

Er is geen land in de wereld waar euthanasie zo openlijk en systematisch wordt toegepast als Nederland. Dit heeft buitenlandse waarnemers al vele jaren gefascineerd en verdeeld; sommigen spreken van een medische en morele wan-toestand, terwijl anderen de situatie bejubelen als een triomf van het progressieve denken, waarin de patiënt uiteindelijk, letterlijk en figuurlijk, het laatste woord heeft gekregen.

In *Een weloverwogen dood* zoekt James Kennedy een weg tussen deze twee uitersten. Hij legt uit waarom het in Nederland is gelukt de wetgeving rond euthanasie te versoepelen, terwijl dat in landen als Engeland en Kennedy's geboorteland Amerika tot falen was gedoemd. Met betrekking tot de beslissende periode, van 1968 tot 1985, concludeert hij dat Nederland daarin kon slagen omdat het minder belangrijk was om een coherent euthanasiebeleid te ontwerpen dan om deze zaken, die zich niet volgens exacte regels lieten vastleggen, 'bespreekbaar' te maken. Het boek is niet alleen een analyse van de Nederlandse cultuur inzake euthanasie, maar ook van de maatschappelijke veranderingen sinds de jaren zeventig.

James Kennedy (1963) is hoogleraar Europese geschiedenis aan het Hope College en onderzoeker aan het Van Raalte Institute, beide gevestigd in Holland, Michigan, in Amerika. Hij is de auteur van *Nieuw Babylon in aanbouw. Nederland in de jaren zestig*.

ISBN 90-351-2295-X



9 789035 122956

UITGEVERIJ BERT BAKKER

JAMES KENNEDY

Een wel-
overwogen
dood
Euthanasie
in Nederland

UITGEVERIJ BERT BAKKER

----- Text continues after this page -----

This publication is made available in the context of the history of social work project.

See www.historyofsocialwork.org

It is our aim to respect authors' and publishers' copyright. Should you feel we violated those, please do get in touch with us.



Deze publicatie wordt beschikbaar gesteld in het kader van de canon sociaal werk.

Zie www.canonsociaalwerk.eu

Het is onze wens de rechten van auteurs en uitgevers te respecten. Mocht je denken dat we daarin iets fout doen, gelieve ons dan te contacteren.

----- Tekst gaat verder na deze pagina -----

James Kennedy

Een weloverwogen dood

Euthanasie in Nederland

2002 Uitgeverij Bert Bakker Amsterdam

Inhoud

Woord vooraf 7

Inleiding: *Bespreekbaarheid* 9

De unieke positie van Nederland 11

'Bespreekbaarheid' als centraal thema 16

Indeling van het boek en tijdsbepaling 19

Caveat emptor 22

1 *'Onttaboeïsering'* 25

Vóór de revolutie: de stilte rond de dood 30

De jaren zestig: 'Open het graf' 35

De jaren zeventig: 'Een ware vloedgolf van necrofilie' 44

Euthanasie: 'Het zou niet stiekem moeten gebeuren' 49

Euthanasie bevrijd van taboes 54

2 *Onvermijdelijkheid* 57

Euthanasie als 'nieuw' probleem 62

De crisis van de 'medische macht' 67

Overbevolking en vergrijzing 75

De opkomst van 'de mondige mens' 83

Legalisatie komt 'vanzelf' 88

Praten naar de toekomst 96

3 <i>Medemenselijkheid</i>	99
De geestelijke wortels van de euthanasiebeweging	105
Niet de technologie, maar de mens centraal	115
Wanneer wordt lijden ondraaglijk?	120
De huisarts nieuwe stijl	128
De plicht om medemenselijk te zijn	136
4 <i>Zelfbeschikking</i>	137
Baas over eigen dood	142
De verantwoordelijkheden van de stervende	151
De reikwijdte van 'verantwoorde zelfbeschikking'	161
5 <i>Toetsbaarheid</i>	167
Angst voor misbruik	176
Wie moet toetsen, en hoe?	182
Wettelijke regeling of medische exceptie?	190
De 'euthanasie-elite' aan het roer	196
<i>Conclusie: De grenzen van de bespreekbaarheid</i>	201
Ontwikkelingen sinds 1985	208
Het gesprek: de tere kern van het euthanasiebeleid	212
<i>Noten</i>	215
<i>Literatuur</i>	237
<i>Register</i>	244

Woord vooraf

Het concept voor dit boek ontstond in 1998 toen het tweede paarse kabinet een voorstel indiende om euthanasie wettelijk te regelen. Met de aanvaarding van dit wetsvoorstel in de zitting 2000-2001 maakte het Nederlandse parlement geschiedenis. Niet eerder had een nationale wetgevende instantie haar goedkeuring verleend aan een gereguleerde toepassing van euthanasie. Toch kan deze beslissing moeilijk worden gezien als een climax: de wetswijziging kwam eigenlijk als mosterd na de maaltijd. Al sinds het midden van de jaren tachtig had de rechterlijke macht in Nederland euthanasie en hulp bij zelfdoding, toegepast volgens expliciet geformuleerde zorgvuldigheidseisen, toegestaan. In dat opzicht is er niet veel veranderd in de laatste vijftien jaar.

Dit is een van de redenen waarom ik mij in dit boek richt op de periode voorafgaand aan 1985, de decennia dat het Nederlandse euthanasiebeleid gestalte kreeg. Bovendien voel ik me als historicus misschien van nature meer thuis in het verleden dan in het heden. Hoe dan ook, de lezers die kennis willen opdoen over de historische en culturele achtergronden van het huidige euthanasiebeleid zullen meer aan hun trekken komen in dit boek dan de lezers die geïnteresseerd zijn in de ontwikkelingen van de laatste paar jaar.

Zonder de tijd en de financiële middelen verleend door mijn beide werkgevers, Hope College en het Van Raalte Institute (beide gevestigd in Holland, Michigan), zou ik dit project niet zo spoedig hebben kunnen afronden. Ook ben ik dank verschuldigd aan twee instituten aan de Universiteit van Amsterdam, het SISWO en de Amsterdam School for Social Reseach (ASSR), vanwege de steun en de werkruimte die zij mij hebben aangeboden tijdens delen van 1999 en 2000, toen ik mij voor

onderzoek in Nederland bevond. De hulp en het advies van leden van deze instituten en van andere deskundigen heb ik zeer gewaardeerd: Henk de Feijter, Sjaak van de Geest, Erik de Gier, Ad Goethals, Kathy Heckscher, Nick van den Heuvel, Rob Houtepen, Henk Jansen, Peter de Jong, Henk Kleijer, Bernard Kruithof, Peter van Rooden, Kitty Roukens, Hans Sonneveld en Nico Wilterdink. Tevens ben ik iedereen dankbaar die tijd heeft vrijgemaakt voor een interview. Daarnaast wil ik de medewerkers aan de Koninklijke Bibliotheek in Den Haag, het Nederlands Instituut voor Wetenschappelijke Informatiediensten (NIWI) en de Persdocumentatieafdeling van de Universiteitsbibliotheek van de Vrije Universiteit bedanken voor de informatievoorziening in hun documentatiecentra.

Ten slotte ben ik blij dat mijn vrouw, Simone Kennedy-Doornbos, bereid was dit boek te vertalen, en dat ons beider ouders, Bill en Nella Kennedy en Jan en Pytsje Doornbos, ons al die tijd hebben gesteund – van het oppassen op onze drie kleine kinderen tot het doorlezen van het manuscript. De kritische opmerkingen van deskundigen en redacteurs waren in dit proces onmisbaar: Cas Wouters, Hans Lam, Anne-Mei The, Heleen Weyers, Dick Meerman, Michiel Kooijman en Job Lisman. Dank aan ieder die de uitgave van dit boek mogelijk heeft gemaakt.

November 2001

Inleiding: Bespreekbaarheid

De reputatie van Nederland als een oase van experimentele levensstijlen heeft in de buitenlandse pers haast mythische proporties bereikt. Nederlanders legaliseren of tolereren wat elders niet mogelijk is, zoals homoseksuele huwelijken, gebruik van softdrugs en ook euthanasie. Het is geen wonder dat buitenlanders de ontwikkeling van het Nederlandse euthanasiebeleid met meer interesse volgen dan de Nederlanders zelf. Dit kleine Europese land is een goudmijn voor interessante reportages. Toen het kabinet in 1999 voorstelde dat kinderen vanaf twaalf jaar ook de mogelijkheid moesten hebben tot het vragen om euthanasie, zelfs zonder toestemming van hun ouders, stroomden de journalisten het land binnen. Hoewel dit voorstel later weer is ingetrokken, blijft de vrijheid die in Nederland bestaat met betrekking tot het vraagstuk van de actieve levensbeëindiging veel buitenlanders hooglijk verbazen.

Niet alle buitenlanders oordelen hetzelfde over deze vrijheid. Voor sommigen is Nederland een weezinwekkend en losbandig land, voor anderen is het een model van tolerantie en medemenselijkheid. Eenzelfde verschil van inzicht kon ook onder de Nederlandse bevolking worden gevonden. Sommigen zien in het euthanasiebeleid een verval tot barbaarse zeden en normloosheid, anderen de overwinning van het zelfbeschikkingsrecht en weer anderen een toonbeeld van fatsoenlijke volksgezondheid. In de laatste drie decennia zijn letterlijk honderden boeken geschreven over euthanasie en hulp bij zelfdoding, en gedurende vele jaren stonden de kranten vol met artikelen en ingezonden brieven over dit onderwerp. Bovendien genereerde de nieuwe euthanasiewet bij presentatie aan het parlement honderden Kamervragen aan

het kabinet – beduidend meer dan gemiddeld – en was het debat tussen partijafgevaardigden in 2000 behoorlijk pittig. Daarnaast is de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) met ruim 100.000 leden de grootste euthanasiebeweging ter wereld.¹

Maar terwijl euthanasie in andere landen een explosief onderwerp is, dreigde het euthanasiedebat de Nederlandse samenleving nooit te verscheuren. Er waren weinig massaoptochten, geen gewelddadige demonstraties; de hevigheid van de strijd viel mee vergeleken bij de controverse rond de legalisering van abortus provocatus. Dit kan deels verklaard worden uit de inspanningen van Nederlandse bestuurders, politici en deskundigen om van dit onderwerp geen heet politiek hangijzer te maken. De beslissing in 1984 van de grootste artsenorganisatie, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), om richtlijnen vast te stellen voor de toepassing van euthanasie, was in dit opzicht van doorslaggevende betekenis. Hierdoor is men euthanasie meer als een medisch dan als een politiek probleem gaan zien. De toepassing van ‘euthanasie’ (passief en actief) werd vrij snel door het Nederlandse publiek geaccepteerd. Hoewel meningsverschillen bleven bestaan over de precieze betekenis en de grenzen van toelaatbaar levensbeëindigend handelen, was er vanaf medio jaren tachtig algemeen overeenstemming over de ethische aanvaardbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Zelfs orthodoxe protestanten, die zich tegen een wettelijke regeling bleven verzetten, legden zich er op termijn bij neer dat euthanasie deel van de Nederlandse samenleving was geworden en dat verzet ertegen in politiek opzicht een verloren zaak was.² Ten slotte zijn Nederlanders er waarschijnlijk in toenemende mate van overtuigd dat euthanasie goed geregeld is, dat het veilig is in de handen van competente beleidsmakers en artsen. ‘Dat zal wel goed zitten,’ zeiden de meeste gewone Nederlanders over het euthanasiebeleid in informele gesprekken tijdens de maanden dat ik voor onderzoek in Nederland was, al wist vrijwel niemand mij correct te vertellen wat het Nederlandse euthanasiebeleid eigenlijk inhield. De laatste vijftien jaar hebben Nederlanders zich in elk geval niet erg druk gemaakt om dit beleid. Ze vinden het eigenlijk ‘normaal’.

Maar het Nederlandse euthanasiebeleid is niet normaal. Deze uitspraak is niet bedoeld als een moreel oordeel, maar als een vrij nuchtere waarneming dat er tot nu toe (eind 2001) geen enkel land in de wereld is waar euthanasie wettelijk is vastgelegd. Zelfs voordat wets-

wijziging plaatsvond, was Nederland jarenlang het enige land in de wereld waar artsen op verzoek van de patiënt euthanasie mochten toepassen, als aan de voorwaarden werd voldaan van ondraaglijk lijden, een vasthoudende wens tot sterven en het onvermogen van de arts (na consultatie) om alternatieven aan te bieden voor verlichting van lijden. Hulp bij zelfdoding, waarvoor ook in Nederland het groene licht is gegeven, is voor buitenlanders soms gemakkelijker te accepteren dan euthanasie. Als de patiënt zelf de dodende middelen inneemt die de arts hem aanreikt, wordt naar hun oordeel in moreel opzicht beter uitdrukking gegeven aan de vrijwilligheid van het verzoek, en in juridisch opzicht aan de verantwoordelijkheid van de patiënt. Hulp bij zelfdoding door een arts is in sommige landen, zoals Zwitserland en de Amerikaanse staat Oregon, toegestaan.³ België overweegt momenteel om, in navolging van het buurland, euthanasie wettelijk een plaats te geven. En veel andere Europese landen hebben bij wetsovertreding lagere straffen voor euthanasie dan voor moord (Denemarken is het mildst). Maar geen enkel land kent een wettelijke regeling van euthanasie zoals die op dit moment in Nederland bestaat.

Tot nu toe zijn de meeste boeken over het Nederlandse euthanasiebeleid geschreven door juristen, medici en ethici, geholpen door enige medisch sociologen en antropologen. Ik ben cultuurhistoricus. Hoewel ik ben geboren en getogen in Amerika, heb ik vele jaren met plezier in Nederland gewoond. En met een Nederlandse moeder en een Nederlandse vrouw mag ik verondersteld worden goed bekend te zijn met de Nederlandse cultuur. In dit boek geef ik de historische en culturele achtergrond voor de Nederlandse aanvaarding van hulp bij zelfdoding en euthanasie (gedefinieerd als ‘vrijwillige, actieve euthanasie’) en hoop meer inzicht te geven in de vraag waarom dit beleid alleen in Nederland is geaccepteerd.

De unieke positie van Nederland

Deskundigen hebben er al eerder op gewezen dat Nederland een systeem van algemene gezondheidszorg kent, waarin iedereen tegen ziektekosten is verzekerd. Hierdoor is het mogelijk geworden om euthanasie toe te passen zonder er angst voor te hebben dat financiële motieven of gebrek aan zorg van invloed zouden kunnen zijn op het be-

sluit tot levensbeëindiging. Els Borst, de minister van Volksgezondheid en medeontwerper van de nieuwe euthanasiewet, zei in 1999 over de relatie tussen de zorg voor ouderen en euthanasie:

Er mag geen verband zijn tussen het vragen om euthanasie en de beschikbaarheid van de zorg [...]. Mijn taak is het om die zorg in de toekomst veilig te stellen. We leven in Nederland en niet in Amerika. Als ik daar over euthanasie spreek, zeg ik: begin er niet aan zolang bij jullie nog zoveel onverzekerde ouderen rondlopen. Want dan wordt euthanasie echt gevaarlijk.⁴

Algemene gezondheidszorg is natuurlijk niet dé oorzaak van het euthanasiebeleid, want er zijn veel landen met een dergelijke zorg die euthanasie zelfs nog nooit in overweging hebben genomen, zoals Zweden. Maar algemene gezondheidszorg is misschien wel een voorwaarde. Het idee dat iemand vanwege economische motieven geëuthanaseerd zou worden, is sinds de euthanasieprogramma's van Hitler in westerse landen ontoelaatbaar.⁵

Een tweede factor, die waarschijnlijk meer van invloed is geweest op het euthanasiebeleid, is de unieke positie van de Nederlandse huisarts. De huisarts is verantwoordelijk voor zo'n 80 procent van alle euthanasiegevallen, die (gemeld en niet gemeld) worden geschat op minstens 4000 per jaar. Ziekenhuisartsen – vooral in academische ziekenhuizen – en verpleeghuisartsen zijn wat dat betreft veel terughoudender. Ziekenhuisartsen besluiten waarschijnlijk niet snel tot euthanasie, omdat ze meer kennis hebben van medische alternatieven en daarvan ook graag gebruikmaken. En verpleeghuizen, waar voornamelijk zieke bejaarden worden verzorgd, behoren volgens velen niet de plek te worden voor grootschalige, actieve levensbeëindiging. Bovendien zijn artsen in dienstverband vaak gebonden aan een institutioneel beleid of aan een team dat remmend werkt op toepassing van euthanasie. Van de 2565 euthanasiegevallen die officieel werden gemeld in 1999, waren er slechts 338 (13 procent) uitgevoerd door medische specialisten, en 51 (2 procent) door verpleeghuisartsen.⁶ Critici van de Nederlandse euthanasiepraktijk hebben soms beweerd dat huisartsen door gebrek aan kennis, vooral van pijnbestrijding, niet weten wat ze anders kunnen doen voor hun stervende patiënten.⁷ Maar als dit waar zou zijn (er is nog geen systematisch onderzoek gepubliceerd over de kwaliteit van

de palliatieve zorg in Nederland), is dit zeker niet de belangrijkste reden. Van groter belang is het feit dat de huisartsen zo dicht bij hun patiënten staan. Meer dan in andere westerse landen komt de arts bij de mensen thuis (vandaar de naam: 'huis-arts'), woont hij vaak in de buurt en kent hij de patiënt al jaren. De huisarts is vaak emotioneel betrokken bij het wel en wee van zijn patiënten en ziet hen niet graag lijden. Bovendien kan hij het verzoek tot levensbeëindiging in perspectief plaatsen. Hij heeft weet van de psychische en sociale achtergrond van de patiënt en kan de motieven die aan een verzoek ten grondslag liggen, ter discussie stellen. Deze nauwe band tussen de huisarts en zijn patiënt is uniek.

Een laatste structurele factor is het ondergeschikte belang van het Wetboek van Strafrecht in de ontwikkeling van het Nederlandse euthanasiebeleid. Vanwege het opportuniteitsbeginsel waren officieren van justitie in de decennia vóór de wettelijke regeling in 2001 niet verplicht euthanasiegevallen aan vervolging te onderwerpen, en vaak deden ze dit ook niet. Bovendien was daarom wetswijziging niet noodzakelijk, zodat artsen vanaf het begin van de jaren tachtig konden worden vrijgesteld van vervolging, mits zij zich bij uitoefening van euthanasie hielden aan de zorgvuldigheidseisen. Nederlandse artsen kregen de mogelijkheid tot zelfregulering en hebben daarvan gebruikgemaakt. In tegenstelling tot de Verenigde Staten, waar juristen en politieke theoretici een belangrijke rol hebben gespeeld in het euthanasiedebat, draaide het bij de discussie in Nederland historisch gezien niet om de juridische aspecten of zelfs niet om de rechten van de patiënt. Nederlanders concentreerden zich eerst op de vraag of euthanasie als medische praktijk moreel aanvaardbaar was; pas daarna hebben ze aandacht besteed aan de wetskwesaties.⁸ Als euthanasie vanaf het begin was benaderd vanuit juridisch perspectief met meer aandacht voor de (absolute) rechten van de patiënt, dan zou misschien de aanvaarding van euthanasie in Nederland niet zo snel zijn gegaan. In dat geval was het noodzakelijk geweest om de rechten van de patiënt scherp af te bakenen en eenduidige regelgeving te ontwerpen. Maar door de flexibele Nederlandse benadering van principiële juridische kwesaties werd het mogelijk om euthanasie toe te passen zonder deze vraagstukken op te lossen.

