

Samenvatting en nabeschuiving

1 INLEIDING

Euthanasie – in 1985 door de Staatscommissie Euthanasie gedefinieerd als ‘opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek’ – en hulp bij zelfdoding zijn door de wetgever in 1886 in de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht aangemerkt als misdrijven tegen het leven. Tot in de jaren zeventig van de twintigste eeuw worden deze strafrechtelijk verboden nauwelijks gebruikt noch bekritiseerd, maar vanaf dan komt er een proces van rechtsverandering op gang dat in de jaren tachtig leidt tot de legalisering van euthanasie door de rechterlijke macht. Een legalisering die in 2001, na bijna twintig jaar politiek debat wordt vastgelegd in de Wet Toetsing Levensbeëindigend Handelen op Verzoek en Hulp bij Zelfdoding.

DE INDELING VAN HET BOEK

De geschiedenis van deze rechtsverandering is het onderwerp van dit boek. Deze geschiedenis wordt – na een hoofdstuk over het juridisch en ethisch kader – beschreven in acht hoofdstukken die vier periodes vertegenwoordigen: een eerste periode (1945-1970) – beschreven in hoofdstuk 2 - waarin euthanasie nauwelijks onderwerp van gesprek was; een tweede periode (1970-1982) – beschreven in de hoofdstukken 3 en 4 - waarin veel gediscussieerd werd over euthanasie maar nauwelijks overeenstemming bestond over wat onder de term verstaan moest worden, een periode bovendien waarin de eerste belangrijke rechtszaken plaatsvonden; een derde periode (1982-1989) – beschreven in drie hoofdstukken - waarin de legalisering via de rechterlijke macht plaats vond; en tenslotte de vierde periode (1989-2002) – beschreven in de hoofdstukken 8 en 9 - waarin gepoogd werd een politiek compromis te bereiken en waarin uiteindelijk een wet werd aangenomen.

RODE DRAAD

Alhoewel euthanasie een controversieel onderwerp is, wordt het proces van rechtsverandering gekenmerkt door gematigdheid en een coöperatieve houding van nagenoeg iedere betrokken participant. Het proces vormt een typisch voorbeeld van de Nederlandse wijze van omgaan met ideologisch zwaar beladen onderwerpen, namelijk het probleem ontdoen van zijn controversiële lading. Het controversiële karakter van euthanasie bepaalt op nog een geheel andere wijze het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie: de legalisering geschiedt – in eerste instantie – door de rechterlijke macht.

In deze samenvatting wordt, met een nadruk op de totstandkoming van wat bekend is geworden als de ‘zorgvuldigheidseisen’, inzicht gegeven in de wijze waarop verschillende participanten - rechterlijke macht, het Openbaar Ministerie, de artsengorganisatie KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst), de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE), politieke organisaties en een aantal individuen - hebben bijgedragen aan de rechtsverandering.

DE DEFINITIE VAN DE TERM

In de eerste zeventig jaar van de twintigste eeuw werden met het begrip 'euthanasie' vele vormen van medisch handelen rondom het levenseinde aangeduid. Vanaf de jaren zeventig zijn er pogingen gedaan te komen tot een meer precieze begripsbepaling. Enerzijds werd medisch handelen rondom het levenseinde, dat als 'normaal medisch handelen' werd gezien niet langer aangeduid als 'euthanasie'. Zo ontstond er overeenstemming over de volgende zaken: de dood als neveneffect van pijnbestrijding ('indirecte euthanasie'), valt niet onder de noemer 'euthanasie'; en het stoppen of niet inzetten van een levensverlengende medische behandeling ('passieve euthanasie') - óf omdat die medisch zinloos of buitenproportioneel is, óf omdat een patiënt weigert een bepaalde behandeling te ondergaan - is evenmin 'euthanasie'. Anderzijds werden medische handelingen die juist als zeer problematisch werden beschouwd zoals levensbeëindiging zonder verzoek, niet langer gerekend tot de euthanasie. Dit proces van uitsluiting heeft geleid tot bovengenoemde definitie van euthanasie. Een definitie die duidelijk maakt welke politieke eis inzet van debat wordt: wijziging van artikel 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht.

STRAFUITSLUITINGSGRONDEN

Het is niet vanaf het begin evident welke nadere invulling deze politieke eis dient te krijgen. Strafrechtelijk zijn er drie mogelijkheden voor legalisering van euthanasie. De eerste mogelijkheid is die van de 'medische exceptie': het Wetboek van Strafrecht is niet van toepassing als een dokter volgens de regelen zijner kunst euthanasie toepast. Het voordeel van deze oplossing zou zijn geweest dat er geen splitsing tussen 'normaal medisch handelen' en 'buitengewoon medisch handelen' aangebracht had hoeven te worden. Een splitsing die vanuit controle-perspectief problematisch is. De tweede mogelijkheid die naar voren is gebracht is dat aan het verbod op euthanasie de materiële wederrechtelijkheid is ontvallen: het verbod op de schending van de eerbied die aan het leven verschuldigd is, is niet langer van toepassing in een situatie waarin een patiënt vrijwillig en weloverwogen verzocht heeft aan zijn leven een einde te maken. De derde mogelijkheid betreft een beroep op overmacht (artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht) in de betekenis van noodtoestand: de arts is gedwongen te kiezen tussen twee conflicterende plichten, enerzijds de norm van artikel 293 niet overtreden en anderzijds het lijden van de patiënt verlichten (en diens autonomie respecteren). Deze laatste uitweg heeft de Hoge Raad in 1984 erkend en deze erkenning ligt ten grondslag aan de nieuwe wet.

Het controleregime, de rol van het zelfbeschikkingsrecht en de centrale positie van de arts worden in de onderstaande weergave van de ontwikkeling van de zorgvuldigheidseisen nader voor het voetlicht gebracht.

DE BEGINSITUATIE

Voor 1970 is er in Nederland – zo blijkt in hoofdstuk 2, 'De vroege discussie over levensbekorting en levensbeëindiging 1945-1970' - nauwelijks gepubliceerd over euthanasie. Zelfs niet in 1952 toen voor het eerst in Nederland een arts terechtstond omdat hij zijn broer geholpen had een einde aan zijn leven te maken. In 1969 verandert deze situatie radicaal en wordt euthanasie onderwerp van publiek debat. Verschillende ontwikkelingen hebben tot deze verandering geleid.

In de jaren zestig vindt er een cruciale kentering plaats in de Nederlandse samenleving. Van een conservatief, traditie-gebonden land verandert Nederland in een proeftuin van sociale en culturele experimenten. Nederland neemt vervolgens een prominente plaats in de seksuele revolutie, de legalisering van abortus, de democratisering van sociale instituties,

het ter discussie stellen van de religieuze autoriteiten enz. Vanaf deze tijd gaan Nederlanders er vanuit dat er naar hen geluisterd wordt wat betreft onderwerpen die hen zelf aangaan. Deze mentaliteitsverandering heeft ook geleid tot een verandering in de arts-patiëntrelatie. De algemene acceptatie – en later de wettelijke vastlegging - van het idee van autonomie van de patiënt maakt deel uit van die laatste verandering.

