dood van een persoon, strookt niet met het algemeen ethisch aanvoelen. Maar is dit ene argument voldoende om het weigeren van euthanasie te rechtvaardigen? Velen zijn van mening dat dit – moreel of zelfs religieus – argument niet door iedereen aangenomen wordt en daarom niet doorslaggevend is. In een pluralistische en gesecculariseerde democratie

mogen volgens hen de filosofische of religieuze opinie's of argumenten die slechts door een deel van de bevolking aangenomen worden niet bevoordeeld worden door de wetgever zelf.

Nochtans zien we dat er los van alle morele of religieuze overwegingen ook psychologische, sociale, juridische en politieke argumenten en overwegingen bestaan die aansporen om euthanasie niet toe te laten. Voor wat betreft de medisch begeleide zelfmoord vinden wij gelijkaardige argumenten en overwegingen terug, omdat in deze vorm van medische begeleiding een arts vrijwillig aan de zelfmoord van een persoon meewerkt.

24. Vloeit het weigeren van euthanasie niet louter voort uit de wil om iedereen christelijke standpunten op te dringen?

Om hierop een antwoord te geven volstaat het een aantal vaststellingen te doen. Euthanasie en begeleide zelfmoord zijn in het merendeel van de landen in de wereld strafbaar. De landen die euthanasie en/of begeleide zelfmoord niet strafbaar maken, blijken dan ook eerder uitzonderingen op de regel te zijn (Nederland, België, de Staten Oregon en Washington, Luxemburg en onder bepaalde specifieke voorwaarden ook Zwitserland).

In het republikeinse en geseclariseerde Frankrijk werd in 2005 een wet gestemd betreffende «het bepalen van het correct medisch handelen inzake het levenseinde», zonder dat men het nodig achtte om euthanasie te legaliseren. Deze wet van 22 april 2005 is beter bekend als de « wet Leonetti » en werd unaniem (met drie onthoudingen) aangenomen door het Franse parlement (Assemblée Nationale), alvorens ook de goedkeuring van de Franse senaat te verkrijgen. Ze heeft dus verkozenen van alle politieke strekkingen achter zich geschaard. In het kader van een evaluatie van deze wet eind 2008, die geleid werd door Senator Jean Leonetti, werden heel wat deskundigen van de meest uiteenlopende professionele, ideologische en politieke achtergronden geraadpleegd. Ook na deze evaluatie hebben de verkozenen hun keuze voor deze wet bevestigd.

De wereldvereniging voor de geneeskunde (World Medical Association) die meer dan 80 verschillende nationale medische verenigingen vertegenwoordigt en ongeveer tien miljoen geneeskundigen van alle culturele, ideologische en religieuze achtergronden telt, heeft euthanasie in verschillende verklaringen met klem veroordeeld.

Tenzijn men alle evidentie wil negeren zijn er klaarblijkelijk talrijke mensen van allerlei afkomst die euthanasie verwerpen. Ze hebben ongetwijfeld gegronde redenen (die verschillen van specifiek religieuze redenen) om dit te doen. Er dient op zijn minst naar deze argumenten geluisterd te worden.

25. Moet er niet worden ingegaan op de vraag van de patiënt?

Men kan begrijpen dat een zieke wenst te sterven en daarom euthanasie aanvraagt. Dergelijke vraag wijst op een ontreding, ze is dus begrijpelijk, maar daarom nog niet redelijk. Het is erg tegenstrijdig om het verdwijnen van een persoon te rechtvaardigen in naam van het respect voor de autonomie van diezelfde persoon. Wat hier op het spel staat is niet de individuele vraag, maar het recht dat de gemeenschap zich toeëigent om op deze vraag in te gaan. *Bij euthanasie gaat het niet over de erkenning van het recht van een persoon om over zijn eigen leven te beschikken maar wel om de toekenning aan de arts van het recht om te beschikken over het leven van een andere persoon, wat veel verdergaande gevolgen met zich meebrengt.*

In werkelijkheid is de individuele beslissing van een mens niet de enige parameter die in acht genomen moet worden, want de kwestie van euthanasie en medisch begeleide zelfmoord is steeds een publieke kwestie, die ontegensprekelijk een sociaal, juridisch en politiek aspect heeft. Wat dit betreft verschilt euthanasie van zelfmoord. De mogelijkheid om zelfmoord te plegen is het gevolg van de natuurlijke controle die iedereen over zijn lichaam heeft en die *de facto* ook de mogelijkheid biedt om over zijn leven te beschikken. In ons juridisch systeem is zelfmoord geen subjectief recht, ten hoogste enkel een vrijheid. Hierbij dient opgemerkt te worden dat zelfmoord geen plaats heeft binnen ons recht, behalve als zijnde een feit (want diegene die deze « vrijheid » belemmert, wordt niet door het gerecht lastig gevallen).