Een eenvoudige culturele verklaring voor het euthanasiebeleid kan worden gevonden in de Nederlandse traditie van pragmatisme. Dit

pragmatisme komt op twee manieren tot uiting. In de eerste plaats is er een bestuurlijk pragmatisme, waarbij gepoogd wordt om praktijken te controleren door ze te reguleren, zodat ze niet ondergronds worden voortgezet en zich onttrekken aan toezicht. Het Nederlandse soft-drugsbeleid is hiervan het beste voorbeeld, maar ook het euthanasiebeleid is beïnvloed door dit bestuurlijk pragmatisme (hoewel we het geen 'gedoogbeleid' kunnen noemen). Veel voorstanders van euthanasie noemen het Nederlandse beleid een realistisch beleid, want het probeert toezicht te houden op een fenomeen dat zonder regulering toch ook zou bestaan.⁹ In de tweede plaats is er een politiek pragmatisme, een gevolg van de Nederlandse consensuspolitiek. Nederlanders hebben het euthanasieprobleem politiek willen oplossen op de wijze van het poldermodel, door compromissen te sluiten. Psychiater Andries van Dantzig zei daarom in 2000 dat het Nederlandse euthanasiebeleid een beetje van alles had gegeven aan allen: formele handhaving van het wettelijke verbod op euthanasie en tegelijkertijd de verzekering dat uitzonderingen mogelijk waren; erkenning van zelfbeschikking voor de patiënt en tegelijkertijd beslissingsrecht van de arts.¹⁰ Het Nederlandse euthanasiebeleid is zelden geroemd om de helderheid van principes; onder de voorstanders waren geen scherpzinnige en systematische bio-ethische denkers, zoals Ronald Dworkin of Peter Singer. De Nederlandse politieke cultuur prefereerde praktische antwoorden om de sociale ontwikkelingen tegemoet te komen.

Een heel andere culturele verklaring voor de aanvaarding van euthanasie en hulp bij zelfdoding zou het belang kunnen zijn dat Nederlanders hechten aan de 'kwaliteit van het bestaan'. In Nederland is leven niet alleen overleven, het is *góed* leven. Als het leven geen kwaliteit meer heeft, dan hoeft het voor veel Nederlanders niet meer. Als leven onwaardig is geworden door lijden of aftakeling, dan willen zij de gelegenheid krijgen en ook geven om er via euthanasie of hulp bij zelfdoding een einde aan te maken. Dit betekent niet dat elke ernstig zieke in eigen ogen of in de ogen van anderen geen kwaliteit van leven meer heeft, maar wel dat Nederlanders hun eigen bestaan vaak beoordelen op basis van kwaliteitsoverwegingen. Al in 1932 bracht de Nederlandse arts G.A. Lindeboom (die zich ook in de jaren zeventig een tegenstander betoonde van euthanasie) de kwaliteit van het leven in verband met de vraag om euthanasie:

Daarom moet nu het leven zuiver worden gereguleerd; elke storing, elke oneffenheid moet worden geëlimineerd, en de gang van geboorte en leven en sterven moet er een zijn van eugenesie [een goed begin], eubiose [een goed leven] en euthanasie [...]. En de euthanasie [...] zoekt den dood een waardig einde te doen zijn van een waardig menschenleven, en wil ten koste van alles het schrikwekkend aspect van strijd en leed hem ontnemen.¹¹

Lindeboom verwees hier naar de westerse samenleving van de jaren dertig. En het is inderdaad voorstelbaar dat in landen waar ziekte en lijden veelal te voorkomen zijn en waar de dood kan worden uitgesteld, mensen hoge verwachtingen zijn gaan koesteren over het sterven. 'We houden onszelf voor de gek; het sterfbed moet mooi zijn,' schreef Pauline de Bok in 2000. Maar zijn Nederlanders in dit opzicht veeleisender dan anderen? Menen Nederlanders echt dat een goed leven behoort te eindigen in een goede dood? En waarom zou euthanasie verkieslijk zijn in het bewerkstelligen van een goede dood? Of denken ze, zoals de criminoloog en journalist Chris Rutenfrans – een hedendaags criticus van het euthanasiebeleid – suggereerde, dat de dood evenals het water in goede banen kan worden geleid? Dit soort culturele factoren zijn, evenals bijvoorbeeld het 'tijdsbewustzijn' en de hang naar orde van de Nederlanders, mogelijke verklaringen die fascineren, maar die vanuit een historisch perspectief zeer moeilijk te bewijzen zijn.¹²

Anderen hebben gewezen op de secularisatie: de ontkerstening, de afname van het kerkbezoek, en de verminderde invloed van de kerken in de maatschappij. Nederland veranderde in de jaren zestig en zeventig snel van een van de godsdienstigste landen in Noord-Europa tot een van de meest geseclariseerde. Van Dantzig schreef in 1995 dat de afname van de overtuiging dat het leven 'heilig' was 'in ons land verder [is] voortgeschreden, of zo u wilt de morele aftakeling is verder voortgeschreden dan in alle andere landen ter wereld'.¹³

De socioloog Cas Wouters verklaarde de opkomst van euthanasie door te wijzen op een drietal factoren: mechanisering, emancipatie en secularisering:

[...] het euthanasievraagstuk wortelt in deze processen van mechanisering (waardoor 'te laat' sterven steeds vaker voorkomt), emancipatie (vermindering van de machtsverschillen, van de sociale en emotionele

afstand tussen de betrokkenen in het medisch regiem en daarbuiten) en secularisering (het in eigen beheer nemen van ge- en verboden waarvan eerder gedacht werd dat ze van bovenmenselijke oorsprong waren). In deze onderling verbonden processen is een andere verhouding tussen stervenden en omstanders ontstaan, en een andere omgangscodes: (doods)angsten werden steeds minder ontkend en toegedekt. Met de voortgang van deze processen is het aantal verzoeken om euthanasie toegenomen.¹⁴

Door deze informalisering van omgangsvormen werd de dood – en daardoor ook euthanasie – bespreekbaar gemaakt. Volgens Wouters vindt de informalisering rond het sterfbed plaats in alle ontwikkelde verzorgingsstaten. Hoewel dit geen onredelijke aanname is, verklaren deze mondiale theorieën niet waarom het euthanasiebeleid juist in Nederland is geaccepteerd.

‘Bespreekbaarheid’ als centraal thema

Al deze factoren zijn van enige betekenis om te verklaren waarom het euthanasiebeleid is aanvaard in Nederland. Maar opmerkelijker is de manier waarop Nederlanders met deze praktijk omgaan. Zij zijn zelden openlijk ingenomen met het feit dat actieve levensbeëindiging met regelmaat in hun land wordt toegepast. Wat hen eerder met trots vervult, is dat euthanasie en hulp bij zelfdoding in Nederland openlijk worden besproken, terwijl het ‘taboe’ rond deze praktijken in andere landen in stand wordt gehouden. In 1986 zei de vooraanstaande huisarts en wetenschapper Cor Spreeuwenberg: ‘Thans kan geconstateerd worden dat in Nederland openhartiger over euthanasie gesproken kan worden dan in de ons omringende landen.’¹⁵ De Vlaamse euthanasie-activist Hugo van den Ende kwam tot een vergelijkbare conclusie toen hij een paar jaar later het toentertijd bestaande verschil tussen Vlaanderen en Nederland probeerde te verklaren:

Het heeft allicht te maken met de grote tolerantie en discussieopenheid in ex-calvinistische en religieusgemengde landen terwijl je in Latijnse, Romaanse of Katholieke contreien op een homogeen conservatisme van medici, magistraten en theologen stuit.¹⁶

En in 1999 verklaarde de verpleeghuisdirecteur F.P.M. Baar, een katholiek die zich terughoudend – maar niet afwijzend – opstelde tegenover euthanasie:

Ik ben blij dat ik in Nederland leef waar openlijk over euthanasie gesproken kan worden. Heel anders dan de situatie in Engeland, waar hulpverleners in de palliatieve zorg euthanasie stiekem moeten toepassen en het niet openlijk bespreekbaar is.¹⁷

Ook Pieter Muntendam, de voormalige voorzitter van de NVVE, was in 1983 tevreden over het feit ‘dat het begrip euthanasie en de toepassing ervan toch in belangrijke mate uit de sfeer van het geheimzinnige en het verbodene is gekomen [en] bespreekbaar is geworden’ – een prestatie die hij toeschreef aan het werk van de NVVE.¹⁸ Voor veel Nederlanders was het van grote waarde dat euthanasie ‘bespreekbaar’ was geworden. Op het eerste gezicht is dit eenvoudig historisch te verklaren als deel van de eeuwenoude ‘overlegcultuur’ in Nederland.¹⁹ Door overleg en het gezamenlijk zoeken naar een compromis zijn door de jaren heen meningsverschillen tussen partijen in het gareel gehouden. In principe houdt het alleen in dat een vraagstuk ter discussie wordt gesteld, niet dat partijen zich moeten verbinden aan bepaalde ideeën of een actieprogramma. De deelnemers aan het debat hoeven slechts bereid te zijn om naar elkaar te luisteren en opinies uit te wisselen. Nederland heeft door de eeuwen heen faam verworven vanwege deze open gesprekscultuur – van de colleges in de Republiek tot het poldermodel in deze tijd.

Maar als Nederlanders een onderwerp publiekelijk ‘bespreekbaar’ willen maken, betekent het soms méér dan alleen het ‘opengooien’ van de discussie. ‘Bespreekbaarheid’ is een woord uit de jaren zestig en heeft een emanciperende en bevrijdende klank. Een onderwerp dat nog niet was besproken maar besproken had moeten zijn, werd door de moderne mens – die zich had bevrijd uit hiërarchische machtsstructuren en wiens verstand niet was verduisterd door goddelijke voorschriften of bekrompen gedragsregels – bespreekbaar gemaakt. Vaak ging het om onderwerpen die ‘uit de taboesfeer’ moesten worden gehaald. Als er in deze geest werd aangedrongen op het ‘bespreekbaar’ maken van een onderwerp, hield het soms méér in dan alleen een onderwerp ter discussie te stellen. Het onderwerp moest worden toegestaan – toe-

gestaan in de gesprekken en zo mogelijk ook in de praktijk. 'Het zou moeten kunnen', dat was vaak de intentie van degenen die iets bespreekbaar wilden maken. In dit opzicht betekende het bespreekbaar maken van euthanasie niet alleen het verlangen naar open gesprekken om zicht te krijgen op dit moeilijke probleem, maar ook het verlangen om euthanasie in meer of mindere mate toe te staan in de maatschappij. De mate waarin euthanasie zou kunnen worden toegestaan, moest worden bepaald door 'het gesprek'.

De Nederlandse cultuur is tegelijkertijd ook erg gesteld op orde; niet-gereguleerd en ongecontroleerd gedrag wordt gezien als een bedreiging voor de samenleving. Door de bedreigingen bespreekbaar te maken – door ze te ontmaskeren en bloot te leggen – wordt chaos omgezet in orde en beheersing. Sterker nog, de bespreekbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding is een noodzakelijke voorwaarde voor de 'toetsbaarheid' van deze praktijken. Zonder openlijke discussie kunnen deze praktijken niet worden beheerst en kan misbruik niet worden voorkomen. Daarom proberen de nieuwe toetsingscommissies zeer laagdrempelig te zijn, met onderzoeken die meer lijken op gesprekken dan op verhoren. Dit is volgens de Nederlanders (die zich gesteund weten door de resultaten van onderzoek in andere landen) de enige manier om controle te krijgen op een praktijk die, ongeacht het bestaan van wettelijke verboden, tóch plaats zal vinden.²⁰

Ik denk dat de aanname van het bestaan van een bespreekbaarheidscultuur van de Nederlanders, die overigens méér omvat dan alleen de euthanasiekwestie, een aantal paradoxen in hun euthanasiebeleid kan verklaren. Sommige buitenstaanders vinden de Nederlandse aanpak erg autoritair (de arts heeft het uiteindelijk voor het zeggen), anderen vinden het erg libertair (er is geen enkel ander land waar mensen met hulp van hun arts het tijdstip van hun dood kunnen bepalen). Gezien vanuit een ander perspectief lijkt het euthanasiebeleid soms progressief (als mensen dood willen, dan moet dat mogelijk zijn), dan weer conservatief (deze praktijk mag niet ongecontroleerd plaatsvinden). Deze contrasten lijken teniet te worden gedaan in een cultuur waarin 'bespreekbaarheid' centraal staat. Bovendien wordt dan ook duidelijk waarom het de Nederlanders niet veel kan schelen dat de zorgvuldigheidseisen (zoals de voorwaarde dat er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden) nogal openstaan voor verschillende interpretaties. In plaats van hun vertrouwen te stellen op een rechtlijnige en afgebaken-

de regelgeving, hebben Nederlanders meer fiducia in de openhartigheid van alle partijen om door middel van een grondige discussie de betekenis van de regels in de specifieke situatie te ontdekken. Door bespreekbaarheid wordt verantwoord gedrag – gebaseerd op de zorgvuldigheidseisen – gestimuleerd en misbruik voorkomen. Door dit gedeelde besef dat open communicatie tussen alle partijen gewenst én mogelijk is, heeft Nederland een euthanasiebeleid kunnen ontwikkelen dat enigszins aangepast kan worden aan de omstandigheden.

Deze bespreekbaarheidsideologie geeft de Nederlanders niet alleen een kader waarbinnen consensus bereikt kan worden, het geeft hun ook een positief collectief zelfbeeld, waardoor zij zelfverzekerd een weg durven inslaan waar niemand zich nog heeft gewaagd. De bespreekbaarheidscultuur vergroot hun zelfvertrouwen ten aanzien van hun eigen bedoelingen en daden, hun openheid en verdraagzaamheid, hun weldadigheid en hun waakzaamheid. De antropoloog-huisarts Hans Lam heeft erop gewezen dat Nederlanders zichzelf beschouwen als mensen die waarde hechten aan 'netheid'; ze houden niet van stiekem of schijnheilig gedrag en willen conflicten keurig uitpraten.²¹ Terwijl burgers in andere landen elkaar niet vertrouwen in kwesties rond dood en levensbeëindiging, schenken de rondborstige Nederlanders elkaar het volste vertrouwen. De Nederlanders zijn (zo bescheiden als ze zijn) toch vaak trots op hun prestaties: 'Wij hebben euthanasie bespreekbaar gemaakt.' Op zijn best is dit vertrouwen een gezonde en effectieve manier om moeilijke problemen humaan op te lossen, zonder de zaken onnodig te compliceren door onbuigzame morele en politieke beginselen. Op zijn slechtst is dit een weinig kritische zelfgenoegzaamheid, waardoor onderwerpen die niet besproken worden (gewild of ongewild) ook niet van invloed kunnen zijn. Hoe dan ook, het Nederlandse geloof in de voordelen van 'bespreekbaarheid' is een belangrijk deel van de cultuur waarin het Nederlandse euthanasiebeleid is opgekomen.

Indeling van het boek en tijdsbepaling

Dit boek behandelt de geschiedenis van euthanasie in Nederland. In elk van de vijf hoofdstukken komt een ander historisch thema aan de orde – een thema dat tegelijkertijd een facet is van de Nederlandse 'be-

spreekbaarheidcultuur'. Hoewel het verloop voornamelijk thematisch is, is er toch sprake van een zekere chronologische opbouw. De thema's bouwen op elkaar voort. Het hoofdstuk over de 'onttaboeïsering' gaat bijvoorbeeld over de eerste jaren van het euthanasiedebat: de jaren zestig en het begin van de jaren zeventig. En het laatste hoofdstuk, over de toetsbaarheid, speelt zich voornamelijk af in de jaren tachtig. Door middel van deze opbouw kan ook worden gezien hoe het euthanasiedebat zich in de loop der tijd ontwikkelde. Thema's wisselden elkaar af, begripsinterpretaties werden beter afgebakend en discussiedoelstellingen veranderden.

De jaren die van het grootste belang waren voor de ontwikkeling van het euthanasiebeleid, waren de beginjaren van het euthanasiedebat: van 1968 tot 1985 – een periode waarin weinig andere landen zich systematisch en publiek met dit onderwerp bezighielden.²² De analyse van de euthanasiediscussie begint in 1968. Dat is het jaar waarin de eerste inhoudelijke publieke en medische discussies over 'euthanasie' (passief en actief) in Nederland plaatsvonden.²³ Maar waarom zou het ophouden in 1985? Je zou kunnen zeggen dat euthanasie in het jaar 1985 'bespreekbaar' was geworden, dat het sindsdien een aanvaard deel was van de Nederlandse samenleving. Eind 1984 besloot de Hoge Raad dat euthanasie een gerechtvaardigde handeling was als de arts zich bevond in een werkelijke 'noodtoestand'. Deze uitspraak werd vervolgens bevestigd in de rechtspraak: artsen werden vrijgesproken van vervolging als zij zich hadden gehouden aan de zorgvuldigheidseisen. De KNMG ging er in 1984 toe over om richtlijnen voor euthanasie te publiceren. In 1985 adviseerde de Staatscommissie Euthanasie het parlement om een wettelijke regeling te treffen voor toepassing van euthanasie en hulp bij zelfdoding. En ook het wetsvoorstel van de D66-parlementariër Elida Wessel-Tuinstra werd midden jaren tachtig voorgelegd aan het parlement. Hoewel een parlementaire meerderheid zich had uitgesproken ten gunste van wetswijziging, werden beide wetsvoorstellen toch geblokkeerd (vooral door verzet van het regerende CDA) en kon een wettelijke regeling niet eerder dan eind jaren negentig opnieuw worden aangekaart. Maar met alle steun voor euthanasie in de samenleving – 88 procent van de Nederlanders liet in 1985 weten euthanasie acceptabel te vinden onder bepaalde omstandigheden²⁴ – kon het gebrek aan wettelijke verankering van levensbeëindigend handelen de toepassing ervan niet stoppen. In reactie op de

verwerping van euthanasie door de katholieke bisschoppen en de voorwaardelijke aanvaarding door de gereformeerden verklaarden T. Crijnen en P. van der Eijk in *De Tijd* in maart 1985:

De conclusie kan niet anders zijn dan dat het Nederlandse volk heeft besloten actieve euthanasie althans voor zichzelf te legitimeren en er is niets en niemand meer die deze ontwikkeling kan tegenhouden. In de toekomst kunnen de discussies over niets anders meer gaan dan over de vraag hoe deze zaak maatschappelijk, politiek en juridisch zo goed mogelijk kan worden geregeld. Al het andere komt neer op een vruchteloos achterhoedegevecht of op tegenwerpingen vanuit godsdienstig oogpunt waarnaar nog maar enkelen willen luisteren.²⁵

'Euthanasie is nu bespreekbaar geworden' was de titel van een artikel in *Hervormd Nederland* over de reacties op het rapport van de Staatscommissie in augustus 1985. Dat betekende niet, zei de gereformeerde A. Verkuyl, dat euthanasie 'vanzelfsprekend' was geworden, maar wel dat mensen er nu over konden praten.²⁶ Dr. F. Bierens, voorzitter van de KNMG, uitte zijn blijdschap over het oordeel van de Staatscommissie Euthanasie: 'Door het rapport [...] is de taboesfeer van het onderwerp af.' Hij hoopte dat politici naar aanleiding van dit rapport de stap naar wetswijziging zouden nemen.²⁷ Of er nu wel of niet een wettelijke regeling zou komen, euthanasie was bespreekbaar geworden en werd in toenemende mate deel van de medische zorg. De discussie was nog niet afgerond, maar de toelaatbaarheid van euthanasie onder bepaalde omstandigheden werd niet langer in twijfel getrokken. De zorgvuldigheidseisen waren algemeen geaccepteerd en zouden in de jaren na 1985 ook weinig meer veranderen.²⁸ Vanaf 1985 ging de discussie over de juiste benadering van het toestaan van euthanasie – moest het zijn 'nee, tenzij' of 'ja, mits'? – en het verhogen van de toetsbaarheid. Deze tijdsbepaling relativeert het belang van recentere ontwikkelingen, zoals het aannemen van de euthanasiewet in 2001, omdat betoogd wordt dat de huidige toepassing van het euthanasiebeleid nauwelijks verschilt van de praktijk in het midden van de jaren tachtig.