Het ontstaan van de discussie over euthanasie wordt veelal geassocieerd met de ontwikkeling van medische technologie. Een vrij algemeen gedeelde veronderstelling is dat technologische ontwikkelingen geleid hebben tot medisch-ethische vragen die principiële anders zijn dan eerdere vragen. Technologische ontwikkelingen stellen dokters in staat de dood uit te stellen ook als herstel onmogelijk is. Dit leven, als resultaat van een uitgestelde dood, gaat echter soms gepaard met ondraaglijk, niet te verlichten lijden. Het oude adagium dat het de plicht van de dokter is om leven hoe dan ook in stand te houden komt hierdoor onder druk te staan. Als de eerbied voor het leven niet absoluut hoeft te zijn, als de dokter mag ophouden met een behandeling – dan wel omdat die behandeling medisch zinloos is, dan wel omdat de patiënt de behandeling weigert – dringt de vraag zich op of er een principiële verschil is tussen het nalaten van een daad die het leven verlengt en het verrichten van een daad die het leven bekort.

Met name de lotgevallen van mensen in coma maken de discussie over medisch-ethische kwesties rondom het levenseinde publiek. In Nederland vindt deze publieke discussie voor het eerst plaats in 1966 naar aanleiding van de gebeurtenissen rondom Mia Versluis, een jonge vrouw die na een operatie in een onomkeerbaar coma verkeert.

Het handelen van artsen rondom het levenseinde komt in 1969 definitief op de publieke agenda na het verschijnen van een boek van de zenuwarts/neuroloog Van den Berg en de nagenoeg gelijktijdige publicaties van de medisch-ethicus Sporken en de zenuwarts/neuroloog Prick. Volgens Van den Berg voldoet de 'oude medische ethiek' niet meer en is er behoefte aan een 'nieuwe medische ethiek'. In de nieuwe medische ethiek is het niet langer de plicht om leven hoe dan ook in stand te houden. In Van den Berg's woorden: "Het is de artsen geboden menselijk leven te behouden te sparen en te verlengen, waar en wanneer dat zinvol is." Als het leven niet zinvol meer is heeft de arts in Van den Berg's optiek het recht - zelfs soms de plicht - het leven van een patiënt actief dan wel passief te beëindigen.

2 DE ONTWIKKELING VAN DE 'ZORGVULDIGHEIDSEISEN' EN DE ROL VAN DE KNMG

Vanaf 1970 – zo is te lezen in hoofdstuk 3, 'Euthanasie' in vele gedaanten 1970-1978' – zijn de eisen die gesteld moeten worden aan toelaatbare euthanasie onderwerp van discussie. Het debat over deze 'zorgvuldigheidseisen' wordt gevoerd in rechtszaken, in rapporten van adviesorganen en belangengroepen en door individuen die zich in het debat mengen.

DE EERSTE FORMULERINGEN VAN 'ZORGVULDIGHEIDSEISEN'

De rechtbank Leeuwarden

In 1973 staat mevrouw Postma, een huisarts, terecht omdat ze een einde gemaakt heeft aan het leven van haar moeder die haar daar om verzocht had. Voor de rechtbank verklaart de inspecteur van de volksgezondheid dat de gemiddelde dokter in Nederland het niet meer nodig acht het leven van een patiënt eindelijk in stand te houden. In zijn optiek is pijnbestrijding, ook als daarbij het risico bestaat dat de patiënt eerder overlijdt, onder bepaalde omstandigheden vrij algemeen geaccepteerd in medische kringen. De inspecteur

omschrijft de omstandigheden als volgt: de patiënt is ongeneeslijk ziek; de patiënt lijdt lichamelijk of geestelijk ondraaglijk; de patiënt heeft uitdrukkelijk te kennen gegeven te willen sterven; de patiënt is medisch gesproken in de stervensperiode; en de toediening van de middelen geschiedt door een arts en liefst de behandelend arts.

De rechtbank Leeuwarden is het in grote lijnen eens met de inspecteur. Alleen de opvatting dat de stervensperiode moet zijn ingetreden wordt door de rechtbank verworpen. De rechtbank veroordeelt mevrouw Postma omdat ze de morfine te snel heeft toegediend. Het vonnis van de rechtbank Leeuwarden is - ondanks de verwarring tussen pijnbestrijding en euthanasie - de eerste officiële formulering van voorwaarden voor een legitieme bekorting van het leven.

De rechtszaak van mevrouw Postma genereert niet alleen een stroom van publicaties over levensbekortend en levensbeëindigend handelen, maar ook het ontstaan van een organisatie die ijvert voor de sociale acceptatie en - als dat bereikt is - de legalisering van euthanasie: de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE).

De bijdragen van belangengroepen en opinieleiders.

De eisen die aan legitieme euthanasie worden gesteld kunnen onderverdeeld worden in inhoudelijke en procedurele eisen. De inhoudelijke eisen refereren aan het verzoek, de situatie waarin de patiënt zich bevindt en de dokter-patiëntrelatie. Vanaf begin jaren zeventig is er algehele overeenstemming over drie kwesties: de patiënt zelf dient een duidelijk verzoek tot levensbeëindiging te doen; de patiënt dient ongeneeslijk ziek te zijn; degene die ingaat op het verzoek dient een arts te zijn.

Ook over de aard van het lijden is niet veel onenigheid. De NVVE stelt in 1978 dat het lijden van de patiënt 'ondraaglijk en uitzichtloos' moet zijn; een werkgroep van de KNMG is van mening dat er sprake moet zijn van een lijden niet op een andere wijze verholpen kan worden.

Over de vraag of de patiënt in de terminale fase moet verkeren bestaat geen overeenstemming. Juristen als Leenen en Van Till ondersteunen het idee van de rechtbanken dat de 'terminale fase' geen vereiste behoort te zijn voor legitieme euthanasie. Anderen daarentegen zoals de ethicus Sporken en de arts Michels stellen die eis wel. Tot in de jaren negentig zal er onenigheid over deze vraag blijven bestaan. Zo vordert bijvoorbeeld minister van Justitie Hirsch Ballin in 1991 van het Openbaar Ministerie de vervolging van een aantal artsen die euthanasie hebben toegepast terwijl de patiënt niet in de stervensfase verkeerde.

De procedurele eisen refereren onder andere aan consultatie, verslaglegging en melding. Alhoewel in de Postma-zaak noch de inspecteur, noch de rechtbank consultatie van een andere arts als voorwaarde stelde, verwoordt de werkgroep van de KNMG dat een dokter die overweegt om over te gaan tot euthanasie, overleg dient te plegen met een collega. De gezondheidsjurist Leenen meent dat dit een vereiste moet zijn voor legale euthanasie. Hij wijst verder op het belang van zorgvuldige verslaglegging.

De rechtbank Rotterdam

De eerstvolgende formulering van de 'zorgvuldigheidseisen' door een rechtbank - beschreven in hoofdstuk 4, 'De definiëring van het probleem 1978-1982' - vindt plaats in 1981. In dat jaar staat een activiste van de NVVE - geen arts - terecht voor hulp bij zelfdoding. De rechtbank Rotterdam stelt dat zelfdoding niet noodzakelijkerwijs in alle situaties onacceptabel is en dat de hulp van anderen daarbij soms onvermijdelijk is. Maar, zo meent de rechtbank, in het licht van het verbod in artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht, kan zulke hulp alleen onder bepaalde voorwaarden gerechtvaardigd worden.