Hoewel de maatschappij zwaar wordt aangesproken door zelfmoord, weigert ze om daarmee in te stemmen. Zelfmoord heeft ook geen rechtstreekse weerslag op het medisch korps of het verzorgend personeel. Euthanasie en medisch begeleide zelfmoord daarentegen hebben rechtstreeks betrekking op de geneeskunde zelf en raken aan de fundamentele van de rechtsstaat. Daarom is het in een pluralistische en gesecculariseerde democratie volledig rechtmatig om euthanasie te weigeren door beroep te doen op sociale, juridische en politieke redenen en in naam van hogere publieke belangen. De rol van de wet is trouwens net het beschermen van deze belangen.

26. Welke zijn deze hogere belangen die door het legaliseren van euthanasie in het gedrang komen?

Ten eerste dient vermeld te worden dat met het legaliseren van euthanasie er een nieuwe bevoegdheid gegeven wordt aan het medisch korps : de dood teweegbrengen, ook al wordt deze bevoegdheid slechts uitgeoefend op vraag van de patiënt. Het bestaan van deze bevoegdheid, die strijdig is met de zorgethiek die steeds de leidraad is geweest van het medisch korps, laat de morele structuur van de geneeskunde niet ongedeerd: euthanasie is dus niet alleen een zuiver persoonlijke kwestie, want de legalisatie ervan heeft een impact enerzijds op het sociale weefsel en anderzijds op de opvatting die men heeft over de geneeskunde. Het weigeren of verwerpen van euthanasie vindt een (politieke) rechtvaardiging in de rechtmatige bekommernis om de integriteit van het geneeskundig beroep te behouden.

Ten tweede bestaat er een reël risico dat kwetsbare personen zich schuldig gaan voelen : ze denken dat ze een last zijn voor de anderen, of een financieel verlies voor de maatschappij betekenen... precies omdat ze in leven willen blijven. Ook het beïnvloedingsvermogen waarover de omgeving van de patiënt beschikt is niet te onderschatten. Voor vele zieken, die denken dat ze voor de anderen een last zijn, is het risico reël dat het recht om te sterven geïnterpreteerd wordt als een morele verplichting om als « last » te « verdwijnen », om te sterven. Voortbouwend op deze redenering kan men stellen dat euthanasieaanvragen niet de uitdrukking zouden zijn van de vrije wil van de patiënt, maar het resultaat van een morele druk die bewust of onbewust vanuit verschillende invalshoeken op de zieke wordt uitgeoefend. Bijgevolg is de bekommernis om de meest kwetsbare personen van de maatschappij (bejaarden, zieke of gehandicapte personen, mensen die in vegetatieve staat verkeren,...) te beschermen een bijkomende rechtvaardiging voor het verwerpen van euthanasie. Deze bekommernis is ook een van de eerste taken van het recht.

Nogmaals : bij euthanasie gaat het niet enkel om het « recht over hun eigen leven » dat wordt opgeëist door sommige personen, maar ook om het « recht », toegekend aan het medisch korps, om anderen het leven te ontnemen. De bedenking dat een maatschappij zich een dergelijk recht niet kan toekennen zonder ernstige schade te berokkenen aan de sociale waarde van de persoon is niet onredelijk of ongegrond. Ook het beschermen van de grondslag van ons juridisch systeem leidt ons tot het verwerpen van euthanasie. Deze grondslag luidt: geen enkele mens heeft het recht om te beschikken over het leven van een ander. (9)

27. Hoe kan men nog pleiten voor het behoud van het verbod op euthanasie?

Het verbod om in een bepaalde situatie een handeling te stellen of een gedrag aan te nemen, zonder te vermelden wat in een dergelijke situatie gedaan moet of kan worden, is fundamenteel voor de morele creativiteit. Indien het verbod wordt opgeheven zal ook het daarmee gepaardgaande morele of ethische denken zijn kracht verliezen, en samen met dit ook « het bewust en doortastend zoeken naar de beste, de best gepaste, de meest verfijnde, de meest goedwillende... oplossingen » vervagen (10).

Het verbod op euthanasie zal het medisch korps en het verzorgend personeel helpen om hun eigen grenzen te respecteren en te aanvaarden. Tevens is het verbod op euthanasie een bevestiging van hun onvoorwaardelijke eerbied voor de patiënt. Het medisch korps en het verzorgend personeel wordt erdoor verplicht om de pijn- en ziektesymptomen op een bekwaame en optimale wijze te behandelen, en om therapeutische hardnekkigheid te weren. Op die manier moedigt het verbod hen aan om een weelde aan geduld, verstand, creativiteit, morele subtiliteit... te ontplooien, en om het beste van zichzelf te geven om op de meest menselijke wijze zieke personen die aan het levenseinde zijn te begeleiden tot in de dood.