Voordat het eerste thema aan de orde komt, moet het de lezer duidelijk worden waar dit boek niet over gaat. Dit boek is niet een chronologische geschiedenis van het euthanasiedebat. Beperkte geschiedschrijvingen bestaan reeds en een omvangrijk geschiedkundig onderzoek over euthanasie in Nederland wordt binnenkort gepubliceerd.²⁹ Ik besteed bijvoorbeeld weinig aandacht aan de opkomst van de NVVE en aan tegenstanders van het euthanasiebeleid. Katholieke en orthodox-protestantse leiders komen dus minder aan het woord dan vertegenwoordigers uit progressief-protestantse, humanistische en niet-kerkelijke kringen, niet omdat ze minder zeiden, maar omdat hun woorden niet verklaren waarom euthanasie juist in Nederland is geaccepteerd.

Ik richt me ook niet op de dagelijkse praktijk en zeg weinig over de moeilijke realiteit van het sterfbed en over de casuïstiek van euthanasie. Tijdens mijn studie in Amsterdam in het begin van de jaren negentig was ik ruim een jaar lang vrijwilliger in een hospice. Hoewel daar geen euthanasie werd toegepast, werd ik mij door de ontmoetingen met stervende aids- en kankerpatiënten wel bewust van moeilijke omstandigheden waarin patiënten en familieleden zich kunnen bevinden bij de nadering van de dood. Een analyse van de cultuur en het beleid rond euthanasie kan geen recht doen aan de bijzondere dilemma's waarmee personen elk uur en elke dag worden geconfronteerd. Het is niet mijn taak en het ligt ook niet binnen mijn bereik als historicus om in te gaan op de euthanasiepraktijk. Maar de culturele wortels die in dit boek worden blootgelegd, kunnen misschien wel enig licht laten schijnen op de huidige euthanasiepraktijk.

Bovendien is het niet bedoeld als een commentaar op andere beslissingen rond het levenseinde, zoals oplopende doses van pijnbestrijdende middelen of het stopzetten van behandeling. Deze levensbekortende handelingen komen veel vaker voor dan de toepassing van euthanasie of hulp bij zelfdoding, die slechts in ongeveer 3 procent van de gevallen oorzaak is van overlijden. De medische beslissingen die hieraan ten grondslag liggen, vinden, evenals in andere landen, plaats in een niet in kaart gebracht gebied en veel minder regels zijn hierop van toepassing dan op euthanasie. Wat artsen doen en laten op dit gebied is zeer belangrijk, maar valt buiten het bestek van dit boek. Ook krijgen overtredingen van de zorgvuldigheidseisen, zoals het toepas-

sen van onvrijwillige euthanasie, weinig aandacht. Het boek zal geen antwoord geven op de vraag of het leven van ernstig zieke mensen in Nederland vaker tegen hun wil wordt beëindigd dan in andere landen. Het gaat er mij om hoe Nederlanders euthanasie in de praktijk hebben *willen* brengen, niet hoe het uiteindelijk gebeurt en of hun beleid werkt.

Dit boek gaat niet over alle Nederlanders. Hoewel ik vaak verwijs naar 'de Nederlanders', is dit een generaliserende term. Hiermee wil ik diegenen aanduiden die van zich hebben laten horen. Het is voornamelijk de bovenlaag van opiniemakers – die zich in boeken en kranten en in het organisatorische leven uitspreken over euthanasie en hulp bij zelfdoding – die de meningsvorming heeft bepaald in de Nederlandse samenleving. Ik ben zodoende meer gericht op de publieke vormgeving van het Nederlandse euthanasiebeleid dan op de mening van de gewone Nederlander of op de vergaderingen die binnenskamers beleid bepalen.

Ten slotte is het boek niet een morele kritiek op of een verdediging van het euthanasiebeleid of de bespreekbaarheidcultuur. Dit betekent niet dat ik hierover geen meningen heb – veelal ambivalent – of dat dit boek een puur objectief verslag is van de Nederlanders en hun euthanasiebeleid. Maar ik wil hierin niet belerend zijn of partij kiezen, zoals vele buitenlanders (en mede-Amerikanen) reeds voor mij hebben gedaan. Met dit boek wil ik de lezers graag meer inzicht geven in de wortels van het euthanasiebeleid. Euthanasie blijft een gecompliceerd publiek onderwerp, zowel in Nederland als in andere landen, en geschiedschrijving kan een bescheiden manier zijn om reflectie te bevorderen. Misschien leent deze tijd zich er bij uitstek voor om, na de wetswijziging, weloverwogen en doelgericht, vanuit het verleden na te denken over het heden en de toekomst.

I 'Onttaboeïsering'

In de winter van 1969 publiceerde de adviesraad van *Delta* – het Engelstalige tijdschrift over kunst en cultuur in de Lage Landen – een aflevering geheel gewijd aan 'de dood'. Zo konden niet-Nederlanders kennismaken met de provocerende cartoons van Yrrah, zich verdiepen in degelijke artikelen over bijvoorbeeld 'Nederlandse begrafenisrituelen' en zich ontspannen bij het vertaalde korte verhaal 'Benelux: hoogconjunctuur' door de Vlaamse auteur Hugo Raes. In dit verhaal brengt een Engelsman zijn sukkelende en bejaarde vader naar een van de vele 'euthanasiehotels', die vanwege hun economische voordelen werden ondersteund door de Nederlandse en Belgische overheden:

Alle vluchten op de grote luchtvaartlijnen met bestemming Schiphol en Zaventem waren bestendig volgeboekt [...]. Tegen 70 gulden werd een rijksvergunning voor een zachte dood afgeleverd aan alle grensposten en douanekantoren. De hotelnijverheid kende een nooit geziene bloei. In de spoedig georganiseerde service was voorzien het zacht liquideren van ongeneeslijk zieken en ouden van dagen, door *maitres-d'hôtel-chemici* die in een van de laatste feestgerechten cyaankali, cyaanuur, penthotal en morfine mengden, zonder het verrassingselement te vergeten: Men kon inderdaad intekenen voor een driedaags, zesdaags of negendaags verblijf tijdens hetwelk op een onbepaalde dag de verlossing zou worden voltrokken door een verpleegster, dokter of kelner. Het was een internationale slogan geworden: *Zacht creperen in Benelux*.³⁰

Maar het zat *Delta* niet mee. Het ministerie van Buitenlandse Zaken wilde bij uitzondering geen medewerking geven aan de verspreiding van deze aflevering, omdat het, volgens zijn traditiegetrouwe katholie-

ke minister Joseph Luns, de ‘goede betrekkingen met het buitenland’ niet ten goede zou komen. Een onderwerp als de dood, zo zei deze ervaren minister van Buitenlandse Zaken, is een ‘zeer gevoelig onderwerp’ en is in veel landen een taboe. Gezien de satirische aard van een groot deel van de inhoud, zoals het verhaal over de euthanasiehotels in het Nederland van Raes, zouden buitenlanders gemakkelijk een verkeerde indruk kunnen krijgen van Nederland.

Luns’ beslissing werd aangevochten door de jonge parlementariër Hans van Mierlo, aanvoerder van D66 – de partij die bekend zou worden als de meest uitgesproken pro-euthanasiepartij in Nederland – en 25 jaar later zelf minister van Buitenlandse Zaken. Maar in 1969 was het niet de euthanasie die Van Mierlo bezighield, en ook niet het beeld dat het buitenland had van Nederland. Hij was bang voor censuur en vroeg Luns of hij het recht had om te bepalen welke ‘gedachtengang representatief is voor het gedachtegoed van het Nederlandse volk’. Daarna drong hij er bij de minister van Buitenlandse Zaken op aan om zijn mening te veranderen. Maar Luns was daartoe niet bereid en daarmee was de zaak afgedaan.³¹

Deze geschiedenis waarin de minister van Buitenlandse Zaken steun onthield aan een tijdschrift om de goede naam van Nederland hoog te houden, is op zichzelf niet erg belangrijk. Toch zijn er een aantal details die opvallen. In de eerste plaats was een *Vlaamse* auteur de aanstichter van het eerste debat over euthanasie in het Nederlandse parlement. Terwijl Nederlanders sinds die tijd hebben geprobeerd het taboe op euthanasie te doorbreken, hielden de Belgen het lange tijd in stand. Pas vanaf de laatste jaren van de twintigste eeuw hebben ze samengewerkt met de Nederlanders om van de Benelux het centrum van pro-euthanasiewetgeving te maken.

In de tweede plaats bleek het idee van een ‘euthanasiehotel’ een terugkerend thema te worden. Raes’ eigen verhaal lijkt gebaseerd op een ander boek, Bensons novelle *Lord of the World*, dat geschreven is in de jaren twintig en waarin de euthanasiehotels van de toekomst een grote rol spelen.³² Het thema kwam ook terug in de idealen van een aantal latere voorvechters van euthanasie, zoals Klazien Sybrandy, die droomden van ‘besluthuizen’, waar mensen terecht konden die tijd en rust wilden om zich te bezinnen op hun naderend einde. ‘Hotel De Einder’, een gedachte-experiment van de Noord-Hollandse afdeling van het Humanistisch Verbond, klonk zo realistisch en aantrekkelijk dat

vele mensen informeerden naar de mogelijkheid om hun laatste dagen in ‘De Einder’ door te brengen.³³

In de derde plaats is Nederland in de ogen van buitenlanders nog steeds hét land waar je naartoe kan komen om een einde te maken aan je leven – of dat van anderen. Er zijn er die nog steeds geloven dat het verhaal van Raes de reële situatie in Nederland beschrijft, of ze dat nu geweldig vinden of verschrikkelijk. Deze gedachte wordt instandgehouden door nieuwe romans, zoals het in 1998 gepubliceerde *Amsterdam* door Ian McEwan, waarin twee antagonisten elkaar laten euthanaseren in Nederlandse hotelkamers.³⁴ Het is ironisch te bedenken dat Van Mierlo als minister van Buitenlandse Zaken (1994-1998) zelf waarschijnlijk aan vele buitenlanders heeft moeten uitleggen dat Nederland geen euthanasie tegen betaling kent, zoals beschreven in de verhalen van Raes en McEwan.

Maar wat nog meer aandacht trekt in dit voorbeeld, is Luns’ schijnbare irritatie dat de intellectuelen achter *Delta* zo nodig hun neiging om taboes te doorbreken moesten exporteren naar het buitenland ten koste van het ministerie van Buitenlandse Zaken. Het was alsof hij zei: ‘Jullie mogen er in Nederland wel aan gewend zijn om taboes zoals “de dood” te doorbreken, maar jullie kunnen mensen in andere landen kwetsen door jullie houding.’ Deze behoudende katholieke had weinig op met de trend om taboes te doorbreken, maar vooral in Nederland leek deze trend, die was begonnen in de jaren zestig en zijn piek in de jaren zeventig zou bereiken, bijzonder invloedrijk. Een historicus noemde dit land in 1975 ‘het meest anti-traditionele land in het Westen’. De jaren zeventig in Nederland werden volgens de historicus J.J. Woltjer beheerst door bestendige en geestdriftige pogingen om taboes op te sporen en uit de weg te ruimen. En de socioloog Paul Kapteyn laat zien hoe verreikend het streven was om een einde te maken aan taboes, van ouder-kindrelaties tot naaktzwemmen op Callantsoog.³⁵

In *Nieuw Babylon in aanbouw. Nederland in de jaren zestig* heb ik reeds laten zien dat Nederlanders, zich verzettend tegen een verzuilde en ‘verouderde’ samenleving en aangemoedigd door elites die vernieuwing over het algemeen zagen als onvermijdelijk, snel een einde wilden maken aan alles wat werd gezien als traditioneel en ouderwets.³⁶ Een natuurlijk onderdeel van deze emancipatie was het doorbreken van taboes, waardoor er een eind kwam aan stilzwijgen, huichelarij en leugens die open communicatie zo lang in de weg hadden gestaan. Het

spreekt voor zich dat het doorbreken van taboes zich voornamelijk concentreerde op taboes op seks, waardoor onderwerpen waar voorheen nooit in het openbaar over werd gesproken, ineens 'bespreekbaar' werden. Veel van deze thema's zijn vandaag nog steeds bespreekbaar in Nederland, zoals abortus (waarover overigens ook in veel andere landen openlijk gepraat kan worden), de erkenning van homoseksuele huwelijken, seksuele voorlichting en prostitutie (vaak minder bespreekbaar in andere landen). Maar een aantal andere thema's zijn nu minder bespreekbaar dan in de jaren zeventig, zoals pedofilie. De dood en euthanasie waren enkele van de verboden onderwerpen die in de jaren zeventig werden ontdekt. Velen dachten dat het heilzaam was voor mens en maatschappij om deze taboes te doorbreken, zodat mensen openlijk met elkaar konden praten over de problemen waarmee iedereen te kampen had ten aanzien van deze voorheen onbespreekbare onderwerpen.

Nederlanders waren natuurlijk niet de enigen die zich bezighielden met 'de dood'. Zij waren zelden de eersten die een controversieel onderwerp in de openbaarheid brachten. Ook in andere westerse landen werd in de jaren zestig en zeventig geprobeerd om meer aandacht te vestigen op dit thema. Zo waren het Amerikanen die als eersten meenden dat de dood werd bejegend als een taboe, en was het een Brit, John Hinton, die in 1967 het eerste boek over doodgaan schreef, een geschrift dat Nederlanders in hun eigen debatten zouden gebruiken. In die debatten werd ook duidelijk dat Nederlanders zich in sterke mate baseerden op internationale literatuur, vooral op het gebied van de pastorale begeleiding van stervenden. De bekendste voorstander van grotere openheid rond sterven en dood was de Zwitsers-Amerikaanse Elizabeth Kübler-Ross. Haar geschriften genoten grote invloed in heel West-Europa en Amerika en droegen bij aan de opkomst van de Nederlandse discussie over dit onderwerp.³⁷

In welk opzicht werden taboes dan anders aangepakt in Nederland dan in andere landen? Het lijkt erop dat er geen land in West-Europa was waarin de normen en waarden van een voorbije eeuw met zo veel ijver werden afgeworpen, waarin het 'uit de taboesfeer' halen van onderwerpen als dood en seks zo werd aangemoedigd. Misschien kan dit verklaard worden uit oudere tradities, zoals de politieke cultuur van (Noord-)Nederland, waarin eerlijkheid en directheid hoog werden gehouden en leugens, beleefdheden en ontwijkende antwoorden werden afgewezen. Hierdoor voelden sommige Nederlanders zich in de loop

van de jaren zestig aangespoord om 'huichelachtige' en 'oneerlijke' taboes te doorbreken. In dit opzicht is het interessant dat in Friesland de eerste aandacht trekkende rechtszaak rond euthanasie plaatsvond en dat de euthanasiebeweging in deze provincie van start ging.³⁸ Toch heeft dit niet eerder dan in de jaren zestig en zeventig geleid tot een afkeer van taboes. Het concept van 'bespreekbaarheid' gaat niet verder terug dan de jaren zestig, en de hele discussie over het doorbreken van taboes ging toen pas van start. Er moet in de moderne geschiedenis dus nog een oorzaak zijn aan te wijzen voor dit fenomeen.

Het is niet moeilijk om deze ontwikkeling te zien in het licht van de tamelijk snelle ontzuiling in Nederland na 1960. Door internationalisering, welvaartsstijging en andere sociale ontwikkelingen bevond deze zeer traditionele samenleving zich plotseling in een staat van flux. Het zag niet langer in waarom er vastgehouden zou moeten worden aan 'ouderwetse' ideeën en opvattingen die in de moderne samenleving willekeurig en onderdrukkend leken. De oude manier van leven werd ineens aan alle kanten aangevallen. Zelfs mensen die hun religieuze overtuigingen behielden, voelden zich gedwongen radicaal te breken met de gewoonten van het verleden. In deze context had het omverhalen van taboes op dood en euthanasie vaak het karakter van een morele kruistocht; licht zou worden gebracht in de duisternis, waarheid onder leugens, moed waar angst heerste, en medemenselijkheid in plaats van onverschilligheid. De bereidheid om openlijk te praten over dood – en euthanasie – had een emancipatorische, morele inslag. Weg met de angst, schuld en lasten die de mensen waren aangepraat door het oude, onderdrukkende doodzwijgen van deze onderwerpen, geen huichelarij rond het stervensbed! Er moest openlijk worden gepraat over het levenseinde in het belang van de patiënt, de arts en de hele maatschappij.

Het heeft vaak een onplezierige bijklank om iets aan te duiden als een morele kruistocht. Maar dat hoeft niet het geval te zijn. Zo is de huidige morele kruistocht tegen 'zinloos geweld' ook niet afkeurenswaardig. Het enige wat ik hiermee wil zeggen, is dat het euthanasiebeleid niet kan worden begrepen zonder te wijzen op de morele overtuiging onder Nederlanders dat het onbespreekbare bespreekbaar moest worden gemaakt. Praten over doodgaan en het vragen om en toestaan van euthanasie werd niet alleen vaak geïnterpreteerd als een teken van medemenselijkheid en autonomie, maar ook als een moedige

stap tot het doorbreken van taboes. Zonder de kennis dat het openbreken van taboes werd gezien als een moreel goed, is het moeilijk te begrijpen dat Nederlanders, in tegenstelling tot vele andere landen, zo openlijk durfden spreken over euthanasie. Het 'uit de taboesfeer' halen van euthanasie is ook op dit moment een belangrijke morele rechtvaardiging voor de euthanasiepraktijk in Nederland – misschien een unieke rechtvaardiging, eigen aan het Nederland van na de jaren zestig.