In het vonnis benadrukt de rechtbank dat het verzoek om hulp bij zelfdoding vrijwillig, weloverwogen, en duurzaam moet zijn en dat het genomen dient te zijn nadat de patiënt volledig is geïnformeerd over zijn situatie. Ook deze rechtbank verwerpt de eis dat de terminale fase bereikt moet zijn. Andere voorwaarden die in deze rechtszaak genoemd worden zijn: er is sprake van een somatisch of geestelijk lijden; dit lijden is langdurig en ondraaglijk; er zijn geen andere mogelijkheden voorhanden om verbetering in de situatie te brengen; en er is een dokter betrokken bij het besluit tot levensbeëindiging. De rechtbank Rotterdam voegt een nieuwe procedurele eis toe: er mag geen onnodig leed aan anderen toegebracht worden.

De rechtbank is van mening dat mevrouw Wertheim niet aan deze voorwaarden heeft voldaan en veroordeelt haar voor hulp bij zelfdoding.

Na dit vonnis besluit het College van Procureurs-Generaal dat iedere euthanasiezaak die bij het Openbaar Ministerie bekend wordt, naar hen moet worden doorverwezen voor een vervolgingsbeslissing. Het College zal, in het licht van de vonnissen van de rechtbanken Leeuwarden en Rotterdam beslissen, of er al dan niet vervolgd moet worden. Alhoewel er voor dit besluit al euthanasie-zaken geseponereerd zijn, kunnen we pas sedertdien spreken van een seponeringsbeleid.

DE BIJDRAGE VAN DE MEDISCHE PROFESSIE AAN DE FORMULERING VAN DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

Er zijn drie typen bronnen beschikbaar die informatie verschaffen over de opvattingen van dokters omtrent de voorwaarden die gesteld moeten worden aan een zorgvuldige euthanasie: artikelen waarin dokters hun opvattingen beschreven hebben; de verklaringen die dokters afgelegd hebben bij rechtbanken; de standpuntbepaling van de overkoepelende artsengorganisatie KNMG. (De artikelen en verklaringen zijn met name beschreven in hoofdstuk 5, 'De opmaat tot legalisering (1982-1984)' en de standpuntbepaling van de KNMG staat beschreven in hoofdstuk 6, 'De cruciale periode (1984-1986)').

Individuele artsen

Uit de artikelen en verklaringen van dokters valt af te lezen dat dokters het belangrijk vinden dat de patiënt zelf duidelijk verzoekt te mogen sterven. Dit verzoek kan op meerdere manieren tot uiting komen: soms is er sprake van een schriftelijk verzoek, soms alleen een mondeling. In bijna alle beschreven gevallen geeft de patiënt aan dat het lijden ondraaglijk is en kan de dokter zich deze beleving goed voorstellen.

Als reden voor hun beslissing tot euthanasie noemen artsen, naast de aard van het lijden, het ontbreken van een andere manier om het lijden te verlichten en de vrees dat de patiënt niet meer op een waardige manier zou kunnen sterven. Uit genoemde bronnen valt op te maken dat de terminale fase geen voorwaarde is voor dokters om over te gaan tot euthanasie.

Soms bespreken de dokters de zaak met andere mensen die professioneel bij de patiënt betrokken zijn zoals pastores en verplegend personeel maar slechts een enkele dokter consulteert een onafhankelijke collega. Incidenteel worden verwanten slechts geïnformeerd en niet geraadpleegd aangaande de komende euthanasie, maar in veel gevallen wordt hen om instemming verzocht of wordt hen gevraagd het verzoek van de patiënt te bevestigen.

Na de toepassing van euthanasie vullen dokters vaak een verklaring van natuurlijk overlijden in. Daarmee overtreden zij het verbod op een valse verklaring van overlijden (artikel 228 van het Wetboek van Strafrecht) en verbergen ze de euthanasie voor justitie. Dit betekent echter niet altijd dat niemand op de hoogte wordt gesteld. Als voorbeeld

hiervan kunnen twee dokters dienen die vervolgd zijn voor het afleggen van een valse verklaring inzake overlijden, maar die wel met andere mensen die beroepsmatig bij de patiënt betrokken waren - zoals het hoofd van de verpleging - en met verwanten, gesproken hebben over hun plannen tot levensbeëindiging.

De KNMG

Een nieuw stadium in de ontwikkeling van de zorgvuldigheidseisen wordt bereikt in 1984 als het hoofdbestuur van de KNMG een nieuw standpunt met betrekking tot euthanasie publiceert. In deze publicatie benadrukt het hoofdbestuur dat alleen dokters verantwoordelijk kunnen zijn voor levensbeëindigend handelen. Euthanasie wordt door het hoofdbestuur gezien als een handeling die plaats moet vinden binnen een arts-patiëntrelatie.

Wat betreft de zorgvuldigheidseisen sluit het hoofdbestuur aan bij de jurisprudentie tot dan toe. Het hoofdbestuur is van mening dat euthanasie verricht door een dokter verantwoord kan zijn als die dokter bepaalde zorgvuldigheidseisen in acht neemt. Op de eerste plaats moet er sprake zijn van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek; op de tweede plaats van 'onaanvaardbaar' lijden. Waarbij 'onaanvaardbaar' omschreven wordt als blijvend, ondraaglijk en uitzichtloos. Het hoofdbestuur vindt verder het consulteren van een andere arts noodzakelijk en acht het invullen van een valse verklaring van overlijden onaanvaardbaar. In 1992 voegt het hoofdbestuur verslaglegging als zorgvuldigheidseis toe.

Het hoofdbestuur van de KNMG heeft na het bepalen van haar standpunt gepoogd de minister van Justitie te bewegen de toezegging te doen dat artsen die zich houden aan de zorgvuldigheidseisen, niet vervolgd zullen worden. Het hoofdbestuur heeft deze toezegging niet zwart op wit gekregen, en daaruit heeft het geconcludeerd dat wetwijziging – ter wille van de rechtszekerheid van artsen - noodzakelijk is. In afwachting van deze wetwijziging is het hoofdbestuur blijven ijveren voor verbeteringen in de meldingsprocedure - zoals het creëren van de mogelijkheid om naast de verklaring van 'natuurlijke dood' en 'niet-natuurlijke dood', als derde 'toepassing van euthanasie' in te kunnen vullen - en voor vervolgingsrichtlijnen.

De standpuntbepaling van de KNMG in 1984 is uniek in de wereld. Geen andere artsenorganisatie heeft zich positief opgesteld ten opzichte van legale euthanasie; geen andere artsenorganisatie heeft uitgesproken dat de artsen als stand een verantwoordelijkheid hebben op het terrein van de euthanasie; en geen andere artsenorganisatie is er toe overgegaan zorgvuldigheidseisen op te stellen. Een paar redenen die deze *Sondergang* van de KNMG begrijpelijk maken, dringen zich op.

Een verklaring voor het feit dat de KNMG in 1984 de leiding in het publieke debat over euthanasie nam is te vinden in een door James Kennedy gemaakte analyse van de Nederlandse elites in de jaren zestig van de twintigste eeuw. In zijn optiek hadden de Nederlandse elites de neiging om maatschappelijke problemen en crises te interpreteren als tekenen van onvermijdelijke sociale verandering. Na enige aarzeling omarmden zij vervolgens nieuwe ideeën en namen de rol van woordvoerder ervan op zich.

In het proces van rechtsverandering met betrekking tot abortus had de KNMG in de jaren zestig een andere weg gevolgd. De KNMG sprak zich pas uit vóór de mogelijkheid van abortus toen in de praktijk het abortusverbod op grote schaal niet meer nageleefd werd. Achteraf constateerde een groot aantal artsen dat zij in dit debat te weinig bepalend zijn geweest. Bij een volgend debat wilde zij niet weer langs de zijlijn staan.