Het verbod is ook een steun voor patiënten die aan het levenseinde zijn : het is een bevestiging van de onvervreembare waardigheid die zij in zich dragen, ondanks het feit dat zij geestelijk of lichamelijk verzwakt zijn. Voor de omgeving en de naasten van de stervende tenslotte is het verbod ook een middel om

te beletten dat ze als het ware ongeduldig zouden uitzien naar het overlijden van de stervende: ze worden integendeel aangemoedigd om hem met diepgaande menselijkheid en solidariteit toegewijd te begeleiden en bij te staan, tot op het einde.

BEKNOPTE BIBLIOGRAFIE (om iets dieper op de kwestie in te gaan)

ABIVEN, M., CHARDOT, C. et FRESCO, R., *Euthanasie. Alternatives et controverses*, Voorwoord door P^f B. GLORION, Presses de la Renaissance, Paris, 2000.

DE HENNEZEL, M., *La mort intime*, Voorwoord door François MITTERAND, Éditions R. Laffont, Paris, 1995.

FRINGS, M. en LATTEUR, V., *Les alimentations artificielles en fin de vie*, Voorwoord door C. SWINE en M. FERRY, éd. Racine, Bruxelles, 2005.

MONTERO, E. en ARS, B. (uitg.), *Euthanasie. Les enjeux du débat*, Presses de la Renaissance, Paris, 2005.

VERSPIEREN, P., RICHARD, M.-S. en RICOT, J., *La tentation de l'euthanasie – Repères éthiques et expériences soignantes*, Desclée de Brouwer, Paris, 2004.

NOTA'S

(1) Cf. Comité de ética de la SEPCAL, 'Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos', *Med Pal* (Madrid), vol. 9, n° 1, 2002, 41-46.

(2) Voor een meer uitgebreide uiteenzetting, cf. dossier n° 12 van het E.I.B., 'Les soins palliatifs, un accompagnement personnalisé en fin de vie', opgesteld in samenwerking met I. DE LAMINNE, februari 2008.

(3) Voor een aantal andere overwegingen, cf. dossier n° 6 van het E.I.B., 'Les personnes en état végétatif persistant sont-elles des 'légumes'?', opgesteld in samenwerking met V. DELANNOY, oktober 2006.

(4) Om hier dieper op in te gaan, cf. S. LAUREYS, M.-E. FAYMONVILLE en P. MAQUET, 'Quelle conscience durant le coma?', *Pour la science*, n° 302, december 2002, pp. 122-128, eveneens beschikbaar op de website van het E.I.B. (rubriek 'Studies').

(5) Omtrent dit begrip, cf. de studie van P. REQUENA, 'À propos de la mort cérébrale', beschikbaar op de website van het E.I.B. (rubriek 'Studies').

(6) Cf. Thomas VAN AQUINO, S. th., I, vraag 76, art. 1 : *illud quod inest alicui rei secundum se, semper inest ei* (« wat tot de essentie van een realiteit behoort blijft er steeds aanwezig »).

(7) Voor een meer uitgebreide uiteenzetting, cf. V. POSSENTI, '¿Es el embrión persona? Sobre el estatuto ontológico del embrión humano', in C.I. MASSINI en P. SERNA (eds), *El derecho a la vida*, Eunsa, 1998, pp. 111-146.

(8) In dezelfde zin, cf. bijvoorbeeld P.O. ARDUIN, 'L'intention morale au cœur du questionnaire éthique concernant les pratiques médicales en fin de vie', *Ethique & Santé*, 2006, n° 3, p. 193.

(9) Vele belangrijke personen hebben zich in die zin uitgesproken gedurende de verhooringen in het kader van de « wet Leonetti ». Zie bijvoorbeeld het verhoor van R. BADINTER in het kader van de evaluatie van de wet van 22 april 2005, *Rapport d'information n° 1287 – Solidaires devant la vie*, deel 2, december 2008, p. 569 e.v.

(10) Zie het verhoor van professor Suzanne RAMEIX, in het kader van de evaluatie van de wet van 22 april 2005, *Rapport d'information n° 1287 – Solidaires devant la vie*, deel 2, december 2008, p. 73.

Themadossier opgesteld door Etienne Montero



Europees
Instituut voor
Bio-ethiek

205 Waversesteenweg
B-1050 Brussel
00 32 02 647 42 45
secretariat@ieb-eib.org

www.ieb-eib.org