Wilfred van Oijen, de huisarts die euthanasie toepaste op Cees van Wendel de Jood in de beroemde documentaire uit 1994 *Dood op verzoek*, verklaarde zijn eigen medische overtuiging door die te vergelijken met de meer gesloten houding van zijn vader, ook huisarts:

In feite heeft mijn vader hier menselijk gesproken gefaald. Omdat hij niet over de dood kon spreken [...]. Toch was het niet alleen mijn vader die in dit opzicht faalde, maar de samenleving als geheel. Praten over de dood en doodgaan was taboe. Dat taboe wordt nu gelukkig meer en meer doorbroken en in Nederland gaat die ontwikkeling sneller dan in sommige andere Europese landen. De houding van artsen nu in bijvoorbeeld Engeland komt in veel gevallen nog overeen met de houding van mijn vader toen.³⁹

Vóór de revolutie: de stilte rond de dood

Het is een cliché geworden om te zeggen dat de dood een taboe werd in de moderne wereld. Naarmate de levensverwachting steeg en de godsdienstigheid afnam, werd de dood verbannen naar de uithoeken van het leven, evenals de begraafplaatsen werden verhuisd van het centrum van het dorp naar de rand van de stad. Er lijkt veel waarheid te zitten in de bewering dat de dood minder bespreekbaar werd: de afname van de godsdienstigheid sinds de negentiende eeuw verminderde het spreken over leven na de dood, moderne ideeën over het lichaam maakten het moeilijker om aftakeling aan te zien, en de professionalisering van de zorg in ziekenhuizen en mortuaria na de Tweede Wereldoorlog verwijderde de levenden van de doden.⁴⁰ De bekendste reden voor het ontstaan van de dood als taboe werd naar voren gebracht door taboebrekers als Jan Hendrik van den Berg in de jaren zestig, namelijk dat door de

opkomst van de moderne medische technologie en de daaraan verbonden hoop dat alle gebreken en ziekten konden worden geheeld, de dood een teken van falen was geworden, waarover liever niet werd gesproken.

Het is moeilijk na te gaan in hoeverre de Tweede Wereldoorlog het taboe op de dood had veranderd, of hoe het taboe in Duitsland en België na de Eerste Wereldoorlog verschilde van het taboe op de dood in Nederland omstreeks die tijd. Eén manier om dit na te gaan is het analyseren van ideeën over het sterfbed. Er waren wel enige religieuze subculturen, ofwel katholiek ofwel orthodox-protestants, waarin artsen en dominees zich geroepen voelden tot wat de gereformeerde G.A. Lindeboom een 'waarschuwingsplicht' noemde: ze voelden zich verplicht hun patiënt voor te bereiden op het hiernamaals. Lindeboom verwierp daarom de 'klassiekeheidense' reactie van 'opium en de leugen' in de benadering van een stervende patiënt. De katholieke geestelijke Ludovicus Bender betoogde in 1937 eveneens dat pijnbestrijding de patiënt niet van zijn bewustzijn mocht beroven, opdat de patiënt kon worden voorbereid op het leven na de dood en het sacrament van de stervenden mocht ontvangen.⁴¹

Het is niet duidelijk of deze sentimenten ook weerklank vonden binnen de samenleving als geheel. Wouters' onderzoek suggereert het bestaan van een 'flinkheidcultuur' met betrekking tot het sterfbed tijdens de jaren dertig en veertig, waarbij ieder werd aangemoedigd om lijden en dood zonder meer te aanvaarden.⁴² Misschien was het ook voor artsen erg verleidelijk om niet al te direct te zijn tegenover de stervende over zijn situatie, omdat het bekend was dat terminale patiënten die eerlijk werden voorgelicht over de ernst van hun situatie, geneigd waren te verzinken in wanhoop en depressie. In de jaren zestig waren er in elk geval veel artsen die toegaven aan hun tegenzin om openlijk te communiceren met zwaar zieke patiënten, en daarin verschilden ze waarschijnlijk weinig van hun collegae in andere landen. Zo was 70 procent van de Amerikaanse artsen in de jaren zestig niet bereid hun patiënten te informeren over het terminale karakter van hun ziekte. Het werd niet gepast gevonden om zieke patiënten angst in te boezemen door met hen te praten over de dood. In zijn boek *Opstellen over medische ethiek* uit 1960 schreef Lindeboom dat het beter was om de stervenden apart in het ziekenhuis onder te brengen, deels om de andere patiënten niet te verontrusten. De levenden moesten niet worden belast met dood en doodgaan.⁴³

Was dit alles een bewijs voor het bestaan van een taboe op de dood voorafgaand aan de jaren zestig? Voor wie bestond dit taboe, wanneer, waar? Generaliserende antwoorden op deze vragen zijn moeilijk te geven in samenlevingen zo divers als die van de westerse landen van de twintigste eeuw. Het lijkt er wel op dat er een zekere mate van paternalisme bestond rond het stervensbed, waarbij de verantwoordelijkheid om te praten over de dood – als dat al gebeurde – werd overgelaten aan de geneesheer.

Het is eenvoudiger om aan te tonen dat er een stilzwijgen bestond rond euthanasie. Als er iets is wat Nederland onderscheidt van andere landen, dan is het dat er voorafgaand aan de jaren zeventig eigenlijk zo weinig werd gesproken over euthanasie. In veel andere landen, van Amerika tot Tsjecho-Slowakije, werd vroeg in de twintigste eeuw levendig gediscussieerd over euthanasie, maar Nederlanders konden er niet erg warm voor lopen. De arts-ethicus Dick Meerman heeft reeds aange- toond dat euthanasie en levensbeëindigend handelen na 1870 veel Engels- en Duitstalige literatuur genereerde, terwijl er maar weinig verscheen in het Nederlands. Volgens hem komt dit doordat in Nederland de discussie over euthanasie werd opgenomen in algemenere discussies over abortus. Het ligt naar mijn idee meer voor de hand te stellen dat de macht van het conservatieve christendom in Nederland een openlijke discussie over euthanasie ontmoedigde. Zo was het ook de kracht van de religieuze subculturen in Nederland waardoor de invloed van eugenetica voor de Tweede Wereldoorlog nooit zo groot is geweest in Nederland als in Duitsland, Engeland en Amerika. Euthanasie werd vóór de oorlog vaak gekoppeld aan eugenetische doeleinden, en dit verklaart waarom er weinig over werd gesproken.⁴⁴ De medische profes- sie in Nederland was sowieso geen voorstander van euthanasie. Onge- acht hun religieuze overtuigingen verzetten artsen zich algemeen tegen vroegtijdige levensbeëindiging.

Het mag dan ook geen verbazing wekken dat de tegenstanders van euthanasie de Nederlandstalige literatuur domineerden. Alleen Max Greeve publiceerde in 1923 een vlugschrift waarin hij de toepassing van euthanasie verdedigde, maar hij vond nauwelijks weerklank. Vrij- wel alle literatuur tegen euthanasie was van de hand van christelijke au- teurs, hoewel de argumentatie verschilde. De meest uitgesproken tegenstander was de katholieke geestelijke Bender, die in zijn boek *Gij zult niet dooden* uit 1937 een aantal redenen opsomde waarom euthana-

sie moreel ontoelaatbaar was, voornamelijk omdat het een vorm van doodslag was die niet kon worden gerijmd met het recht op bescher- ming van leven.⁴⁵ Het belangrijkste pleidooi van protestantse zijde werd gegeven door de jonge arts Lindeboom in 1932, die zich ook in de jaren zeventig een krachtig en luidruchtig tegenstander van euthana- sie zou betonen. De enige reden waarom hij besloot een toespraak te houden over euthanasie, was de uitnodiging daartoe van de christelijke studentenvereniging in Amsterdam, want 'uit eigener beweging had ik voorzeker nooit een dergelijke richting durven kiezen'. Lindeboom was toen ook al bezorgd over de roep in 'breede, gelukkig grotendeels niet-medische kringen [voor] een zoo nodig kunstmatige euthanasie, die den mensch een veiligen aftocht wil verzekeren uit de wisselvallig- heden van dit leven'. Hij moest weinig hebben van deze vorm van eu- thanasie, die door voorstanders het 'recht op den dood' werd genoemd. Hij vond dit een vals recht, dat niet van artsen kon worden gevraagd. Maar 'euthanasie' door middel van oplopende doses van pijnbestrij- dende middelen stond hij toe, zolang het zorgvuldig werd toegepast.⁴⁶

De christelijke auteur die het meest begrip had voor de toepassing van euthanasie, hoewel hij zich daarover uiterst behoedzaam uitsprak, was de vrijzinnig protestant prof. dr. M.C. van Mourik Broekman. Zijn overtuiging – geschreven tijdens de oorlog en gepubliceerd in 1946, na zijn dood – was dat een arts die euthanasie toepaste, niet altijd moreel veroordeling verdiende:

Niemand zal hem [...] met steenen mogen werpen, als hij in een gevoel van medeleven met den lijder dien bij exceptie, direct of indirect, een handreiking biedt ter verlossing uit het lijden. Het is goed, wanneer de publieke opinie afwerend blijft staan tegenover de euthanasie, waar een natuurlijk besef en een metafysisch gericht bewustzijn tot grooten schroom zullen nopen om voor zich of voor anderen euthanasie te be- geeeren [...]. Wanneer een humanitair besef de christelijke moraal, welke mildheid van oordeel kent, beïnvloedt, dan ligt hierin het gevaar van ver- slapping van zeden, maar het doet billijker en reëler oordeelen in zaken van menselijke nood.⁴⁷

Van Mourik Broekman stipte thema's aan zoals 'verlossing uit het lij- den' en omgaan met 'menselijke nood', die een belangrijke rol zou- den spelen in de discussie over euthanasie een kwarteeuw later. De ge-

dachte dat liefde soms de wet kon overstijgen werd ook een invloedrijk thema in de jaren zeventig. Maar tegelijkertijd betekende zijn bereidheid om euthanasie om redenen van medeleven door de vingers te zien geenszins dat hij het 'bespreekbaar' wilde maken.

Er is nog een belangrijke reden waarom euthanasie weinig bespreekbaar was: de zogenaamde 'euthanasie' die vanaf 1939 toegepast werd door de nazi's op bijna 200.000 gehandicapte en chronisch zieke mensen. Nederlandse artsen deden hieraan niet mee en ze weigerden tijdens de bezetting de nazi-praktijken over te nemen.⁴⁸ Door de herinneringen aan deze oorlogsmisdaden heeft het zeker enige decennia geduurd voordat euthanasiebewegingen konden worden opgericht in zowel Duitsland als Nederland. De jurist Jan Rammelink verwoordde een algemeen gedeelde mening toen hij in het midden van de jaren tachtig zei dat de nazi's 'ongetwijfeld het normale gesprek over [euthanasie] jarenlang onmogelijk gemaakt' hadden.⁴⁹ Sprekend over het stilzwijgen van euthanasie aan het eind van de jaren zestig schreef de vooraanstaande katholieke ethicus Paul Sporken:

Het woord euthanasie heeft echter ook een nare bijklank gekregen, zowel door de realiteit van de euthanasie in de nazi-geschiedenis als door de sciencefictionverhalen over de euthanasie in een aantal 'toekomstromans'. Sommige mensen willen [dus] helemaal niet nadenken en niet horen spreken over euthanasie.⁵⁰

Een paar pogingen om het debat rond euthanasie kort na de oorlog nieuw leven in te blazen lukten ook niet. In 1952 werd een arts veroordeeld die euthanasie had toegepast op zijn broer, die in de stervensfase was van tuberculose. Deze zaak, het enige naoorlogse euthanasieproces tot het einde van de jaren zestig, kreeg weinig aandacht in de pers.⁵¹ In 1952 en opnieuw in 1955 loofde het Humanistisch Verbond – leden daarvan zouden samen met progressieve protestanten later een belangrijke rol spelen als voorvechters van euthanasie – een prijs van 250 gulden uit aan de winnaar van een essaywedstrijd over euthanasie, maar in beide jaren kon geen winnaar worden aangewezen vanwege gebrek aan goede inzendingen. Pas in het begin van de jaren zeventig probeerde het Verbond opnieuw de discussie aan te zwengelen, ditmaal met succes.⁵² Blijkbaar was euthanasie, evenals de dood, tot die tijd nog niet 'bespreekbaar'. Het onderwerp ontlokte weinig publiek

commentaar of controverse, ofwel doordat de praktijk werd gezien als moreel afkeurenswaardig, ofwel doordat het idee het publiek zo onwenzelijk in de oren klonk dat het niet wist wat het ermee aan moest. Zoals het verwoord werd door de redacteuren in de controversiële uitgave van *Delta* in 1969:

Nederlanders weten zich weinig raad met de dood. Ze verbannen haar uit het dagelijks leven en gedragen zich alsof ze niet bestaat. Zowel het woord als het concept is taboe. In dat opzicht verschillen ze weinig van andere Europese landen.⁵³

De jaren zestig: 'Open het graf'

Waarom kwam euthanasie tegen het einde van de jaren zestig in de belangstelling te staan? Veel wetenschappers hebben de opkomst van euthanasie voornamelijk toegeschreven aan de crisis in de medische ethiek, waarbij vooruitgang binnen de medische wetenschappen nieuwe vragen opriep en oude standpunten ongeldig maakte. Ook werd wel gewezen op de grotere autonomie van de patiënt, die opkwam voor zijn eigen rechten. Maar om de opkomst van euthanasie werkelijk te begrijpen moeten we ook het verzet tegen de traditionele gevoeligheden rond de dood betrekken, dat vanaf het midden van de jaren vijftig zichtbaar was. Nederlanders kregen te maken met allerlei maatschappelijke veranderingen: de opkomst van de verzorgingsstaat, grotere welvaart, individualisme, ontzuiling, ontkerkelijking – traditionele opvattingen waren in deze periode onderhevig aan een fel debat. Ook opvattingen rond de dood veranderden. Deze ontwikkelingen verliepen zo snel en schenen zoveel mee te nemen in hun vaart dat er een collectief gevoel heerste dat alle normen, waarden en taboes aan het verdwijnen waren en dat alle gedragsregels in de samenleving opnieuw moesten worden bepaald. Dit gold ook voor euthanasie. Typerend voor deze periode was de vraag van de journalist Henk Meier in 1968 of het terecht was dat mensen zich sterker verzetten tegen euthanasie dan tegen het voeren van een oorlog. De mensheid moest nieuwe prioriteiten leren stellen in een nieuw tijdperk. Zij moest taboes durven aanpakken die nog hoorden bij een ouderwetse moraal en niet geworteld waren in deze tijd.⁵⁴

De eerste tekenen van deze trend om het taboe op de dood te door-

breken waren het zichtbaarst in de wereld van kunst en literatuur in de jaren zestig. In december 1962 – slechts enkele dagen na de begrafenis van koningin Wilhelmina in de Nieuwe Kerk in Delft – werd in Nederland de eerste *happening* georganiseerd door tegenculturele kunstenaars in Amsterdam, zoals Simon Vinkenoog, onder de titel ‘Open het graf’. Het doel van deze bijeenkomsten was kunst en leven bij elkaar te brengen en de fundamenteën van vele zaken in twijfel te trekken. ‘Open het graf’ was een parodie op een uitvaartplechtigheid, en de bizarre context en het taalgebruik tijdens deze happening moeten veel toevalige voorbijgangers op zijn zachtst gezegd hebben bevreemd. De provo’s in Maastricht probeerden naar het schijnt deze gebeurtenis te overtroeven en zochten een echt lijk voor hun eigen happening, maar deze zoektocht werd niet met succes bekroond.⁵⁵

De capriolen van dichters en provo’s hadden weinig bereik buiten hun eigen kringen. Grotere bekendheid verwierven de Nederlandse schrijvers die door hun pennenvruchten de ‘evangelisten van de dood’ mogen worden genoemd. Anton Koolhaas en Ed Hoornik schreven tijdens de jaren zestig uitgebreid over dit onderwerp, en het literaire tijdschrift *De Gids* besteedde in 1966 een hele aflevering aan ‘de dood’. Maar de meest roemruchte auteur was Jan Wolkers. Zijn geschriften kunnen worden geschaard onder wat Geoffrey Gorer noemt ‘pornographies of death’, die steeds populairder werden in de jaren zestig en bestonden uit choquerende beschrijvingen van stervenden of gestorvenen. Wolkers’ *Kort Amerikaans* en *Een roos van vlees* zijn goede voorbeelden van zijn necrofiele belangstelling voor seks en dood, maar ook in de bestseller *Terug naar Oegstgeest*, gepubliceerd in het midden van de jaren zestig, is zijn levendige interesse in lijken al zichtbaar. Zowel in *Kort Amerikaans* als in *Terug naar Oegstgeest* komt een scène in een rouwkapel tijdens de oorlog voor, waarin Wolkers de doden profaan beschrijft en de levende bezoekers met weinig traditionele piëteit bejegt – juist om hierin het aanstootgevende karakter van de oorlog tot uitdrukking te doen komen. Een van de weerzinwekkendste beschrijvingen van een lijk kan worden gevonden in het verhaal ‘Het Tillenbeest’ in *Serpentina’s petticoat*, waarin de zus van de verteller – die de liefde had bedreven met Duitse soldaten – dood wordt gevonden in een modderige latrine. Aan het einde van de jaren zestig waren ook televisiemakers bereid om de dood van haar taboe te ontdoen. Het resultaat was Peter Hofstedes documentaire *Tot onze diepe droefheid* uit 1970,

waarin tijdens een interview met Wolkers de relatie tussen seks en dood aan de orde kwam. Ook andere onderwerpen betreffende de dood werden op weinig conventionele wijze besproken. Tegen het einde van de jaren zestig was de dood ‘in’. En juist de macabere en prikkelende aspecten van de dood kregen de meeste aandacht van het publiek.⁵⁶

In diezelfde periode werden ook begrafenisrituelen opnieuw onder de loep genomen. In de eerste plaats kregen begrafenisondernemers in het midden van de jaren zestig in de media een vloed van kritiek en bespotting te verduren. Het boek *The American Way of Death* (1963) van de Amerikaanse schrijfster Jessica Mitford, waarin de Amerikaanse ‘begraafindustrie’ vernietigend beschreven werd, verscheen het jaar daarop in het Nederlands als *Laatste eer naar de laatste mode* en het werd uitgebreid besproken. Het vertrouwen in Nederlandse begrafenisondernemers daalde behoorlijk na de uitgave van dit boek, hoewel het ook voorafgaand aan de jaren zestig nooit hoog was geweest. Uit hun vakblad *Het Begrafeniswezen* blijkt dat ze zich in de jaren zestig en zeventig in toenemende mate belaagd voelden door de pers. ‘Weer een slechte televisie-uitzending,’ was een van hun periodieke verzuchtingen over de ‘nieuwe mode’ in het ‘schrijven en spreken over het uitvaartwezen’, waarin altijd maar weer aandacht werd gegeven aan negatieve aspecten van het vak of de ondernemers. Hun tegenwerpingen betroffen belangrijke en minder belangrijke zaken. Zo werd in een redactioneel commentaar in 1965 geërgerd gereageerd op een uitzending van *Achter het nieuws* van de VARA waarin het bestaan van katholieke en protestantse uitvoeringen van schroeven in de doodkisten van het merk Bogra werd bespot. Is het niet mogelijk, zo vroeg de VARA-journalist zich af, om in deze tijd te werken met een oecumenische schroef? Acht jaar later werd ernstig bezwaar aangetekend tegen het KRO-televisieprogramma *Voer voor vogels* van 4 november 1973, waarin lachende medische studenten werden gefilmd die menselijke kadavers ontleedden onder het uitten van oneerbiedige opmerkingen als: ‘O hemeltje – wat kijkt hij scheel, gewoon géén gezicht!’ Traditionele ‘piëteit’ ten opzichte van dood en begrafenisondernemers werd naar hun inzicht een schaarser goed, nu het publiek steeds meer zaken ter discussie bracht die voorheen onbespreekbaar waren.⁵⁷