Daar komt bij dat in het abortusdebat de artsenstand innerlijk verdeeld is geraakt. Een groep artsen, die weliswaar lid bleven van de KNMG, heeft zich toen georganiseerd in het

Nederlands Artsenverbond, een organisatie die levensbeëindigend handelen door artsen principieel afwijst. Een dergelijke splitsing was in 1984 niet meer te vrezen.

Een andere reden die de bijzondere positie van de KNMG begrijpelijk maakt is de tactische manoeuvre die de voorbereidingsgroep bedacht heeft. Zij hebben ervoor gezorgd dat het hoofdbestuur niet een standpunt voor of tegen euthanasie innam, maar in plaats daarvan zorgvuldigheidseisen omschreef. Het effect daarvan is – en dat is typisch Nederlands – dat de discussie binnen de professie ontdaan werd van haar meest gevoelige lading.

Opgemerkt moet worden dat hetgeen de KNMG in 1984 deed, afgezien van het op zich nemen van de verantwoordelijkheid, minder spectaculair is dan het lijkt. In wezen heeft de organisatie niet heel veel anders gedaan dan het in eigen termen overnemen van de zorgvuldigheidseisen die reeds door de rechtbanken geformuleerd waren.

3 DE BIJDRAGE VAN DE HOGE RAAD AAN DE LEGALISERING VAN EUTHANASIE

In november 1984 doet de Hoge Raad der Nederlanden voor het eerst een uitspraak over euthanasie (deze uitspraak is beschreven in hoofdstuk 6). In het Schoonheim-arrest bepaalt de Hoge Raad dat een beroep op noodtoestand (overmacht in de vorm van een conflict van plichten) in principe openstaat voor een arts die euthanasie gepleegd heeft.

De Hoge Raad stelt in deze rechtszaak een aantal vragen centraal: moest worden gevreesd voor een steeds verdergaande ontluistering van de persoon van de vrouw in kwestie; moest worden gevreesd voor een verdere verergering van het toch al ondraaglijke lijden; was te voorzien dat de vrouw weldra niet meer in staat zou zijn op een waardige manier te sterven; en ten slotte waren er nog andere mogelijkheden om haar lijden te verzachten. Het gegeven dat de arts geen onafhankelijke collega had geraadpleegd is in de optiek van de Hoge Raad geen voldoende reden om het beroep op noodtoestand te verwerpen.

In de tweede zaak die voor de Hoge Raad komt, wordt de opvatting dat euthanasie valt onder de 'medische exceptie' expliciet verworpen (dit arrest wordt beschreven in hoofdstuk 7, 'Een voorlopige afronding 1986-1989'). De Hoge Raad meent dat uit de rechts-geschiedenis blijkt dat het niet de bedoeling is dat het verbod op euthanasie in artikel 293 onder de medische exceptie valt. Verder motiveert de Hoge Raad deze opvatting door te stellen dat er geen consensus bestaat over het idee dat euthanasie een vorm van normaal medisch handelen is.

In weer een andere zaak - eveneens opgenomen in hoofdstuk 7 - brengt de Hoge Raad duidelijkheid over de verklaring van overlijden. De raad houdt een vonnis in stand waarin geoordeeld is dat een dokter het beroep op noodtoestand niet toekomt wanneer hij beschuldigd wordt van het onjuist invullen van de verklaring van overlijden. Een valse verklaring van een 'natuurlijke dood' ondermijnt het stelsel van wettelijke controle over levensbeëindigend handelen. Het beroep op de geheimhoudingsplicht wordt verworpen: deze plicht geeft een dokter het recht te zwijgen maar niet het recht om onjuiste informatie te verschaffen.

Tenslotte schept de Hoge Raad in 1994 ook duidelijkheid omtrent de vraag of de 'terminale fase' een vereiste is bij legale euthanasie. In de Chabot-zaak - beschreven in hoofdstuk 8, 'Een politiek van afhouden 1989-1994' – spreekt de Hoge Raad uit dat ook mensen met een psychisch lijden dat niet zijn oorsprong vindt in een somatische oorzaak, in aanmerking kunnen komen voor gerechtvaardigde hulp bij zelfdoding. In een dergelijke casus moet wel extra behoedzaamheid betracht worden.

De arresten van de Hoge Raad hebben duidelijkheid geschapen over de beschikbare rechtvaardigingsgrond en over de voorwaarden waaraan gerechtvaardigde euthanasie moet voldoen. De Raad benadrukt het belang van het verzoek van de patiënt. In termen van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht moet het verzoek "uitdrukkelijk en ernstig" zijn. Het verzoek moet gedaan zijn door de persoon in kwestie; het moet vrijwillig zijn en weloverwogen. Het lijden van de patiënt moet ondraaglijk en uitzichtloos zijn, maar het lijden hoeft niet fysiek te zijn en het hoeft geen somatische oorsprong te hebben. Niet-somatisch lijden kan zaken omvatten als het vooruitzicht van onmenselijk aftakeling en de mogelijkheid niet meer in staat te zijn 'waardig' te sterven. Een laatste voorwaarde die genoemd wordt is dat de mogelijkheden van behandeling uitgeput moeten zijn (of afgewezen door de patiënt).

In aanvulling op deze inhoudelijke zorgvuldigheidseisen, moet de dokter die euthanasie toepast ook voldoen aan een aantal procedurele vereisten. De dokter moet er voor zorgen dat hij er zeker van is dat voldaan is aan de inhoudelijke zorgvuldigheidsvoorwaarden; als het lijden van de patiënt van niet-somatische aard is moet de geconsulteerde arts de patiënt zelf onderzoekt hebben; na de euthanasie mag de verantwoordelijke arts niet de verklaring van natuurlijk overlijden invullen.

NOODTOESTAND: DE ARTS STAAT CENTRAAL

De juridische oplossing in termen van 'conflict van plichten' maakt duidelijk dat de legalisering van euthanasie in Nederland toegesneden is op de arts en niet op de patiënt. Het is de arts die in een conflict van plichten terechtkomt waaruit hij een gerechtvaardigde keuze maakt. De invulling van de plichten die tegenover elkaar staan – het lijden te verlichten en het niet schenden van het verbod op levensbeëindiging – maken ook duidelijk dat zelfbeschikking niet het dragende beginsel van de legalisering is. Zelfbeschikking is slechts een voorwaarde in die zin dat alleen levensbeëindiging op uitdrukkelijk en vrijwillig verzoek, gelegaliseerd is.

Waar in de meeste landen zelfbeschikking en respect voor het leven recht tegen over elkaar staan, heeft in Nederland een derde waarde - 'barmhartigheid' - altijd een bemiddelende rol gespeeld. Barmhartigheid, een waarde die centraal staat in de medische ethiek, wordt door voor- en tegenstanders in het debat als zijnde belangrijk erkend.

Het ideologisch conflict is om nog een andere reden in Nederland nooit in zijn volle scherppte naar voren gekomen. Deze reden is te vinden in de gematigde wijze waarop de conflicterende waarden 'respect voor het leven' en 'zelfbeschikking' zijn ingevuld. Bijna niemand verdedigt 'respect voor het leven' zonder meer. Ook in protestantse en katholieke kringen wordt gesteld dat het biologisch leven *an sich* niet de hoogste waarde heeft. Van de andere kant vullen ook de meeste pleitbezorgers van legale euthanasie 'zelfbeschikking' op een gematigde wijze in. Deze gematigde invulling hangt samen met de gedeelde opvatting dat rekening gehouden moet worden met de gevoelens en belangen van anderen, met name van naasten, en dat het gemeenschapsbelang bij de wijze waarmee met leven en dood wordt omgegaan, zwaar weegt.

De precieze grenzen van 'gematigde zelfbeschikking' en de competentie van de arts zijn nog niet helemaal verkend. Op dit moment staat vooral ter discussie of het domein van de medische barmhartigheid niet oneigenlijk vergroot wordt door hulp bij zelfdoding aan mensen met 'existentiële problemen' toe te staan. De aanstaande uitspraak van de Hoge Raad met betrekking tot de hulp bij zelfdoding van de ex-senator Brongersma zal hier meer duidelijkheid over brengen.

OVER GEDOGEN EN DE ROL VAN DE RECHTERLIJKE MACHT

Een vraag die verwant is aan de rol van de rechterlijke macht is hoe lang er ten aanzien van het beleid met betrekking tot euthanasie gesproken kan worden van 'gedogen'. Gezien het opportuniteitsbeginsel is het in Nederland mogelijk dat het Openbaar Ministerie op beleidsgronden besluit tot het onder bepaalde omstandigheden niet vervolgen van bepaalde misdrijven. Gedogen is dus één van de mogelijke reacties op een schending van het recht. Het beleid zoals dat in 1981 door het College van Procureurs-Generaal is geformuleerd kan beschouwd worden als een gedoogbeleid.

Opvallend in het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie is niet zozeer dat van de bevoegdheid tot gedogen gebruik is gemaakt door bepaalde categorieën van zaken te seponeren, maar vooral dat het Nederlandse Openbaar Ministerie, anders dan in andere landen (bijvoorbeeld Frankrijk en België), besloten heeft euthanasiezaken voor de rechter te brengen. Het gevolg daarvan was aanhoudende belangstelling voor het thema 'euthanasie' en de mogelijkheid van het verfijnen van de eisen die aan legale euthanasie moeten worden gesteld.

In 1984, zo hebben we gezien, leiden ontwikkelingen in de jurisprudentie tot een situatie waarin vaststaat dat een dokter die zich houdt aan de zorgvuldigheidseisen, een beroep kan doen op noodtoestand in de vorm van een conflict van plichten. In feite legaliseert het arrest van de Hoge Raad euthanasie indien toegepast met inachtneming van de zorgvuldigheidseisen.

In 1985 probeert de KNMG een toezegging te krijgen van de minister van Justitie dat artsen die zich gehouden hebben aan de zorgvuldigheidseisen, niet vervolgd zouden worden. Toen de minister daarover een vraag kreeg in de Tweede Kamer antwoordde hij dat in het algemeen het Openbaar Ministerie een arts die zich bij het toepassen van euthanasie gehouden heeft aan de zorgvuldigheidseisen, zoals die geformuleerd zijn in de rechtspraak en door de KNMG, niet zal vervolgen.

Een arrest van de Hoge Raad van 1987 (beschreven in hoofdstuk 7) ondersteunt de opvatting dat een dokter die zich aan de zorgvuldigheidseisen gehouden heeft, niet vervolgd kan worden. Het betreft een zaak van een dokter die euthanasie toegepast had en die bezwaar aangetekend had tegen zijn vervolging. Het gerechtshof kwam tot het oordeel dat de dokter niet vervolgd moest worden omdat, als de rechter zich over de zaak zou buigen, al snel duidelijk zou worden dat de dokter in een conflict van plichten een gerechtvaardigde keuze had gemaakt. De Hoge Raad verwierp het beroep van het Openbaar Ministerie met de stelling dat het oordeel van het hof met voldoende redenen was omkleed. Daarmee maakte de Hoge Raad duidelijk dat een dokter, als hij zich gehouden heeft aan de zorgvuldigheidseisen, erop mocht rekenen niet vervolgd te worden.

Deze ontwikkelingen hebben de positie van het Openbaar Ministerie fundamenteel veranderd. De verklaring van de minister heeft immers vervolging onwaarschijnlijk gemaakt en het arrest van de Hoge Raad heeft duidelijk gemaakt dat vervolging kansloos is. Daar het Openbaar Ministerie niet langer geconfronteerd werd met een schending van het recht, was het besluit niet te vervolgen niet langer gebaseerd op beleidsgronden, maar op rechtsgronden. Vanaf dat moment kunnen we dan ook niet meer spreken van een gedoogbeleid van het Openbaar Ministerie. Met andere woorden, het Nederlandse beleid met betrekking tot euthanasie was maar voor korte tijd een gedoogbeleid. Vanaf ongeveer 1985 is euthanasie, mits toegepast door een dokter die zich daarbij aan de zorgvuldigheidseisen houdt, niet langer onrechtmatig.

Het algemene beeld van gedogen is bovendien niet van toepassing op de rol van het Openbaar Ministerie inzake euthanasie. Gedogen wordt meestal afgeschilderd in negatieve termen. Gedogen wordt dan geassocieerd met de ogen sluiten, achterover leunen en niets doen. De houding van het Openbaar Ministerie inzake euthanasie was echter geheel anders. Het gedoogbeleid van het Openbaar Ministerie ging feitelijk hand in hand met actieve pogingen om meer helderheid te krijgen over de grenzen van zorgvuldige euthanasie. Een voorbeeld hiervan is de eerste zaak waarin de Hoge Raad oordeelt over euthanasie. In deze zaak is het plaatselijk Openbaar Ministerie van mening dat de dokter voldaan heeft aan de zorgvuldigheidscriteria, maar desalniettemin besluit het College van Procureurs-Generaal te vervolgen. Het College betwijfelt onder andere of er wel sprake is geweest van voldoende onafhankelijke consultatie en tracht meer helderheid te krijgen over de zorgvuldigheidscriteria.

Een ander voorbeeld van de actieve betrokkenheid van de vervolgingsinstanties in de ontwikkeling van het beleid zijn de pogingen van individuele officieren van justitie om dokters te stimuleren euthanasie als zodanig te melden. Het meest bekende voorbeeld is de officier van justitie Josephus Jitta in Alkmaar. Vroeg in de jaren tachtig was het voor een dokter niet erg aantrekkelijk om een euthanasie als een niet-natuurlijke dood te melden. Het gevolg van een dergelijke melding was immers een politie-onderzoek met de daarbij horende emotionele en praktische consequenties voor de dokter en de verwanten van de gestorvene. Josephus Jitta ontwikkelde een procedure waarin artsen euthanasie eerlijk konden melden zonder bovengenoemde gevolgen. Hij beloofde de artsen dat zij niet door de politie lastig gevallen zouden worden, als zij in geval van euthanasie de gemeentelijk lijkschouwer zouden waarschuwen en een verslag zouden afgeven. De snel stijgende meldingscijfers in het district Alkmaar bewijzen dat dit beleid vruchten droeg.

Nog een ander voorbeeld van de actieve houding van functionarissen van het Openbaar Ministerie is de betrokkenheid van de individuele officieren in het formuleren van protocollen en richtlijnen met betrekking tot euthanasie in instellingen zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen. In de periode 1989-1994 steeg het aantal instellingen met een beleid op dit terrein aanzienlijk. In het algemeen weerspiegelen die protocollen en richtlijnen de juridische normen en in veel gevallen waren plaatselijke officieren van justitie actief betrokken bij het stimuleren en vaststellen ervan.