De tweede verandering binnen het uitvaartwezen was de toenemende belangstelling voor crematie als alternatief voor begraven. Het opmerkelijkste aspect in de geschiedenis van crematie is hoe weinig het

gebeurde vóór de jaren zestig; in 1963 werd slechts 5 procent van de gestorvenen in Nederland gecremeerd, tegen ongeveer 40 procent in Engeland. De eerste crematie in Nederland gebeurde in het nieuwe crematorium in Velsen in 1914, vrij laat vergeleken met omringende landen. Tot 1955 was het uitvoeren van crematies zelfs nog illegaal, hoewel overtredingen niet werden vervolgd, en na 1955 werd het door de wet nog steeds gezien als een uitzondering.⁵⁸ Evenals euthanasie was crematie nog niet een deel van de leefwereld van de meeste mensen. Dit alles veranderde snel in het begin van de jaren zestig, toen zowel protestanten (de Gereformeerde Kerken in Nederland in 1961) als katholieken (een uitspraak van het Vaticaan in 1964) hun bezwaren tegen crematie opzij zetten. Het werd zelfs bon ton onder godsdienstige leiders om hun aanvaarding van crematie publiek te maken, hoewel kerkleden zich nog altijd in mindere mate aangetrokken voelden tot vertering door het vuur dan onkerkelijken, wegens het christelijke geloof in 'de opstanding des vleses'. Het aantal crematies nam explosief toe in deze periode van openheid, tot 20 procent van de gestorvenen in 1972, het jaar dat begrafenisondernemers uiteindelijk besloten om hun vakblad te herdopen van *Het Begrafeniswezen* tot *Het Uitvaartwezen*.⁵⁹

Het verband tussen crematie en het taboe op de dood is lastig te leggen. Aan de ene kant menen onderzoekers zoals Wim Cappers dat de populariteit van crematie in de jaren zestig werd veroorzaakt door een samenleving die geobsedeerd werd door jeugd en hedonistische verlangens en die de dood zo onzichtbaar mogelijk wilde maken. Het toenemend aantal crematies dat eindigde in het verstrooien van de as – meer dan driekwart van alle crematies in 1965 – maakte de dood nog minder zichtbaar en, naar men vermoedt, het taboe sterker. Daarnaast leek het alsof de crematoria zelf – modern, onpersoonlijk en efficiënt – gebouwd waren voor mensen die niet bereid of er niet toe in staat waren met eigen woorden of rituelen de dood een plaats te geven.⁶⁰

Aan de andere kant vond de groei van het aantal crematies plaats in een tijd waarin mensen gemakkelijker hun afkeer van rottende lijken duidelijk konden maken. Het publiek kreeg meer de kans om er onbelemmerd over te praten, te lezen, om afstand te nemen van traditionele waarden rond de dood, zelfs om er grappen over te maken (Yrrah) en om zelf te kiezen wat er moest gebeuren na hun dood. Misschien waren het discussies in de pers over de overvolle begraafplaatsen – waar stofelijke resten soms al na minder dan tien jaar weer werden opgegraven

of verbrand om plaats te maken voor andere overledenen – die het debat over begraven in het algemeen en crematie in het bijzonder vergemakkelijkten. En wie weet heeft Jasper Enklaar gelijk als hij zegt dat Nederland – dat het balsemen van lijken verbiedt, behalve in uitzonderingsgevallen – de dood altijd beter heeft kunnen accepteren dan landen waarin balsemen gebruikelijk is, zoals Amerika, Canada en Australië.⁶¹

Zo geïnterpreteerd kan de toename van het aantal crematies ook worden gezien als een bescheiden maar bewuste emancipatie van traditionele benaderingen van de dood. Deze emancipatie was zelden zo radicaal als vertoond in het boek *Laat je niet kisten* uit 1967, waarin lugubere verhalen over stinkende lijken konden worden gelezen en allerlei foto's werden afgedrukt, waaronder een foto van het twintig jaar oude, goed geconserveerde lijk van een *Lufwaffe*-officier, dit alles om 'op openhartige wijze [af te rekenen] met het taboe van de dood'.⁶² Het is wel zeer waarschijnlijk dat de plotselinge aanvaarding van crematie heeft bijgedragen aan de perceptie onder Nederlanders dat zij bereid waren om de stilte rond de dood te verbreken. En de opkomst in de jaren zeventig van het idee dat crematie bevorderlijk was voor de ruimtelijke ordening en het milieu heeft ook bijgedragen aan het idee dat de dood kon worden onderworpen aan rationale overwegingen door rationale mensen – dat het 'bespreekbaar' was geworden.⁶³

De omslag in de meningen over crematie en dood kan niet worden begrepen zonder de rol van de religie in de Nederlandse samenleving in beschouwing te nemen. De opmerkelijkste verandering in de jaren zestig in Nederland is de pijlsnelle secularisatie: de gezwinde afname van religieuze invloed en godsdienstige instellingen. Het is moeilijk te zeggen of deze ontwikkeling de dood nu meer of minder bespreekbaar maakte. Aan de ene kant beweerde de vrijzinnig protestantse Amerikaan Joseph Fletcher dat de afname in godsdienstigheid mensen minder bang maakte voor het leven na dit leven. Wouters meende dat de secularisatie nieuwsgierigheid opwekte naar de dood en mensen deed beseffen dat zij hun doodsangsten onder ogen moesten leren zien en onder controle houden. Aan de andere kant was het in de jaren zestig een algemeen gedeeld gevoel dat de afname van religieuze rituelen en het verdwijnen van de hoop op eeuwig leven het moeilijker maakten om de dood te aanvaarden. De humanist H. Lips beklagde zich over de tegenzin van niet-godsdienstige mensen, zelfs humanisten, om de

dood onder ogen te zien. Nog gevormd door de christelijke idee dat de dood betekenisvol was en moest zijn, dachten ze liever niet na over iets wat zo duister was en waaraan ze geen kosmische betekenis konden geven. De afname van godsdienstigheid maakte de dood voor sommigen waarschijnlijk meer bespreekbaar, en voor anderen juist minder. Het is dus niet eenvoudig te zeggen welke invloed de secularisatie had op het taboe op de dood.⁶⁴

Wat wél duidelijk is, is dat zich tegen het einde van de jaren zestig een zekere filosofie rond de dood ontwikkelde die kan worden omschreven als: 'de dood hoort bij het leven', een uitdrukking die gemeenplaats werd in de jaren zeventig. Dit nieuwe gezichtspunt werd niet alleen gevormd door moderne biologische ontdekkingen die de grenslijnen tussen leven en dood vervaagden, maar ook door moderne theologische inzichten die meer nadruk legden op de verantwoordelijkheden van de religieuze mens in dit leven en soms ook openlijk afstand namen van het belang dat traditioneel werd gehecht aan de vertroosting van het hiernamaals. Nederlandse katholieken en protestanten keerden traditionele leerstellingen de rug toe en ontdekten een nieuwe ethiek in het verbeteren van de wereld. De resulterende herorientatie binnen de theologie van het 'leven na dit leven' naar 'dit leven' was in de jaren zestig wellicht sterker zichtbaar in Nederland dan in andere landen. Omdat leven en dood nauw met elkaar waren verweven en dit leven van groter belang was dan het zogenaamde leven na dit leven, leek het logisch dat mensen moesten leren hun angst opzij te zetten en zich te verzoenen met het 'natuurlijke' fenomeen van de dood. Staande naast de enorme massief eiken doodkist waarin hij na zijn dood zijn as geplaatst wilde hebben, vertelde de auteur G.K. van het Reve een journalist in 1970: 'De dood heeft geen plaats meer in ons leven, die wordt verdrongen uit onze cultuur. En men kan slechts leven als men zich verzoend heeft aan de dood.'⁶⁵

Deze nieuwe filosofie werd het duidelijkst onder woorden gebracht door levensbeschouwelijke groeperingen die de dood een nieuwe betekenis wilden geven. Lips, van het Humanistisch Verbond, verklaarde dat steeds meer niet-religieuze mensen (afgezien van enkele bange humanisten) bereid waren de dood onder ogen te zien, zich realiserend dat de natuurlijke begrenzing van de dood het leven juist vorm en inhoud gaf. Vrijzinnig protestanten kwamen tot dezelfde conclusie. De hervormde studentenpastor Marcel Krop, een vroeg voorstander van

euthanasie, werd berucht toen hij op 13 november 1969 tijdens een televisie-uitzending van de IKOR/CVK (later IKON) verklaarde: 'Dood is dood', dit leven is alles dat er is. Maar dit hoefde volgens hem niet te leiden tot wanhoop. In navolging van andere denkers in de jaren zestig zei hij dat het verval van de dood behoorde tot de levenskringloop van seks en dood, en dat het onze taak was de dood, evenals seks, een plaats te geven in ons leven.⁶⁶

Het was niet nodig om het eens te zijn met de standpunten van Krop over het hiernamaals om tot deze nieuwe inzichten rond de dood te komen. Behoudender protestanten kwamen tot vergelijkbare conclusies in de Gereformeerde Kerken in Nederland. De gereformeerde theoloog Harry M. Kuitert – die enorme invloed zou uitoefenen in de jaren tachtig en negentig op de liberalisatie van euthanasie – schreef in 1969 dat christenen hun ideeën over het 'moeten sterven' moesten 'ontmythologiseren'. Hij beriep zich op moderne medische en biologische inzichten en de theologen Rahner en Boros en zei dat het nodig was om de bijbel met andere ogen te lezen. 'Als creatuurlijk gegeven bergt het moeten sterven een positieve zin in zich.' De dood was niet het gevolg van zonde, maar deel van een goede schepping. 'De dood is nodig om de mens werkelijk mens te maken.' En dankzij orgaantransplantatie hadden de stervenden extra mogelijkheden om de levenden te dienen. In haast sacramentele termen merkte Kuitert op: 'Er zijn er, die zichzelf helemaal uitdelen.' De Nederlands-Belgische katholieke theoloog Edward Schillebeeckx kwam tot een vergelijkbare conclusie: door technologische ontwikkelingen waren de natuurlijke aspecten van het doodgaan versluisd, vooral de sociale dimensie en de waarde van het 'plaatsmaken' voor een ander.⁶⁷

De bedoeling van de filosofie van 'de dood hoort bij het leven' was duidelijk. Dood hoefde niet angstaanjagend te zijn, maar kon worden benaderd als een natuurlijk fenomeen. Het was evenzeer deel van ons bestaan als het leven. Het hoefde niet te worden onderdrukt, verbannen of verzwegen, maar kon en moest openlijk worden besproken, zonder angst. Kortom, de dood moest niet minder 'bespreekbaar' zijn dan andere aspecten van het leven.

Tot nu toe hebben we voornamelijk aandacht besteed aan algemene culturele factoren die de veranderende Nederlandse houding tegenover de dood hebben beïnvloed: het tegenculturele verzet tegen traditionele ideeën over de dood, de veranderende opvattingen rond begrafe-

nissen en crematies en de secularisatie. Maar niet alleen binnen de cultuur, ook binnen medische kringen vonden veranderingen plaats. Geneeskundig onderzoek gaf aanleiding tot nieuwe inzichten rond de dood en de medische wereld veranderde ook mede onder invloed van deze nieuwe inzichten. Medisch personeel keerde zich in toenemende mate tegen het verzwijgen van zaken rond het sterfbed. Naarmate de hiërarchische afstand afnam, zo betoogde Wouters, werd 'roeping' vervangen door 'persoonlijke betrokkenheid', vervaagde het onderscheid tussen ziek-zijn en gezond-zijn, en ging het verplegend personeel zich sterker identificeren met hun patiënten. Deze ontwikkeling was reeds zichtbaar in de jaren vijftig en bevorderde openlijke communicatie tussen de arts en de patiënt. De opkomende 'gesprekscultuur' was moeilijk verenigbaar met het medische regime in de meeste ziekenhuizen, waar verplegend personeel en artsen discussies over de dood uit de weg gingen omdat ze het onderwerp zelf niet durfden aan te snijden, of omdat ze vreesden dat het een demoraliserende uitwerking had op de patiënten, of omdat het niet paste in het model van een efficiënte 'gezondheidsfabriek', zoals dominee J.J. Buskes het bestempelde. De vooraanstaande psychiater H.C. Rümke van de Utrechtse school in de psychologie verweet de maatschappij – en ook zeker haar artsen – de dood te lang buiten zicht te hebben gehouden, zodat veel patiënten werden gedwongen in ellendige omstandigheden verder te leven. Deze situatie werd in de jaren zestig meer en meer gezien als een probleem.⁶⁸

De tweede belangrijke verandering binnen de medische wereld waren de ongekende mogelijkheden het leven van mensen te verlengen door toepassing van moderne medische technologie. Wat deze situatie problematisch maakte, was het feit dat artsen er zelden bij stilstonden of doorbehandelen wel in het voordeel van de patiënt was. Dr. J.A. van der Does de Willebois – een prominent tegenstander van euthanasie – merkte in de jaren tachtig op dat de opkomst van de euthanasiebeweging een reactie was op het medisch 'overbehandelen' van de jaren vijftig.⁶⁹ Tegen het einde van de jaren vijftig waren er al duidelijke protesten te horen tegen overbehandeling (van onder anderen Lindeboom). Het zo lang mogelijk in leven houden van patiënten was noch heilzaam medisch handelen, noch goed menselijk optreden. Bovendien maakten nieuwe medische behandelingen en zienswijzen het onderscheid tussen 'leven' en 'dood' minder duidelijk (zoals in het geval van coma-

teuze patiënten). Hoe dan ook, moderne medische ontwikkelingen forceerden artsen tot het aangaan van onderling overleg, en in de loop van de jaren zestig werd een toenemend aantal artikelen en conferenties gewijd aan netelige discussies over medische behandelingen aan het levenseinde. De latere premier Andries van Agt was een van de verschillende sprekers die tijdens een belangrijke conferentie aan de Katholieke Universiteit van Nijmegen in 1968 betoogden dat moderne technologische ontwikkelingen geen verandering vormden voor het recht van patiënten om behandeling te weigeren, anders gezegd, het recht op 'passieve euthanasie'. Medische deskundigen spraken zich voor het eerst openlijk uit over euthanasie op de televisie toen de VARA in 1965 de kwestie introduceerde in het programma *De zaak Wilma Helgers*, met een fictieve rechtszaak rond een vrouw die ervan werd beschuldigd euthanasie te hebben toegepast op haar zieke man.⁷⁰

De afname van de hiërarchische afstand aan het ziekbed en de mogelijkheid om het leven van patiënten te verlengen waren er de oorzaak van dat de roep om openheid rond dood en doodgaan aan het sterfbed luider werd. Dit blijkt duidelijk uit het succes van *Waarheid en leugen aan het ziekbed* uit 1964, geschreven door ds. Buskes. Dit boek werd achtmaal herdrukt in het eerste decennium na publicatie. Buskes – een protestant, zelfs een vooraanstaande dominee – betoogde dat onze onmacht om te praten over ziekte en dood de patiënt onmondig had gemaakt. Artsen, verplegend personeel, geestelijke verzorgers en familie hadden de morele taak om open en eerlijk met de patiënt over zijn situatie te praten, óók over moeilijke behandelingen en eventuele verlangens van de patiënt zelf. Het was niet altijd nodig om de volledige waarheid te vertellen, maar de systematische leugens en ontwijkende antwoorden die té kenmerkend waren voor de ziekenhuiscultuur moesten worden verworpen. Tegen het einde van de jaren zestig was het vrijwel gemeenplaats geworden te zeggen dat het door het taboe – dat er voor de gezonde mens heerste op kwesties rond de dood – moeilijker was voor patiënten om hun eigen gevoelens en verlangens 'bespreekbaar' te maken. 'Onze stervenden worden doodgezwegen,' verkondigde *Nieuwe Revu* in 1969. Daarom moest de waarheid worden gesproken aan het sterfbed. Het goede voorbeeld gevend, zond de NCRV het taboebrekende programma uit *Tenzij een wonder gebeurt*, waarin arts Cornelis van der Meer van de Vrije Universiteit op open en eerlijke wijze een stervende patiënt de ernst van zijn situatie kenbaar

maakte.⁷¹ Het was slechts een voorteken van wat er in de navolgende tien jaren zou volgen.

Omstreeks 1970 waren velen er dus van overtuigd dat er een taboe bestond op de dood, dat het goede leven – en een goede dood – in de weg stond. ‘Na de sex-golf, die momenteel in de westelijke wereld heerst, is er een nieuwe golf aan het kabbelen geraakt, namelijk het probleem van de dood,’ merkte *Het Begrafeniswezen* ietwat wrevelig op in 1970.⁷² Er waren er die geloofden dat de stilte rond de dood de afgelopen jaren alleen maar groter was geworden, terwijl anderen aannamen dat het taboe op kwesties rond de dood, evenals andere taboes, aan het verdwijnen was. Maar beide groepen mensen waren ervan overtuigd dat het stilzwijgen van de dood ongezond was, en deze afkeer gaf in de jaren zeventig aanleiding tot de ontkenning van een uitvoerige campagne tegen het taboe.