4 DE BIJDRAGE VAN HET PARLEMENT

De politieke verwerking van de rechtsverandering met betrekking tot euthanasie is vooral zichtbaar op 'kansrijke momenten'¹ in het politieke bedrijf waarop nieuw beleid mogelijk lijkt. De laatste twintig jaar zijn er voor wat euthanasie betreft drie van dergelijke momenten aan te wijzen. Deze drie momenten beschrijf ik in het hierna volgende.

HET EERSTE KANSRIJKE MOMENT: 1984-1985

Het eerste 'kansrijke moment' doet zich voor in de voor het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie cruciale jaren 1984-1985. Tot 1980 was de rol van politieke actoren in het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie tamelijk klein. Vanaf beginnen politieke partijen hun standpunten te publiceren en in 1984 wordt een

¹ Bij een 'kansrijk moment' handelt het om een politieke constellatie die gunstig is voor de totstandkoming van wetgeving of beleid. De achterliggende gedachte is dat er een koppeling plaatsvindt tussen de drie stromen die het politieke proces bepalen: problemen, oplossingen en participanten. Of die koppeling plaatsvindt wordt in deze optiek deels door het toeval bepaald (Koppenjan 1993): 34-37.

initiatiefwetsvoorstel in de Tweede Kamer ingediend. Wessel-Tuinstra (D66), de indiener van het voorstel, is van mening dat zowel de persoon die om euthanasie vraagt als de dokter die bereid is het uit te voeren, bloot staan aan rechtsonzekerheid. De regulering van euthanasie is volgens haar de verantwoordelijkheid van de wetgever. Het wetsvoorstel wordt ingediend in een periode waarin kort achter elkaar vier belangrijke gebeurtenissen plaatsvinden: de indiening van het wetsvoorstel; de standpuntbepaling van de KNMG; het eerste arrest van de Hoge Raad; en het advies van de Staatscommissie Euthanasie (allemaal beschreven in hoofdstuk 6, 'De cruciale periode 1984-1986'). Ondanks het in de tijd samenvallen van deze vier belangrijke gebeurtenissen en ondanks de verwachte kamermeerderheid voor het wetsvoorstel, komt er op dat moment geen wetgeving tot stand.

De regering – een coalitie van CDA en VVD - was van mening dat de tijd nog niet rijp was voor een dergelijke verandering. Voor het geval het parlement een andere mening was toegedaan diende de regering een 'Proeve van wetgeving' in. Een jaar later trok de regering de 'Proeve' in ten faveure van een voorstel waarin de zorgvuldigheidseisen opgenomen werden in de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst, maar het Wetboek van Strafrecht ongewijzigd bleef. Voor de Tweede Kamer over dit voorstel kon stemmen, viel het kabinet (De reactie van de regering en het nieuwe wetsvoorstel staan beschreven in hoofdstuk 7, 'Een voorlopige afronding 1986-1989'.)

HET TWEDE KANSRIJKE MOMENT: 1993

De daarop volgende regering – een coalitie van CDA en PvdA - stelt in 1989 voor, alvorens de wet te wijzigen, een landelijk onderzoek te doen naar de praktijk van euthanasie. Dit onderzoek kan alleen plaats vinden als de dokters meewerken. Om deze medewerking te garanderen komt men tegemoet aan een van de wensen die dokters allang koesterden: een meldingsprocedure voor euthanasie en richtlijnen voor de politie en het Openbaar Ministerie zodat de justitiële afhandeling van euthanasie zo discreet mogelijk kan gebeuren. Daarmee ontstaat het tweede 'kansrijke moment'. (De politieke ontwikkelingen, de gegevens van het onderzoek en de politieke consequenties die daaraan verbonden zijn, staan beschreven in hoofdstuk 8, 'Een politiek van afhouden 1989-1994'.)

Het onderzoek maakt duidelijk dat bijna 50.000 sterfgevallen (dat is 38% van alle sterfgevallen) voorafgegaan worden door een beslissing van een dokter die mogelijkwijs de dood van de patiënt impliceert. In ongeveer 22.500 gevallen (17,5%) gaat het daarbij om de beslissing een behandeling te stoppen dan wel niet in te zetten. In een even groot aantal gaat het om een beslissing pijn te bestrijden met het risico dat daarmee het intreden van de dood versneld wordt. In 1990 is er 2300 keer euthanasie toegepast door een dokter en 400 keer hulp bij zelfdoding.

Het onderzoek laat zien dat er veel vaker om levensbeëindiging wordt gevraagd, dan het wordt toegepast. De onderzoekers schatten dat in 1990 op zo'n 4000 serieuze verzoeken niet is ingegaan. Het onderzoek toont bovendien aan dat ongeveer 1000 keer per jaar een leven wordt beëindigd zonder dat de patiënt daarom verzocht heeft.

Wat betreft de zorgvuldigheidseisen maakt het onderzoek duidelijk dat bijna alle dokters op de hoogte zijn van de inhoudelijke en procedurele zorgvuldigheidseisen. Gevraagd naar het belang van de verschillende zorgvuldigheidseisen voor euthanasie, vonden vrijwel alle artsen de vrijwilligheid, het weloverwogen verzoek, het onaanvaardbaar lijden voor de patiënt, adequate voorlichting aan de patiënt en een technisch verantwoorde uitvoering belangrijk of zeer belangrijk. Een aantal andere zorgvuldigheidseisen, waaronder de eis van het collegiaal

overleg, werd door een kleiner percentage van de artsen belangrijk of zeer belangrijk geacht.

Zoals te verwachten worden de zorgvuldigheidseisen die dokters zelf belangrijk vinden het beste nageleefd. Bij euthanasie dient er per definitie sprake te zijn van een duidelijk verzoek van de patiënt, en dokters waren ervan overtuigd dat in bijna alle gevallen het verzoek helemaal van de patiënt zelf kwam. In 80% van de gevallen heeft de arts overlegd met een of meer collegae. Overleg met naasten vindt in bijna alle gevallen plaats. Ook de verpleging is bij uitvoering van een euthanasie in het ziekenhuis of verpleeginstelling vrijwel altijd bij de besluitvorming betrokken. Met het bijhouden van een verslag van de besluitvorming was het niet zo goed gesteld. Gemiddeld is dat in 40% van de gevallen gebeurd. Uit het onderzoek blijkt verder dat dokters slechts in 18% van de gevallen melden dat er sprake is van een niet-natuurlijke dood.

Als reactie op het onderzoek stelt de regering het parlement voor een wettelijke verankering te geven aan de in 1990 voor het onderzoek ontwikkelde meldingsprocedure. Het parlement gaat daar in 1993 mee akkoord.

Dit 'kansrijke moment' is een voorbeeld van een onverwachtse koppeling tussen een probleem en een oplossing. De wens om gegevens over het toepassen van euthanasie te verzamelen; de wens om over een meldingsprocedure te beschikken; en de wens om het probleem van de euthanasie te regelen zonder het Wetboek van Strafrecht te veranderen, zoemden reeds sedert 1986 rond in kringen van voor- en tegenstanders van legalisering. De regeringswisseling van 1989 is de *trigger* die dit activeert. De situatie die in 1994 ontstaan is - euthanasie is wettelijk nog steeds verboden, maar er is wel geregeld hoe euthanasie gemeld moet worden - kan als typisch Nederlands worden aangemerkt. In het buitenland is er dan ook alom onbegrip over.