De jaren zeventig: ‘Een ware vloedgolf van necrofilie’

De jaren zeventig werden gekenmerkt door, om met de woorden van Lyn Lofland te spreken, een ‘sociale beweging’ die de relatie tussen leven en dood in een ander licht wilde plaatsen. Dit was niet strikt een Nederlands fenomeen. De vernieuwende geschriften van Kübler-Ross waren internationaal populair. En in verscheidene landen, waaronder de Verenigde Staten en Nederland, kwamen ‘happy death movements’ op, die zich ten doel stelden het publiek via informatieverstrekking te laten zien dat de dood ook positief kon worden benaderd, als mogelijkheid voor geestelijke groei. Een goede dood was in hun ogen niet alleen wenselijk, maar ook haalbaar – voor iedereen. Volgens Krop moest de samenleving een ‘leer van de dood’ ontwikkelen, om het alomtegenwoordige en onvermijdelijke karakter van de dood te begrijpen en te aanvaarden. Hoewel deze inzichten veelal werden gepropageerd door pro-euthanasieverenigingen, waren vergelijkbare geluiden in vele lagen van de samenleving hoorbaar.⁷³

Verkreeg deze nieuwe benadering van de dood meer invloed in Nederland dan in andere Europese landen en Amerika? Er zijn twee indicaties dat dit inderdaad het geval kan zijn geweest. De eerste is de spectaculaire groei van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. De Vereniging werd pas in 1973 opgericht, maar groeide

hand over hand, tot zij in het begin van de jaren tachtig de grootste pro-euthanasievereniging in de wereld werd, om vervolgens in de jaren tachtig nog sneller in ledental toe te nemen.⁷⁴ De tweede indicatie dat Nederland sterker leek te worden beïnvloed door de nieuwe benadering van de dood dan andere landen, was de kenmerkende gecentraliseerde structuur van de meningsvorming in dit kleine land, vooral na de ontzuiling van de jaren zestig. De Nederlandse politieke cultuur – waar ook maatschappelijke ideeën over seks en dood onder vallen – werd bepaald door een relatief beperkt aantal opiniemakers met veel invloed in de samenleving. Toen in de jaren zeventig de nieuwe retoriek rond de dood opgang maakte in de pers, werden de nieuwe inzichten hierdoor waarschijnlijk sneller door het hele land verspreid dan in andere, grotere en minder cultureel gecentraliseerde landen. Hoe het ook zij, in elk geval was de dood in de jaren zeventig ineens ‘bespreekbaar’ geworden. Ondanks de sterke overtuiging in de maatschappij dat de dood een taboe was, leek het alsof iedereen erover sprak, volgens Emma en Lodewijk Brunt in 1981: ‘Een ware vloedgolf van necrofilie lijkt over ons te zijn losgeslagen.’⁷⁵

Waarom voelde men zich in de jaren zeventig zo gedrongen te praten over de dood? In de eerste plaats was men ervan overtuigd geraakt dat taboes die in vroeger tijden in het leven waren geroepen, zoals die op kwesties rond de dood, schadelijk waren voor mens en maatschappij. Ouderwetse ideeën over de dood moesten worden afgedaan. De beschuldiging die het meest werd gehoord, was dat het taboe angst- en schuldgevoelens aanwakkerde, terwijl een eerlijke benadering van dit onderwerp deze gevoelens zou doen verdwijnen. Verder maakte het op willekeurige en paternalistische wijze onderscheid tussen mensen. In 1971 verklaarde Dick van Tol, een psychiater die later zelf actief aan het euthanasiedebat zou deelnemen, dat het taboe op kwesties rond de dood ons ertoe dwong om mensen die wilden sterven te bestempelen als ‘psychisch gestoord’. Daar stemde de Stichting Vrijwillige Euthanasie (niet te verwarren met de NVVE) in 1980 mee in: ‘Mensen die over hun doodswil willen spreken en hulp vragen voor een goede dood, doorbreken een aantal taboes tegelijk.’ Deze taboes wekten naar haar inzien ten onrechte schuldgevoelens op bij de mensen die wilden sterven.⁷⁶

De stilte rond de dood had er vooral voor gezorgd dat een aantal zaken niet werden besproken die wél onderwerp van gesprek hadden

moeten zijn. Het moeten tonen van 'eerbied' werd vaak aangeduid als een van de oorzaken van het kwalijke stilzwijgen van de dood. Eerbied mocht in het verleden een hooggehouden deugd zijn, in de jaren zeventig werd hij bestempeld als een kwalijk verschijnsel. De progressieve katholiek en invloedrijke psychiater Kees Trimbos sprak zijn ongenoe-gen uit over de weerstand tegen onderzoek naar 'stervensbegeleiding' die gebaseerd was op eerbied voor de stervende en zijn familie:

Ik ben opgevoed in een overmaat van eerbied: voor de natuur en voor de bovennatuur, voor het sterven, voor de overledenen, voor het pasgebo-ren kind en het ongeboren kind, voor het leven, voor de ouderdom [...] voor mijn vader en moeder, voor mijn lichaam [...] voor mijn bewaar-engel, voor priester, bisschop en paus, voor het gezag, voor mijn supe-rieuren en voor wie of wat al niet. [...] Ik ben nu al die eerbied kwijt en be-grijp niet waarom ik meer eerbied voor een stervende moet hebben dan voor de onderzoeken van het sterven. Eerbied is een versleten en aftands begrip dat ontelbare malen misbruikt is en dat geen wapen meer mag zijn in serieuze discussies over ethische problemen.⁷⁷

Om de dood recht in de ogen te kunnen kijken scheen het noodzakelijk, in elk geval in de jaren zeventig, om ons eerst te ontdoen van de taboes en vroomheden van het verleden.

In de tweede plaats hadden Nederlanders het idee dat de mensheid nu een nieuwe en zware verantwoordelijkheid op de schouders werd gelegd. De samenleving was volwassen geworden, zeiden de auteurs van *Doodgaan is nog geen sterven* (1972) en de toekomst zou worden ge-karakteriseerd door een nieuwe mate van onderling contact en 'geza-menlijke verantwoordelijkheid', ook op het gebied van dood en ster-ven. *Medisch Contact* stond in het begin van de jaren zeventig bol van deze thema's, evenals het toonaangevende *Toegenomen verantwoorde-lijkheid* (1972) van de hervormde theoloog P.J. Roscam Abbing, een ethisch handboek over medische dilemma's, waaronder euthanasie. Deze nieuwe verantwoordelijkheidsretoriek had evenveel van doen met het besef dat de mensheid zich bevond op een belangrijk punt in de geschiedenis als met de toegenomen complexiteit van medische beslissingen. Niet langer konden taboes de doorslag geven voor het maken van medische beslissingen, maar de mensheid moest nu het kinderlijke afleggen en volwassen worden.⁷⁸

In de derde plaats vond er in de samenleving een omkering van de rollen aan het sterfbed plaats. In de jaren zestig heerste in de hoger op-geleide lagen van de samenleving een idee dat naar voren was gebracht door theoretici als R.D. Laing en dat inhield dat niet de patiënt ziek was, maar de samenleving of, zoals Ivan Illich betoogde in een internationa-le bestseller in de jaren zeventig, het medisch establishment zelf. Op hetzelfde vlak werd nu ook betoogd dat de stervende de levenden meer te bieden had dan de levenden de stervende konden geven (opnieuw is hier de invloed van Kübler-Ross zichtbaar). De invloedrijkste profeet van dit denken was de levensstijlgoeroe Ivan Wolffers, wiens boekje *Een eindje mee lopen. Stervensbegeleiding voor iedereen* (1977) twee decen-nia lang werd herdrukt. Wolffers moedigde zijn lezers aan om zich te wenden tot de stervenden en de 'bevrijdende blijheid' te ervaren die dit contact met zich meebrengt, om te ontdekken dat het eigenlijk de ster-venten zijn die ons leiden. Slechts wanneer de stilte rondom ziekte en dood werd doorbroken, zo betoogden Wolffers en anderen, kon wor-den gezien dat de levenden hulp nodig hadden bij het leven, niet de pa-tiënt.⁷⁹

Een vierde en laatste dimensie van de discussie over de dood was het pleidooi om de eigen dood onder ogen te zien. Kuitert verklaarde al in 1969: 'een mens moet ook – als het zijn tijd is – van ophouden weten'. Een patiënt kan zich slaafs onderwerpen aan de medische macht ten-einde zijn dood te ontlopen, zei L.T.W. Suijker in 1977, maar het zou beter zijn voor die patiënt als hij voorbereid was op zijn eigen dood. Me-disch personeel moest beschikbaar zijn voor een gesprek om de patiënt hiermee te helpen.⁸⁰ Andries Postma, echtgenoot van de arts die eu-thanasie toepaste op haar moeder in 1971 en later voorzitter van de NVVE, zei in een interview in 1973:

We moeten proberen onze doodsangst te overwinnen. Alles wat zich om de dood afspeelt maakt het zo moeilijk erover te praten. Je zult op een be-paald moment zover moeten komen, hoe je ook denkt en wat je geestelij-ke achtergronden ook zijn, dat je bereid moet zijn om te sterven, eigen-lijk te allen tijde. Het kan je morgen overkomen.⁸¹

Degenen die hiertoe in staat waren, werden geprezen om hun goede voorbeeld. De vijftigjarige Amsterdamse beeldhouwer Flip van der Burgt, in de terminale fase van kanker, weigerde verdere behandeling

van zijn ziekte en maakte een aantal houtsnijwerken met de titel *De weg naar het eind*. Door zijn werk en zijn manier van sterven heeft Van den Burgt 'het taboe rondom de dood willen doorbreken', rapporteerde de *NVVE*.⁸² Deze houding zou door iedereen moeten worden overgenomen. Hoe? Door het scheppen van ruimte voor discussie – niet dwingend, maar natuurlijk – afgestemd op de gevoelens en de behoeften van de verschillende participanten.

Kort gezegd lijkt het duidelijk dat een aantal culturele factoren het noodzakelijk schenen te maken dat het traditionele taboe op de dood zou worden afgeschaft, dat de dood 'bespreekbaar' werd gemaakt. Maar de belangrijkste vraag is nog steeds niet beantwoord: wat is precies de relatie tussen de aanvaarding van de dood als cultureel element en de opkomst van euthanasie in Nederland?

Het is waarschijnlijk het beste om het doorbreken van het taboe op de dood te beschrijven als een *noodzakelijke*, maar niet *afdoende* oorzaak van de opkomst van de Nederlandse euthanasiebeweging. De grotere belangstelling voor de dood leidde in andere landen niet tot eenzelfde indrukwekkende euthanasiebeweging of een vergelijkbaar euthanasiebeleid als in Nederland. De vergelijking met het oprichten van sterfhuizen met gespecialiseerde zorg door de hospicebeweging – zo sterk in Engeland en zo zwak in Nederland – geeft aan dat de nieuwe openheid rond de dood in diverse landen verschillende uitwerkingen heeft gehad. Maar in Nederland kan er weinig twijfel over bestaan dat belangrijke voorstanders van euthanasie een direct verband legden tussen de aanvaarding van de dood en de aanvaarding van euthanasie. In 1971 verklaarde Van Tol dat het goed mogelijk was dat het 'vertrouwd raken met de dood' zou leiden tot de 'planning [...] van eigen dood'. Hij bepleitte het ontstaan van een nieuwe houding tegenover de dood en was er vast van overtuigd dat dit zou leiden tot een grotere mate van controle rond de dood en uiteindelijk ook euthanasie. 'Voor de toekomst zie ik de geplande dood, en in verband hiermee verruiming en legalisering van de verschillende vormen van euthanasie, als een menselijk recht.'⁸³ Voor Van Tol betekende de normalisering van de dood dat het plannen van de dood en euthanasie uiteindelijk ook normale processen zouden kunnen worden.

Anderen waren ervan overtuigd dat het spreken over de dood meer openheid schiep voor de aanvaarding van een bestaande wens voor euthanasie. In 1975 benadrukte C. Leerling, directeur van het katholieke

verpleeghuis Regina Pacis in Arnhem, de voordelen van het spreken over de dood. 'Als we de dood meer accepteren zullen we er vrijer tegenover staan en ook aan mensen op hogere leeftijd de gelegenheid geven om een goede dood te sterven.' Wolffers gaf uiting aan eenzelfde gevoel, toen hij meer in het algemeen zei dat we eerst de dood onder ogen moesten kunnen zien voordat we klaar zouden zijn voor een 'open gesprek' over euthanasie. Wat het verband tussen beide ook mag zijn, voorstanders van euthanasie waren er vast van overtuigd dat de acceptatie van de dood en euthanasie innig verweven waren. De anesthesist, uitgesproken humanist en schrijver van het instructieboekje voor artsen uit 1980 over het toepassen van euthanasie, Pieter Admiraal, zei in 1983 dat het taboe dat moest worden doorbroken niet het taboe op euthanasie was, maar op de dood.⁸⁴

Het is wel duidelijk dat de morele kracht van de euthanasiebeweging in Nederland deels was gebaseerd op het feit dat zij, als voorstander van een goede dood, het aftandse taboe op kwesties rond de dood wilde afschaffen. Maar dat was niet de enige overeenkomst. Centraal in de retoriek rond de aanvaarding van euthanasie stond, evenals in de retoriek rond het doorbreken van taboes, het concept van 'bespreekbaarheid'.

Euthanasie: 'Het zou niet stiekem moeten gebeuren'

De reden waarom in Nederland niet over euthanasie werd gesproken, was het bestaan van 'zware taboes' op kwesties rond de dood, de absolute waarde van menselijk leven en een relatief gebrek aan kennis rond het probleem van euthanasie, beweerden Hans van Berkestijn en Flip Treffers in 1970. Anderen kwamen tot dezelfde conclusie. Henk Mochel, verslaggever van de *NCRV*, zei in 1972: 'De angst, de onvrijheid en de remmingen waarmee het onderwerp euthanasie is behangen, blijkt wanneer men er in het openbaar over moet spreken.' En een paar jaar later schreef de journalist Joop van Tijn in *Vrij Nederland*: 'Na de monarchie, de homofilie, de partnerruil, God na de dood van God en de abortus rest ons eigenlijk alleen nog de euthanasie als taboe.' Maar ook dat was aan het veranderen, merkte hij op. En inderdaad, in het midden van de jaren zeventig nam de roep toe om euthanasie 'bespreekbaar' te maken. Dit betekent niet dat men moeiteloos kon spreken over eutha-

nasie; artsen toonden zich zelden bereid tot het aangaan van een gesprek over dit onderwerp en in 1981 rapporteerden de sociaal-wetenschappers Henri Hilhorst en Marja Verhoef dat euthanasie nog steeds een verboden onderwerp was in de verpleeghuizen. Maar de aanval op het taboe op euthanasie was in het midden van de jaren zeventig al van start gegaan in de media.⁸⁵

Ik heb al betoogd dat de wens om een einde te maken aan de stilte rond euthanasie voor diegenen die met hun tijd wilden meegaan, in het verlengde lag van het willen afschaffen van het taboe op de dood (en andere taboes). De opmerking van Van Tijn laat duidelijk zien dat het stilzwijgen van euthanasie werd gezien als deel van een groter geheel.

Maar er zijn nog een tweetal redenen aan te wijzen waarom Nederlandse opiniemakers het taboe op euthanasie wilden doorbreken. De eerste reden werd ingegeven door de al eerder vermelde opkomst van nieuwe medische dilemma's, waardoor het publiek zich ging realiseren dat het mogelijk zou worden om patiënten langer in leven te houden dan goed voor hen kon zijn. De persoon die de Nederlanders hierop het meest attent maakte, was Van den Berg met zijn veelgelezen boek *Medische macht en medische ethiek* uit 1969. De auteur werd vanwege dit feit in 1978 geprezen door een NVVE-commissie als dé persoon die euthanasie 'bespreekbaar' had gemaakt.⁸⁶ Het bestaan van een taboe op euthanasie dwong patiënten ertoe in leven te blijven en moest uit dit gezichtspunt juist daarom worden doorbroken.

De tweede reden waarom veel Nederlanders in de jaren zeventig vonden dat er een einde moest komen aan het stilzwijgen van euthanasie, lijkt strijdig te zijn met de eerste: het taboe moest worden doorbroken omdat artsen achter de schermen reeds euthanasie toepasten op hun patiënten. De stilte rond euthanasie stond haaks op het gemak waarmee artsen zich ervan bedienden, zeiden Van Berkestijn en Trefers. Artsen waren in de jaren zeventig weinig bereid tot het spreken over euthanasie, maar dat betekende niet dat ze er niet actief mee bezig waren. De arts en wetenschapper J. J. C. Marlet schreef al in 1968 dat euthanasie waarschijnlijk vaker voorkwam dan men dacht en dat het gebrek aan kennis hierover deels te wijten was aan de zwijgzaamheid van artsen. Het bestaan van heimelijke euthanasie kwam dramatisch aan het licht toen de arts Geertruida Postma-van Boven in 1973 voor het gerecht werd gedaagd omdat ze in 1971 euthanasie zou hebben toegepast op haar moeder (op eigen verzoek). Achttien artsen uit de KNMG-regio

Heerenveen publiceerden een open brief ter ondersteuning van Postma-van Boven en bekenden daarin dat zij zich ook schuldig hadden gemaakt aan het toepassen van 'euthanasie' (niet altijd actief). De rechtbank in Leeuwarden veroordeelde Postma-van Boven voor het beoefenen van actieve euthanasie tot een korte, voorwaardelijke gevangenisstraf, maar het vonnis gaf tegelijkertijd te kennen dat het bespoedigen van de dood door toediening van pijnbestrijdende middelen al wel regelmatig plaatsvond. Wat als gevolg van dit proces het meest bleef hangen bij de publieke pers, was het feit dat 'euthanasie' (ruim gedefinieerd) al in praktijk werd gebracht en dat men dit eerlijk moest erkennen, ook in het openbaar.⁸⁷

Voor veel Nederlanders spreekt deze tweede reden vanzelf, maar toch wil ik hier even bij stilstaan. Pro-euthanasiebewegingen werden in de jaren zeventig en tachtig overal opgericht omdat men niet wilde dat mensen door de medische zorg werden gedwongen hun leven te verlengen. In dit opzicht verschilt het Nederlandse streven om de patiënt de gelegenheid te geven om over zijn wensen te praten niet erg van dat van andere landen, zoals de Verenigde Staten. Maar de beslistheid dat het stilzwijgen een geheime toepassing van euthanasie verhulde – een gebrek aan openheid dat in de moderne tijd absoluut niet meer kon worden toegelaten – en het voortdurend zoeken naar de onomwonden waarheid leken een typisch Nederlands fenomeen. 'Het zou niet stiekem moeten gebeuren,' vertelde Postma-van Boven een journalist na de rechtszaak.⁸⁸ In tegenstelling tot Nederlandse voorstanders van euthanasie waren Anglo-Amerikaanse pro-euthanasiebewegingen minder geïnteresseerd in het openbaar maken van reeds bestaande euthanasiepraktijken. Waarom vonden Nederlanders het zo belangrijk dat in het geheim toegepaste euthanasie aan het licht zou komen?

Sommige drijfveren voor het 'bespreekbaar' maken van euthanasie waren vrij direct en pragmatisch. Zo vertelde de Haarlemse chirurg dr. H. E. Henneveld, die publiekelijk had toegegeven euthanasie te hebben verleend, aan *De Tijd* in 1978 dat het tijd was om euthanasie 'uit het tweeduister' te halen, want:

Als ik het na rijp beraad doe wil ik dat het in alle openheid kan gebeuren. Dat ik het kan opnemen in de notulering van de ziektegeschiedenis en dat er ook in de opleiding over kan worden gesproken.⁸⁹

Frank Kuitenbrouwer, redacteur van *NRC Handelsblad*, merkte op dat euthanasie een bijzonder gecompliceerde zaak was, zo moeilijk dat het bijna niet in regels kon worden gevat. 'Een eerste voorwaarde,' zei hij, 'is dan het probleem bespreekbaar te maken.' De Staatscommissie Euthanasie kwam tot een vergelijkbare conclusie in haar rapport in 1985: door een taboe op euthanasie werden mensen ervan weerhouden te leren hoe euthanasie in de praktijk verliep.⁹⁰ In deze voorbeelden werd bespreekbaarheid van euthanasie als een ideaal gezien, omdat de medische praktijk erop vooruit zou gaan als zaken die in het verborgene geschieden in het openbaar konden worden verricht.

Maar de opmerking van Henneveld geeft al aan dat er meer aan de hand is. Euthanasie 'uit het tweeduister' halen suggereert dat de praktijk uit het duister in het licht moest worden gebracht. Henk van Luijk prees in 1980 de bereidheid om te praten over euthanasie met de volgende bloemrijke woorden: 'De gezochte dood komt uit de taboesfeer, de sfeer van stigmatisering en geheimzinnigheid, van verdoemenis en van middeleeuwse zekerheden.' Het doorbreken van het taboe op euthanasie was niet alleen prijzenswaardig medisch handelen, maar ook een morele stap voorwaarts. Volgens de anti-taboe cultuur van de jaren zeventig en tachtig was huichelarij een van de grootste zonden die bestonden, en was de strijd tegen het stilzwijgen van euthanasie een strijd tegen dit kwaad. Klazien Sybrandy, de eigenzinnige medeoprichtster van de NVVE, en Rob Bakker gaven aan dat schuldgevoelens met betrekking tot euthanasie niet werden veroorzaakt door de voorbereiding en uitvoering van de daad, maar door de noodzaak om er naderhand over te liegen.⁹¹ Veel artsen beklagden zich over het feit dat ze, om strafrechtelijke vervolging te voorkomen, onwaarheden moesten vermelden op documenten zoals de overlijdensakte en hoopten dat een wettelijke regeling van euthanasie hun geweten hiervan zou bevrijden. Anderen gingen juist tekeer tegen de 'huichelarij' van artsen die euthanasie toepasten op hun patiënten en er niet openlijk voor wilden uitkomen.⁹²

Een beschuldiging die nog vaker te horen was, was gericht aan het adres van artsen die volgens de aanklacht hypocriet handelden door uitsluitend 'passieve (of indirecte) euthanasie' te beoefenen. In plaats van direct een einde te maken aan het leven van de patiënt werd bij 'passieve euthanasie' het sterven slechts bespoedigd door verhoging van de doses van pijnbestrijdende middelen. Het merendeel van de Neder-

landse deelnemers aan het euthanasiedebat moest vanaf het begin weinig hebben van een moreel onderscheid tussen actieve en passieve euthanasie. Een van de redenen voor hun afwijzing van dit onderscheid was het feit dat beide vormen van euthanasie toch resulteerden in het overlijden van de patiënt en het hypocriet zou zijn om de passieve vorm toe te staan en de actieve vorm te veroordelen. De voormalige voorzitter van de NVVE, Piet Muntendam, vond 'stervensbegeleiding met oplopende middelen huichelachtig' als het werd gezien als een moreel alternatief voor euthanasie. Admiraal verwierp passieve euthanasie als 'farizees'; hij versmaadde het gebruik van 'bedrieglijke' eufemismen voor euthanasie en vond het toepassen van 'stiekeme' euthanasie moreel onacceptabel. Ook Kuitert vond passieve levensbeëindiging op een 'versluiting' lijken.⁹³ In de strijd tegen het onderscheid tussen passief en actief werd soms gesuggereerd dat dit het gevolg was van een schijnheilige christelijke (of specifiek katholieke) moraal, die als zodanig moest worden ontmaskerd voordat deze zaken bespreekbaar gemaakt konden worden.

Waar veel andere landen duidelijk moreel onderscheid maakten tussen bijvoorbeeld passief en actief, direct en indirect, somatisch en niet-somatisch, en tussen actieve euthanasie en hulp bij zelfdoding, probeerden vele Nederlanders het verschil tussen deze vormen van euthanasie sterk te relativiseren. In de navolgende hoofdstukken zal ik hier dieper op ingaan. Maar één ding is duidelijk: sommige Nederlanders vonden deze verschillen niet alleen willekeurig, maar vooral ook hypocriet. En niet alleen de tegenstanders van euthanasie werden beschuldigd van het aanwijzen van onnodige en schijnheilige verschillen. Zo werd Muntendam zelf bekritiseerd door dr. J.J. Rasker voor het maken van een onderscheid tussen 'actieve directe euthanasie' en 'actieve indirecte euthanasie', waarbij de dood was beoogd in het eerste, maar niet in het laatste geval. Daar beide gevallen voorspelbaar resulteerden in het overlijden van de patiënt vond Rasker het 'kunstmatig, hypocriet [...] en verwarrend' om actieve indirecte euthanasie van andere vormen van euthanasie apart te zetten. Ook tegenstanders van euthanasie waren niet altijd te spreken over deze 'niet-te-verdedigen' en 'hypocriete' vormen van onderscheid.⁹⁴

Euthanasie moest 'bespreekbaar' worden gemaakt. Geen verborgen praktijken, geen leugens en vooral geen schijnheiligheid mocht worden geduld als het ging om euthanasie. 'Haal in bejaardentehuizen eu-

thanasie uit de schemer,' zei Kuitert in het begin van de jaren tachtig – hij was als geen ander gevormd door zowel een protestantse en Noord-Nederlandse achtergrond (hij is een Fries), als door de opstand tegen tradities en taboes:

[Moet] euthanasie in inrichtingen onbespreekbaar [...] blijven en voorzover het in praktijk wordt gebracht, stiekem [...] gebeuren? Voor mij lijkt dat in strijd met de regel van de waarheid maar ook met die van de barmhartigheid. Mensen die lang geleefd hebben en niet meer verder kunnen of willen, tegen hun zin in leven houden, lijkt mij een onbarmhartige daad, of zij nu ondernomen wordt uit angst voor verlies van de goede naam dan wel vanuit levensbeschouwelijke principes.⁹⁵

In het belang van barmhartigheid moest volgens Kuitert over euthanasie kunnen worden gesproken. Als onbespreekbaarheid gelijk stond aan het verlengen van leven dat niet meer verder wilde leven, dan stond bespreekbaarheid en het doorbreken van taboes blijkbaar gelijk aan het toestaan van euthanasie aan mensen die daarom vroegen. En dit was precies wat sommige voorstanders van euthanasie ook voor ogen stond. Het streven naar 'bespreekbaarheid' leek meer te zijn dan het woord doet vermoeden: een morele aanval op de huichelarijen een verlangen naar daadwerkelijke keuzevrijheid met betrekking tot de dood.

Euthanasie bevrijd van taboes

Een decennium nadat Van Tijn euthanasie in 1975 het laatste taboe in Nederland had genoemd, was men algemeen tot de conclusie gekomen dat euthanasie 'bespreekbaar' was geworden. Een aantal ontwikkelingen droegen hieraan bij: de door de KNMG opgestelde richtlijnen voor de toepassing van euthanasie, het arrest van de Hoge Raad en het positieve rapport van de Staatscommissie Euthanasie. Klazien Sybrandy keek in het midden van de jaren tachtig voldaan terug op het verleden:

Errustte een taboe op euthanasie. We hebben die rechtszaak [van Postma van Boven] aangegrepen om dat te doorbreken. Dat klinkt opschepperig, maar zo was het wel. En het is ons gelukt. Allerlei mensen durfden ein-

delijk voor de dag te komen met hun emoties en met hun ervaringen. Mensen die toen al over euthanasie dachten hadden er niet over durven praten uit angst dat ze alleen stonden. Die werden nu gesteund door onbekenden die dezelfde opvattingen bleken te hebben.⁹⁶

Heleen Dupuis, voorzitter van de NVVE, zette dit in 1985 in iets breder perspectief:

Twintig jaren geleden was er in Nederland nog geen sprake van een sterf-cultuur. Nu wordt de dood niet meer weggedrukt uit het leven. Je hoort steeds meer pleidooien voor het sterven thuis bijvoorbeeld. Het feit dat we hebben leren nadenken over de dood geeft juist openingen om rustig over euthanasie na te denken.⁹⁷

Hoewel de 'necrofiele' belangstelling voor de dood van de jaren zeventig tot het verleden behoort, lijken Nederlanders nu openlijk te spreken over de dood. Ze durven ook hun voorkeur uit te spreken voor het vroegen van de dood en ervoor te kiezen als de omstandigheden dit toelaten. En steeds meer Nederlanders willen ook een persoonlijk stempel drukken op hun eigen uitvaart, zoals Anja Krabben heeft laten zien in haar recent gepubliceerde *De dood is springlevend*.⁹⁸ Maar is de angst voor de dood werkelijk verdwenen? Het zou me verbazen als in Nederland het adagium van Van het Reve dat 'men kan slechts leven als men zich verzoend heeft aan de dood' nu en masse wordt beaamd. Wat er ook in een land of (sub)cultuur wordt gedaan of gezegd over de dood, de angst voor het werkelijke einde kan niet gemakkelijk worden weggenomen. Misschien blijft de dood minder voor 'onttaboeïsering' vatbaar dan de seks, ook voor Nederlanders.

Maar het gaat hier niet om het succes waarmee de taboes op dood en euthanasie daadwerkelijk zijn doorbroken, maar om de overtuiging van een aantal invloedrijke opiniemakers – vaak ook voorstanders van euthanasie – dat dit noodzakelijk was. De wens om afstand te doen van taboes gaf voorstanders ook het zelfvertrouwen dat ze nodig hadden om een moreel gecompliceerd vraagstuk als euthanasie aan te pakken. Natuurlijk speelde het streven naar medemenselijkheid en autonomie een centrale rol in de beleidsontwikkeling rond euthanasie, maar deze belangen alleen vormen geen afdoende verklaring voor het kwalitatieve beleidsverschil tussen Nederland en andere landen. Nee, de eutha-

nasiebeweging putte kracht uit de anti-taboecultuur van de jaren zeventig en tachtig, toen het zo belangrijk werd gevonden om huichelachtige en geheimzinnige medische praktijken aan het licht te brengen en bespreekbaar te maken. De morele complexiteit van euthanasie en hulp bij zelfdoding werd verhelderd door het te plaatsen in het licht van de 'onttaboeïsering'. Het doorbreken van de taboes op seks en dood was goed en daarom zou het afschaffen van het taboe op euthanasie, dat minder huichelarij en meer openheid in het vooruitzicht stelde, ook goed zijn. De Nederlandse drang om de waarheid boven tafel te halen en taboes te doorbreken is te sterk om ondergeschikt te worden gemaakt aan andere culturele factoren. Het staat op zichzelf – een krachtige culturele impuls die inzicht geeft in de vraag waarom Nederland in vergelijking met andere landen zo snel en zo zelfverzekerd de euthanasiepraktijk durfde toe te staan.

2 Onvermijdelijkheid

'Eerlijk gezegd,' zei dr. G. van der Most tijdens een televisie-uitzending van de NCRV in 1971, 'ook ik ben op het moment mentaal en moreel en als mens nog niet zover, dat ik zo'n spuit zou durven hanteren.' Hij reageerde op de woorden van de ouders van een zwaar gehandicapt meisje die zich hardop afvroegen of euthanasie niet het beste zou zijn geweest voor hun kind, omdat het meisje nooit met hen zou kunnen communiceren. Maar daar kon Van der Most, voormalig directeur van een instituut voor 'diepgestoorde' kinderen, het niet mee eens zijn. Nee, hij beschouwde het toepassen van euthanasie op deze kinderen als:

[...] een verschrikkelijke gebeurtenis. Ingrijpen in een bestaan van een wezen, waarvan wij dan misschien niet begrijpen waarom het zo leeft, waarom het zo is. Ik vraag me af, mogen we onze eerbied voor het leven zo reduceren, dat je je gerechtigd voelt om dergelijke ingrepen te doen?

Van der Most dacht ook niet dat er op dat moment verplegend personeel zou zijn in een van deze instituten dat de spuit zou willen hantieren. Maar dat was *nu*; de toekomst kon anders zijn. Dan zou het volgens hem wel onafwendbaar kunnen zijn om euthanasie op 'geestelijk en lichamelijk sterk onvolwaardige baby's' (in de woorden van Henk Mochel, de programmamaker) in overweging te nemen:

Ik geloof dat je daar, zonder dat je dat zou willen, naar toe groeit. Ik geloof dat het zover zal komen. Daarbij is het beslist noodzakelijk dat er in onze samenleving een andere mentaliteit gaat groeien, waaraan de verantwoordelijke mensen een bijdrage moeten leveren [...]. De beslissing om het leven te beëindigen zal altijd een kwestie zijn van een samenspel met

andere mensen die op een andere manier deskundig zijn. Dan denk ik aan juristen, de pastoor, de socioloog, ik denk aan de verplegende, ik denk aan de maatschappelijk werker. Wanneer al deze deskundigen gezamenlijk tot de conclusie zijn gekomen, dat het inderdaad een zinloze taak is om het leven van deze mensen te rekken, dan geloof ik, dat de euthanasie in deze gevallen, wanneer die dus goed geconditioneerd is, geaccepteerd zal worden.

Van der Most was blij dat hij hier waarschijnlijk nooit mee te maken zou hebben, maar dat betekende niet dat anderen daarvan ook gevrijwaard zouden blijven.⁹⁹

Was euthanasie – in dit geval gedefinieerd als het actieve, directe doden van zwaar gehandicapte baby's – onvermijdelijk? Om Van der Most recht te doen moeten we wel opmerken dat hij niet zei dat de ontwikkeling *onvermijdelijk* was, alleen dat het erg *waarschijnlijk* in de toekomst zou plaatsvinden. Maar mijn analyse van de Nederlandse retoriek rond dit onderwerp laat zien dat velen dachten dat euthanasie (breed gedefinieerd) het beeld van de toekomst was en dat het geen zin had om tegenstand te bieden. De komst van euthanasie was misschien niet goddelijk bepaald, maar wel deel van een sociale, morele en medische ontwikkeling die niet *kón* en (volgens sommigen) *mócht* worden stilgezet.

Nederlandse politieke cultuur gedijt op onvermijdelijke ontwikkelingen. Het is een weerkerend thema in de politiek en politici geven snel toe aan dat wat komen moet, van Willem II (die de grondwet van 1848 aanvaardde om een revolutie te voorkomen) tot de minister van Onderwijs Veringa (die, als reactie op de studentenbezetting van het Maagdenhuis in 1969, radicale wetsveranderingen voorstelde). De omvang van de culturele veranderingen in de jaren zestig en het relatieve gebrek aan verzet ertegen werden, zoals ik in *Nieuw Babylon in aanbouw* al eerder heb betoogd, deels veroorzaakt door het feit dat vele Nederlandse elites er geen vertrouwen in hadden dat de 'vernieuwing' die door de tegencultuur in gang was gezet, kon of moest worden stopgezet.

Waarom zijn 'onvermijdelijke ontwikkelingen' zo vaak deel geweest van de Nederlandse geschiedenis? In de eerste plaats is het voor een klein land als Nederland waarschijnlijk vaker het geval dat inwoners *reageren* op ontwikkelingen dan ze te *initiëren*. Grotere machthebbers

koesteren soms de illusie dat zij gebeurtenissen in de hand hebben, maar Nederlanders hebben sneller het idee dat ontwikkelingen hen overvallen. In de tweede plaats is de Nederlandse politieke cultuur zo gevoelig voor conflictsituaties dat nieuwe ontwikkelingen snel worden geïnterpreteerd als een 'crisis' die onmiddellijk moet worden aangepakt. In het begin van de jaren zeventig namen Nederlanders het sombere rapport van de Club van Rome over het milieu veel serieuzer dan de inwoners van andere landen, gezien het feit dat meer dan de helft van alle publicaties in de wereld werd gekocht in Nederland. Deze vrij nerveuze reactie kan leiden tot zowel profetische als onbezonnen gevolgtrekkingen en in het geval van de voorspellingen van de Club van Rome was het van beide wat.

'Onvermijdelijkheid' is ook een goed pragmatisch argument in debatten tussen politieke partijen die in ideologisch opzicht scherp verdeeld zijn. Het onbetwistbare politieke einde van het debat wordt erdoor voor ogen geschilderd, zodat de echte discussie wordt omgebogen van een standpuntbepaling voor of tegen deze ontwikkeling tot het bespreken van het hoe en wanneer van de aanpassing aan deze onontkoombare ontwikkeling. Op deze manier is de Nederlandse politiek ontideologiseerd, waarschijnlijk tot opluchting van vele politici. De politiek wordt gereduceerd tot het uitdokteren van een beleid dat door de geschiedenis aan eenieder, ongeacht diens mening, is opgedrongen. Dat betekent niet dat er snel een akkoord op tafel ligt over het hoe en wanneer van de aanpassingen – uit deze kwesties kunnen zich jaren van heftig debat ontspinnen – maar overeenstemming over de koers geeft richting aan de discussie.

Tenslotte is het zwichten voor onvermijdelijkheden een daad van zelfbevestiging in een politieke cultuur waar vrijwel niemand 'conservatief' wil zijn, maar zich juist wil laten voorstaan op zijn 'progressiviteit'; het laat zien dat je niet vastzit in ouderwetse denkpatronen, nu een nieuw tijdperk is aangebroken.¹⁰⁰

In het Nederland van de jaren zeventig en tachtig was euthanasie een van deze 'onvermijdelijke ontwikkelingen'. Met deze bewering moet echter met zorg worden omgegaan, want euthanasie bleef een omstreden en emotioneel geladen vraagstuk. Niet alleen was er onenigheid tussen voor- en tegenstanders rond deze kwestie, maar ook voorstanders waren verdeeld over bijvoorbeeld de vraag of de wetgeving moest worden aangepast om euthanasie toe te laten, of alleen an-

ders geïnterpreteerd moest worden. Het feit dat het nog tot het jaar 2000 duurde voordat parlementaire pogingen om euthanasie toe te staan met succes werden bekroond, geeft wel aan dat alleen met terughoudendheid kan worden gesproken over de gelijkgezindheid onder Nederlanders. De algemene richting was bekend, maar dat betekende niet dat het euthanasiedebat voorspelbaar zou verlopen.

Toch laat een doorlichting van de retoriek gebezigd tijdens de euthanasiedebatten in Nederland opvallend zien hoeveel mensen ervan overtuigd waren dat een volledige aanvaarding van euthanasie ophanden zou zijn – was het niet na een paar jaar, dan wel na een paar decennia. Euthanasie was, in de woorden van een *Parool*-journalist in 1980, een ‘idee in opmars’ en allerlei mensen, van juristen tot de katholieke bisschop Bluyssen, sloten zich hierbij aan. Zo verwachtten verschillende artsen die in hetzelfde NCRV-programma werden geïnterviewd als Van der Most, dat een ‘mentaliteitsverandering’ rond euthanasie nog maar een decennium op zich zou laten wachten. Niet dat veel artsen zich bereid verklaarden om euthanasie toe te passen – nee, het was eenvoudigweg duidelijk dat het eraan zat te komen. Eenzelfde mening werd verwoord door dr. Jan Gol, directeur van het verpleeghuis waar arts Postma-van Boven in 1971 euthanasie verleende aan haar moeder. Gol besloot haar naderhand aan te geven bij de politie, maar had haar er aanvankelijk van verzekerd dat hij begrip had voor haar daad en verwachtte dat euthanasie er ‘wel door zou zijn’ binnen tien, of misschien zelfs binnen vijf jaar.¹⁰¹

Hetzelfde verwachtingspatroon werd gekoesterd door voorstanders van euthanasie. NVVE-leiders als Piet Muntendam waren er vast van overtuigd dat het net zo zeker was dat euthanasie zou worden aanvaard als het feit dat een rijpe appel uiteindelijk van de boom valt. De vooruitgang van de medische technologie en de opkomst van ‘de mondige mens’ zouden acceptatie van euthanasie (verschillend geïnterpreteerd) onontkoombaar maken. Men hoefde slechts de ‘natuurlijke’ sociale processen hun gang te laten gaan en euthanasie zou worden aanvaard en openlijk toegepast. Toen mevrouw C.A. Wertheim-Elink Schuurman, voorstander van euthanasie, in 1981 onder huisarrest was geplaatst in afwachting van een rechtszaak betreffende hulp bij zelfdoding, zei de toezichthoudende onderzoeker naar verluidt: ‘Mevrouw, als ik zo oud ben als u mogen we allemaal sterven op het moment dat we zelf willen.’¹⁰² Veel Nederlanders deelden de verwachting dat (actieve)

euthanasie op brede schaal plaats zou vinden in de toekomst; het leek een noodzakelijke en natuurlijke ontwikkeling in de moderne maatschappij.