In 1994 komt er een nieuwe regering waarin voor het eerst sedert 1918, geen van de confessionele partijen vertegenwoordigd is. Tot verrassing van menigeen ging deze regering - die bestond uit partijen die zich sedert 1984 uitgesproken hadden vóór het wetsvoorstel Wessel-Tuinstra - niet over tot het formuleren van een regeringsvoorstel, maar stelde zij voor het landelijke onderzoek nogmaals te herhalen. (De ontwikkelingen vanaf 1994 zijn beschreven in hoofdstuk 9, 'De politieke afronding 1994-2002'.)

Uit dit tweede landelijke onderzoek blijkt dat in 1995 bijna 60.000 sterfgevallen (dat is 42% van alle sterfgevallen) voorafgegaan waren door een beslissing van een dokter. Opnieuw handelde deze beslissing bijna allemaal om 'normaal medisch handelen': in 25.100 gevallen (=18,5%) ging het om pijnbestrijding met een mogelijk levensbekortend effect en in 27.100 gevallen (= 20%) om een absteineer-beslissing. Het aantal gevallen van euthanasie was toegenomen tot 3200, het aantal keren dat er hulp bij zelfdoding was verleend was het zelfde gebleven (400) en het aantal malen dat een leven beëindigd was, zonder dat de patiënt daar uitdrukkelijk om gevraagd had, was gedaald naar 900. Daarmee was het percentage levensbeëindiging op verzoek gestegen van 2,1% naar 2,7%, en dat van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek gedaald van 0,8% naar 0,7% van alle sterfgevallen.

Het aantal schriftelijke verzoeken nam toe van 35% in 1990 tot 59% in 1995. In 1995 zei een dokter in 92% van de gevallen dat hij de casus besproken had met een collega en in 79% was deze consultatie formeel. De geconsulteerde arts was echter zelden helemaal onafhankelijk. Volgens het onderzoek bespraken de dokters in 93% van de gevallen de situatie met de familie. Het is opmerkelijk dat een vereiste - het overleggen met verwanten - dat nooit veel aandacht gehad heeft van de KNMG, de rechtbanken of handhavinginstanties, desalniettemin zo prominent aanwezig gebleven is in de medische praktijk.

Overleg met de verpleging vindt plaats in ongeveer een derde van alle gevallen van euthanasie.

Uit het onderzoek in 1995 wordt duidelijk dat het meldingspercentage, alhoewel flink gestegen van 18% in 1990 naar 41% in 1995, nog tamelijk laag is. Om dit aantal omhoog te krijgen stelt de regering voor een buffer te creëren tussen de dokters en het Openbaar Ministerie in de vorm van regionale toetsingscommissies. Deze toetsingscommissies moeten beoordelen of in een geval van euthanasie voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen. Als dat het geval is adviseert de toetsingscommissie het Openbaar Ministerie om niet te vervolgen.

De NVVE

De Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie begint zich inmiddels ernstige zorgen te maken of wetgeving nog wel tot stand zal komen. Om het proces te versnellen publiceren zij in 1996 een 'voorontwerp euthanasiewet'. Uit dat wetsvoorstel blijkt dat de NVVE een andere koers aan het varen is.

Tot in de jaren negentig kan de NVVE gekenmerkt worden als een behoedzame en voorzichtig opererende organisatie met goede contacten in politiek Den Haag. De voorzichtigheid van de NVVE is aanwijsbaar in de hulpverlening die zij verstrekt, in de manier waarop zij streeft naar de legalisering van euthanasie en in de invulling die zij geeft aan zelfbeschikking.

Tot 1996 had de NVVE nooit politiek onbespreekbare eisen gesteld. De koersverandering die in 1996 optreedt is een uitvloeisel van de sedert 1991 optredende radicalisering van de invulling van het begrip 'zelfbeschikking'. In 1991 is de vereniging ertoe over gegaan de maatschappelijke acceptatie en legalisatie van hulp bij zelfdoding in geval van personen wier dood niet aanstaande is in haar doelstelling op te nemen. Direct daarop aansluitend is binnen de vereniging de discussie opgepakt over het zelfgewilde einde van oude mensen. Deze discussie is in 1996 uitgemond in het genoemde wetsvoorstel. Het realiseren van een van de in het wetsvoorstel genoemde mogelijkheden - 'de pil van Drion' - ziet de NVVE sindsdien als haar taak.

HET DERDE 'KANSRIJKE MOMENT': 2001

In 1998 – vlak voor de verkiezingen – dienen drie leden van de regeringspartijen een initiatiefwetsvoorstel in waarin euthanasie gelegaliseerd wordt. Het tweede paarse kabinet neemt dit voorstel in een iets gewijzigde vorm over. Dit regeringsvoorstel wordt in 2001 door het parlement aangenomen. Met deze wet is het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie (voorlopig) afgerond. De wet geeft ook een versterking van de positie van de toetsingscommissies. Hadden deze voorheen slechts een adviserende rol, vanaf 2002 geldt dat, als de toetsingscommissie van mening is dat de meldende dokter voldaan heeft aan de zorgvuldigheidseisen, de zaak daar eindigt.

Dokters zijn zich onder de nieuwe wet niet schuldig aan euthanasie (artikel 293) of hulp bij zelfdoding (artikel 294) als zij aan twee voorwaarden voldoen: de zorgvuldigheidseisen zoals die vermeld staan in de wet in acht nemen; en de euthanasie melden bij de gemeentelijk lijkschouwer. Volgens de zorgvuldigheidseisen in de nieuwe wet moet een dokter ervan overtuigd zijn dat de patiënt een vrijwillig en weloverwogen verzoek heeft gedaan en dat het lijden van de patiënt uitzichtloos en ondraaglijk is; hij moet de patiënt geïnformeerd hebben over zijn situatie en samen met hem ervan overtuigd zijn dat er geen redelijk alternatief is voor de situatie; hij moet op zijn minst één van hem onafhankelijke collega geconsulteerd hebben; en de levensbeëindiging moet medisch zorgvuldig zijn uitgevoerd.

Het controleregime

De depolitiserende werking van het ontwikkelen van procedures is het meest duidelijk bij het ontstaan van de meldingsprocedure ten behoeve van het eerste landelijk onderzoek. De behoefte aan een dergelijke procedure was allang aanwezig maar politici waren niet bereid er aan mee te werken. In het kader van het onderzoek werd de eis zonder veel weerstand ingewilligd.

Een erkende zwakke stee in de controle, maar een die alleen tegen hoge kosten te verhelpen is, is dat de controle staat of valt met de bereidheid van artsen zich toetsbaar op te stellen. Die bereidheid wordt zwaar op de proef gesteld doordat de scheiding tussen euthanasie (tot voor kort onderworpen aan strafrechtelijke controle en nu aan controle door de toetsingscommissies) en pijnbestrijding met dodelijk neveneffect (waarvoor geen speciaal controleregime bestaat) flinterdun is en bovendien construeerbaar. Verschillende auteurs hebben gewezen op de onevenwichtigheid in de controle van bepaalde handelingen: sommige vormen van levensbekortend handelen zijn onderworpen aan zorgvuldigheidseisen en controle, terwijl andere, evengoed zeer ingrijpende handelingen, niet onderworpen zijn aan een dergelijke controle.

Het controleregime ontwikkelt zich langs de weg van vallen en opstaan. Er worden steeds nieuwe beleidsinterventies gepleegd om artsen tot melden te bewegen (soms zelfs in zo'n hoog tempo dat de interventies nog voor ze goed en wel in het veld zijn doorgedrongen worden opgevolgd door nieuwe ingrepen). In die ontwikkelingen zijn twee tendensen te onderscheiden: de ene is dat controle in toenemende mate buiten het strafrecht plaatsvindt; de andere is dat toetsing vooraf langzamerhand de plaats in neemt van toetsing achteraf. Beide tendensen impliceren controle die in eerste instantie vooral door de beroepsgroep geschiedt. Als die tendensen tot hun uiterste voortgezet worden, zou dat betekenen dat via een achterdeur de 'medische exceptie' uiteindelijk erkend is en dat het onderscheid tussen 'normaal medisch handelen' en 'buitengewoon medisch handelen', dat weliswaar enig nut heeft gehad tijdens het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie, als onnodig kan worden afgedaan.

De rol van het parlement

De Wet Toetsing levensbeëindigend handelen op verzoek en hulp bij zelfdoding voegt zo goed als niets toe aan de zorgvuldigheidseisen zoals die ontstaan zijn in de loop van de rechtsverandering. Formeel gesproken zou men kunnen zeggen dat door deze wet een groter belang gehecht wordt aan de vereisten van consultatie en melding. Deze vereisten zijn in de wet Toetsing als voorwaarden opgenomen, terwijl rechtbanken vooralsnog tekortkomingen op deze twee punten niet als obstakels zagen voor een geslaagd beroep op overmacht. De minister van Justitie heeft echter in het parlementaire debat toegezegd dat er geen verandering zal plaats vinden in het vervolgingsbeleid en de wet heeft in dat geval ook wat deze vereisten betreft geen feitelijke verandering tot gevolg.

De bekende politiek van uitstellen en zoeken naar een technische oplossingen om zo de ideologische confrontatie te vermijden, heeft veel tijd gevraagd. Die tijd is echter, zo kunnen we achteraf stellen, goed besteed. Nederland is het enige land met zo'n grote schat aan gegevens over het medisch handelen rondom het levenseinde. Bovendien heeft de publieke opinie zich in de loop der jaren geleidelijk ontwikkeld tot een situatie waarin meer dan 90 procent van de bevolking zich kan vinden in de nieuwe wet. De legalisering van euthanasie heeft plaatsgevonden op een tijdstip waarop euthanasie in wezen geen controversieel onderwerp meer is.

De traagheid van de besluitvorming heeft ook als resultaat dat niet alleen de minder controversiële vormen van het levensbeëindigend handelen aan de orde zijn gekomen, maar ook de meer problematische onderdelen zoals levensbeëindiging bij mensen met psychische

problemen en bij wilsonbekwame patiënten. Dit wil overigens niet zeggen dat al deze onderwerpen heel diepgaand bediscussieerd zijn. De Nederlandse discussie lijkt meer gekenmerkt te worden door een bepaalde oppervlakkigheid dan door grote diepgang. Afgezien van een enkele denker zoals Kuitert en een enkel rapport zoals dat van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, zijn er weinig Nederlandse bijdragen aan de literatuur over levensbeëindigend handelen die uitblinken in originaliteit. Kenmerk van de Nederlandse discussie is nuchterheid, niet diepzinnigheid.

De traagheid van de besluitvorming heeft ook een geleidelijke ontwikkeling van het controleregime mogelijk gemaakt. Daardoor heeft er een steeds verdergaande verfijning plaats kunnen vinden op grond van praktijkervaringen. Zo werd de 'medische exceptie' aanvankelijk verworpen, want alleen het strafrecht werd voldoende geacht voor zo'n preciaire materie. Eind jaren negentig verwijderde het beleid zich echter steeds meer van het strafrecht en kwam het strafrecht steeds verder 'op afstand' te staan. Leek het in de jaren tachtig onmogelijk om te komen tot toetsing vooraf, inmiddels is dat idee naar aanleiding van het succesvolle SCEA-experiment al in brede kring geaccepteerd.

In ogeschouw nemend dat ook de wetgever zich realiseert dat de nieuwe wet alleen vastlegt wat al eerder uitgewerkt is door rechtbanken, het Openbaar Ministerie, de beroepsgroep en anderen, kan men zich afvragen waarom het veranderen van de wet zolang geduurd heeft. De kenmerken van problemen als abortus en euthanasie zijn hier debet aan. Morele controverses hebben de neiging lang onderwerp van debat te blijven vanwege de intensiteit van ideologische tegenstellingen. Juridische beslissingen leiden in dergelijke zaken niet altijd tot het afsluiten van het debat. Het wachten op nieuwe sociale ontwikkelingen – bij voorbeeld de consolidatie van de publieke opinie – is dan nog altijd een optie voor een wetgever die er op uit is het politieke risico zo klein mogelijk te houden.

Ook coalitiepolitiek speelt een verdragende rol in de besluitvorming. Van 1918 tot 1994 was het CDA – en de partijen waaruit het in 1981 is ontstaan - onontbeerlijk bij het samenstellen van regeringen. De sociaal-economische tegenstelling tussen PvdA en VVD was te groot om samen regeren mogelijk te maken en noch de ene partij noch de andere vond genoeg medestanders in het parlement om een regering zonder het CDA te formeren. En het CDA vond het politiek wenselijk zich tegen elke formele legalisering van euthanasie op te stellen. De druk op het CDA om rekening te houden met de wens van zijn coalitiepartners – en eigenlijk ook de eigen kiezer - was bovendien niet erg groot.

De uitspraak van de Hoge Raad in 1984 leidde op geheel eigen wijze tot vertraging in de besluitvorming. De uitspraak wees niet alleen een juridische uitweg, maar bewerkstelligde ook een politieke patstelling. Een regeringsvoorstel dat een inperking betekende ten opzichte van het arrest van de Hoge Raad was voor de regeringspartners van het CDA onacceptabel (tot 1989 de VVD en tussen 1989 en 1994 de PvdA), terwijl het formeel ratificeren van het arrest in een wet onacceptabel was voor het CDA.

De geschiedenis van het euthanasiedebat stemt overeen met een algemeen kenmerk van de Nederlandse politiek: vermijden van conflicten. Dit vermijden gebeurt traditioneel door het uitstellen van besluiten of door het depolitiseren van een kwestie. Moeilijke politieke besluiten worden vaak uit de weg gegaan door de problemen over te laten aan rechtbanken en door het instellen van adviesorganen. Een voorbeeld hiervan inzake euthanasie is dat in 1984 alle politieke activiteit werd opgehouden totdat de Staatscommissie Euthanasie haar advies had uitgebracht. Uitstellen en depolitiseren kan ook bereikt worden door het initiëren van landelijk onderzoek. Ook hiervan is in het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie een voorbeeld te vinden: de onderzoeken van 1990 en 1995 dienden als excuses voor een verder uitstel van wetgevende activiteit.

De beide paarse kabinetten hebben pas heel laat gebruik gemaakt van de mogelijkheden die een regering zonder confessionele partijen bood voor de legalisering van euthanasie. Het leidende principe lijkt te zijn de Christen Democraten – en de leden van de eigen partijen die gereserveerd tegenover het onderwerp stonden – niet voor het hoofd te stoten en op zoek te blijven gaan naar een gemeenschappelijk gedragen uitkomst. Uiteindelijk werd de regering door een initiatiefvoorstel dat snel een meerderheid in het parlement kreeg, gedwongen tot het nemen van een besluit. Op dat moment besloot de regering de zaak in eigen hand te nemen en introduceerde het voorstel dat wet werd.