Deze onvermijdelijke ontwikkeling hoefde echter niet beangstigend te zijn zolang de juiste mensen gewetensvol met elkaar in gesprek waren over de kwesties inherent aan euthanasie. Het voorstel van Van der Most om de pastoor en de sociale werker met elkaar van gedachten te laten wisselen over het lot van de patiënt is hiervan een teken. A. Verkuyll, een van de artsen uit het NCRV-programma, geloofde dat euthanasie in de toekomst moreel acceptabel kon worden:

[...] als wij na diepgaande bezinning van medici, ethici, theologen, sociologen enzovoort tot de conclusie zijn gekomen, dat dit kan en dat dit in het rechtsbewustzijn van de mensen is doorgedrongen, dan kan ik mij voorstellen dat dat dan een zeer verantwoorde wijze is, waarop wij met elkaar omgaan.¹⁰³

Euthanasie bespreekbaar maken was de beste wijze om te garanderen dat deze onvermijdelijke ontwikkeling op een ethisch verantwoorde manier zou worden gekanaliseerd.

Kortom, de Nederlandse drang om onontkoombare ontwikkelingen te signaleren en in goede banen te leiden gaf gestalte en richting aan het euthanasiedebat. De Nederlanders gingen grondig te werk in het bespreekbaar maken van talrijke en moeilijke aspecten van het euthanasievraagstuk – de diepgang en reikwijdte van de discussie is opmerkelijk. Om de discussie echter te begrijpen moet worden opgemerkt dat het idee reeds had postgevat dat ‘euthanasie’ (en wat dat precies inhield was vooreerst niet duidelijk) in een moderne samenleving wel geaccepteerd moest worden. Het debat moest grondig en bedachtzaam zijn, maar mocht niet stagneren – het moest voortgaan in de richting van de ‘sociale ontwikkelingen’. Deze veronderstelling werd reeds geuit in de jaren zeventig, maar was nog sterker aanwezig in de jaren tachtig (‘euthanasie’ werd toen vrij algemeen gedefinieerd als actief en vrijwillig). Vanuit dit perspectief wekt het minder verbazing dat Nederland het eerste land ter wereld was dat regelgeving voor de uitoefening van euthanasie opstelde, dan dat het nog tot in de 21ste eeuw duurde voordat werd voorzien in een strafuitsluitingsgrond. Toch kon het tijdstip de sociaal-evolutionist weinig deren, zolang de discussie

maar voortgang maakte in de juiste richting. Waarom waren Nederlanders ervan overtuigd dat euthanasie een onvermijdelijke ontwikkeling was?

Euthanasie als 'nieuw' probleem

Nederlanders namen pas laat deel aan het euthanasiedebat. In groter Europees verband was de discussie rond euthanasie al een eeuw aan de gang toen Nederlanders zich aan het eind van de jaren zestig gingen mengen. De mogelijke oorzaken van deze late start – zoals de invloed van religieuze zuilen – zijn al in het vorige hoofdstuk aan de orde geweest. Buitenlanders spraken reeds over euthanasie – waaronder ook de vrijwillige, actieve vorm die nu wordt verstaan onder euthanasie – lang voordat Nederlanders zich ervoor gingen interesseren.

Omstreeks het begin van de twintigste eeuw hadden verschillende landen, waaronder Noorwegen, wijzigingen aangebracht in het Wetboek van Strafrecht, waardoor artsen die schuldig werden bevonden aan het plegen van euthanasie minder zwaar behoeften te worden gestraft. De euthanasiediscussie in Duitsland – het land waarover in dit opzicht het meest is gepubliceerd – was al stevig op gang aan het einde van de negentiende eeuw en bereikte een hoogtepunt in de jaren twintig. Hoewel velen zich alleen bekommerden om overwegingen van 'sociaal nut' en streefden naar vermindering van het aantal 'nutteloze monden' door toepassing van onvrijwillige 'euthanasie', waren er ook die zich sterk maakten voor het respecteren van de doodswens van hen die wilden sterven. De NSDAP speelde tot 1933 in deze debatten nauwelijks een rol.¹⁰⁴

Nog belangrijker is dat in Amerika en Engeland de voor- en nadelen van 'mercy killing' (zoals euthanasie daar meestal wordt aangeduid) al sinds het begin van de twintigste eeuw onderwerp van discussie zijn geweest. De eerste pogingen om actieve, vrijwillige euthanasie te legaliseren werden – overigens zonder succes – kort na de eeuwwisseling ondernomen in het midden-westen van Amerika, in bijvoorbeeld de staten Iowa en Ohio. In Europa schenen Groot-Brittannië en Duitsland voorop te lopen. Lord Ponsonby diende in het midden van de jaren dertig een wetsvoorstel in bij het Engelse parlement om vrijwillige euthanasie te legaliseren en verkreeg steun van bijna een derde van het Ho-

gerhuis.¹⁰⁵ Zowel in Amerika als in Groot-Brittannië werden euthanasiebewegingen reeds in de jaren dertig opgericht om steun te verwerven voor voornamelijk vrijwillige euthanasie, zoals Merciful Release (1938) in Amerika.¹⁰⁶ Enquêtes uit 1939 laten zien hoe groot de steun was onder de bevolking; uit een bron blijkt dat 80 procent van de onderzochte artsen in New York in dat jaar achter legalisatie van vrijwillige euthanasie stond.¹⁰⁷ De discussies in Engeland werden niet lang onderdrukt door de gebeurtenissen in de Tweede Wereldoorlog, zoals dat vanzelfsprekend wel het geval was in Duitsland. Ook in de jaren vijftig werd gediscussieerd over euthanasie en aan het eind van de jaren zestig werd er een euthanasiewetsvoorstel ingediend in het Britse Hogerhuis, waar het vervolgens werd verworpen.¹⁰⁸ De oprichting van de eerste hospice voor stervenden in 1967 door Cecily Saunders getuigt ook van de Britse interesse in het verlichten van lijden aan het levens-einde. Amerikanen lieten zich ook niet afschrikken door de slechte naam die euthanasie had gekregen door de nazi-praktijken. In 1949 werd Hermann Sander, een arts in de staat New England, die lucht in de ader van een comateuze, stervende vrouw had gespoten, vrijgesproken van moord. Het was een geruchtmakende zaak, die vele pennen in beweging bracht van zowel voor- als tegenstanders van vrijspraak voordat uitspraak werd gedaan. De euthanasiediscussie werd voortgezet in de jaren vijftig en zestig zowel in de publieke pers als in wetenschappelijke bladen. In 1972 hield de senaat hoorzittingen over 'death with dignity' – ongeveer een decennium voordat het Nederlandse parlement iets dergelijks ondernam. Zowel in Engeland als in Amerika vonden discussies over het karakter van de dood en de ethische dilemma's die het gevolg waren van nieuwe medische ontwikkelingen, enkele jaren eerder plaats dan in Nederland. De eerste instituten voor de 'bio-ethiek' werden opgericht in Engeland, het Hastings Center (1969), en in Amerika, het Kennedy Institute for Bioethics (1972), meer dan een decennium voordat het eerste Nederlandse equivalent (naar Anglo-Amerikaans voorbeeld) werd opgericht in Maastricht: het Instituut voor Gezondheidsethiek (1984).¹⁰⁹

Toen Nederlanders de discussie over euthanasie serieus begonnen, na publicatie in 1969 van *Medische macht en medische ethiek* door de Leidse psychiater Jan Hendrik van den Berg, gaven ze er weinig blijk van te weten dat deze discussies reeds decennialang in andere landen waren gevoerd. Van den Berg geeft ook nergens de indruk dat hij weet

heeft van het reeds een eeuw oude karakter van de euthanasiediscussie. Naar zijn idee was de era van de medische macht, waarin de techniek zo veel heerschappij had over leven en dood, pas 'in de laatste jaren' begonnen.¹¹⁰ In dit nieuwe tijdperk werden mensen, naar zijn idee, geconfronteerd met kwesties die niet bekend waren in voorgaande eeuwen, waaronder de morele verplichting om diegenen te doden die hulpeloos verstrikt waren geraakt in het web van de medische macht.

De lange stilte die vooraf was gegaan aan de plotselinge belangstelling voor euthanasie in Nederland in de jaren zestig, gaf mensen zoals Van den Berg waarschijnlijk de impressie dat het actief doden van patiënten een geheel nieuwe zaak was, waar de geschiedenis niets over had gezegd of had kunnen zeggen. Nederlanders schenen onder de indruk te zijn van de snelheid waarmee de kwestie hen had overvallen en neigden het 'plotselinge' opdagen van euthanasie te interpreteren als een novum in de menselijke geschiedenis en als onontkoombaar in de moderne tijd. Voorschriften uit het verleden, zoals de bepalingen tegen euthanasie en hulp bij zelfdoding uit 1886 (artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht, waarin het burgers verboden werd om het leven van een ander op verzoek te beëindigen of te helpen beëindigen), werden afgedaan als negentiende-eeuwse wetten die niet meer relevant konden zijn voor de moderne tijd. Volgens Gol, de verpleeghuisdirecteur uit Oosterwolde, was het een 'verrekte oude wet' en in geschriften werden deze artikelen regelmatig aangeduid als 'verouderd'. Ook de publieke pers verwees de wetten naar het verleden. *Elseviers Weekblad* liet in een artikel weten dat de 'euthanasiewetgeving sterk achterloopt' en onderstreepte dit door lezers eraan te herinneren dat de wet 'uit 1886!' stamde.¹¹¹ Het uitroepteken gaf goed uitdrukking aan de gevoelens van vele Nederlanders, die ervan versteld stonden dat ze nog steeds werden geregeerd door wetten die opgesteld waren in een onbruikbaar verleden.

Speelde het verleden dan geen enkele rol in het Nederlandse euthanasiedebat? In slechts enkele boeken uit de jaren zeventig kwam het verleden naar voren. Zo schreven I. van der Sluis en G.A. Lindeboom kritische verhandelingen over de geschiedenis van euthanasie, en werd de geschiedenis van zelfmoord en euthanasie door voorstander D. van Tol uit de doeken gedaan.¹¹² Zowel voor- als tegenstanders hadden de geschiedenis meer recht kunnen doen. Als de geschiedenis al aan de orde kwam, dan zagen tegenstanders (zoals Van der Sluis in *Het*

recht om grootmoeder te doden) euthanasie vaak als deel en uitvloeisel van de sinistere medische eugenetica van het begin van de eeuw, terwijl voorstanders verder terug grepen en betoogden dat euthanasie altijd deel was geweest van de menselijke geschiedenis. Euthanasie 'is van alle tijden', zei Ch. Enschedé, vooraanstaand jurist en NVVE-lid. Hij verzette zich tegen wetsverandering omdat de artikelen 293 en 294 zo zouden moeten worden geïnterpreteerd dat euthanasie als medisch uitzonderingsgeval al impliciet was toegestaan. Maar geschriften die verwezen naar het verleden hadden weinig invloed op het heersende euthanasiedebat; in de jaren zeventig en tachtig was men er over het algemeen van overtuigd dat het verleden door gewijzigde omstandigheden het heden niets meer te zeggen had.¹¹³

Er was maar één duidelijke uitzondering op de irrelevantie van het verleden: de nazi's. De beschuldiging dat de toepassing van euthanasie een reïncarnatie was van nazi-praktijken en dat de voorstanders ervan de maatschappij wilden verlossen van levensonwaardige mensen, zou het euthanasiedebat in Nederland tot heden toe blijven achtervolgen. Toen de discussie nog maar pas van start was gegaan (eind jaren zestig, begin jaren zeventig), werd het schrikbeeld van de nazi's vaak aangehaald.¹¹⁴ Het zou nog een paar decennia duren voordat het woord was ontdaan van de primaire associatie met de nazi's. Tegenstanders van euthanasie brachten het negatieve voorbeeld van de nazi's keer op keer naar voren om te wijzen op de gevaren van de Nederlandse euthanasiepraktijk. Het boek *Mag de dokter doden?* (1986) van C.I. Dessaur en Chris Rutenfrans, gepubliceerd nadat er reeds overeenstemming was bereikt in Nederland over euthanasie, is daarvan waarschijnlijk het bekendste voorbeeld.¹¹⁵

Het wekt geen verbazing dat voorstanders van euthanasie verontwaardigd reageerden op de naar hun idee volledig misplaatste vergelijkingen met nazi-praktijken. Maar het bleef een gevoelig onderwerp. Later zouden tegenstanders van euthanasie zich beklagen over het feit dat het een 'taboe' was geworden om de Nederlandse euthanasiepraktijk te vergelijken met Duitse praktijken tijdens het regime van Hitler: voorstanders waren naar hun inzien overgevoelig geworden voor het wijzen op overeenkomsten.¹¹⁶ Maar de juriste H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, een vroege voorstandster van de liberalisering van euthanasie (zonder wetsverandering) en secretaris van de Stichting Vrijwillige Euthanasie, zei in 1984 dat het goed was de Nederlandse praktijk van

tijd tot tijd te vergelijken met de nazi-praktijken, om de moderne samenleving een spiegel voor te houden, zodat het nooit zover zou komen dat euthanasie onder dwang zou worden toegepast of dat het leven zou worden beëindigd van mensen die hun eigen wensen niet kenbaar konden maken. Een jaar later verzette ze zich tegen het voorstel van de Staatscommissie Euthanasie om euthanasie op comapatiënten toe te passen zonder hun toestemming, juist op grond van het feit dat dit een van de excessen was van het nazi-regime.¹¹⁷ Het negatieve voorbeeld van de nazi's bleef een factor in de discussie, waardoor voorstanders zich aangespoord voelden om zowel het vrijwillige karakter van euthanasie als het belang van het stellen van grenzen te blijven benadrukken.

Maar ook al was het nazi-regime het hardnekkigste voorbeeld uit het verleden, het was ook het eenvoudigst te weerleggen. Veel prominente voorstanders van liberalisering van euthanasie hadden er het volste vertrouwen in dat hun voorstellen niets van doen hadden met de nazi-praktijken. Een kritische recensent van Van den Bergs *Medische macht* waarschuwde in 1969 in *De Groene Amsterdammer* dat het voorstel van de auteur om alleen leven in stand te houden dat 'zinnig' was, door minder gewetensvolle artsen kon worden misbruikt, zoals het geval was geweest onder het nazi-regime. Maar Van den Berg had deze connectie in *Medische macht* reeds in een zin afgewezen door te zeggen: 'Bij dit devies [namelijk het instandhouden van zinvol leven] hoeft het schrikbeeld van de jaren '33-'45 niet te verrijzen [cursivering in het origineel].'¹¹⁸ Waarom niet? Dit werd verklaard door Jan Menges, auteur van *Euthanasie in het Derde Rijk* (1972), het enige omvangrijke boek dat in Nederland gepubliceerd is over de euthanasiepraktijken in nazi-Duitsland. Deze zette in het voorwoord het verschil uiteen tussen de legitime aanpak in Nederland en de onwettige en verwerpelijke vormen in nazi-Duitsland:

De belangen van de patiënt telden niet maar slechts die van de staat. Van openheid was geen sprake: schijnorganisaties, het gebruik van valse namen, het schrijven van walgelijk hypokriete troostbrieven en zelfs misleiding van de behandelende artsen legden vanaf de aanvang der akties een sluier van bedrog over de zaak. Door al deze feiten heeft de 'euthanasie' der Nazi's zich zelf veroordeeld en werd bewezen, dat hier eerder sprake was van moord dan van een 'heilshandeling'.¹¹⁹

Anderen deelden deze mening. Programmamaker Mochel besloot het NCRV-televisieprogramma – dat in het begin van dit hoofdstuk ter sprake is gebracht – uit te zenden omdat het tijd was geworden te laten zien dat de euthanasiepraktijken van de nazi's niet te vergelijken waren met de vormen van euthanasie die op dat moment in Nederland werden besproken. Er is een kwarteeuw overheen gegaan, genoeg om nu te kunnen onderscheiden welke euthanasie een 'gruwel' is en welke 'verantwoord', zei de hervormde theoloog-ethicus P.J. Roscam Abbing in 1972. Truus Postma-van Boven dacht dat het nuttigheidsdenken van de nazi's het best kon worden tegengegaan wanneer het denken over euthanasie 'opengebrosen wordt zodat mensen zelf gaan beslissen'. Voor Postma-van Boven en anderen was een open discussie over dit onderwerp de beste manier om het ontstaan van excessen, zoals gebeurde onder de nazi's, tegen te gaan.¹²⁰

Het schrikbeeld van de nazi's verdween nooit geheel, maar vormde geen grote belemmering voor het Nederlandse debat over dit onderwerp. Het verschil met de moderne Nederlandse cultuur en medische praktijk was in de ogen van de meeste Nederlanders te groot om de nazi-praktijken van invloed te doen zijn. En, zoals de journalist Chris Rutenfrans opmerkte, het was ook niet deel van hun eigen verleden, want Nederland kende geen vooroorlogse euthanasiebeweging.¹²¹ Was het een teken van goed onderscheidingsvermogen dat Nederlanders zich niet druk maakten om een verleden dat hun niets te zeggen had, of was het naïviteit, zoals Rutenfrans beweerde, waardoor ze argeloos een gevaarlijke weg waren ingeslagen? Wat ook het geval mag zijn, het gemak waarmee Nederlanders het nazi-vraagstuk naast zich neer konden leggen, schijnt kenmerkend voor een breder patroon in het euthanasie-debat, namelijk de veronderstelling dat het hier ging om een *nieuw* probleem dat vroeg om *nieuwe* oplossingen.

De crisis van de 'medische macht'

In westerse landen groeide de overtuiging dat moderne medische ontwikkelingen het mogelijk hadden gemaakt om mensen langer in leven te houden dan ze zelf zouden willen. Tegen het einde van de jaren zestig waren ook de Nederlandse artsen tot de conclusie gekomen dat euthanasie (breed gedefinieerd) een 'onvermijdelijk publiek probleem' was

geworden, een kwestie die moest worden aangekaart.¹²² Deze 'medische revolutie' was natuurlijk niet beperkt tot Nederland. Maar er zullen niet veel landen zijn geweest waar een persoon zo veel invloed uitoefende en zo succesvol was in het uitstippelen van de agenda voor het euthanasiedebat als Van den Berg en zijn *Medische macht en medische ethiek* (1969). Het duurde wel even voordat uitgevers in Frankrijk, Duitsland en Amerika *Medische macht* durfden uit te geven, vanwege het ongegeneerde pleidooi voor euthanasie dat vervat was in dit boek. Maar in Nederland werd het meteen na verschijning een bestseller. Het werd binnen zeven jaar twintigmaal herdrukt. De these was duidelijk: de ethiek waarin de arts geboden was menselijk leven te behouden, te sparen en te verlengen, waar en wanneer dat mogelijk was, was steekhoudend toen artsen nog weinig mogelijkheden hadden om levens te redden, maar dit was niet langer het geval. De medische macht was nu in staat om mensen op harteloze en ondoordachte wijze in leven te houden die al lang daarvoor hadden moeten sterven, zoals de 'geheel mislukte' en 'onvolgroeide jongeman' met 'waterhoofd' en de 'stemmeloze' oudere patiënten die niets liever wilden dan uit dit leven te stappen. Van den Berg was van mening dat het – in deze tijd van medische macht – de taak was van de arts om zulke patiënten te laten sterven, door hen niet langer te behandelen of hen in hun eigen belang te doden. De 'oude' ethiek, gebaseerd op de onaantastbaarheid van het leven, moest daarom worden vervangen door een 'nieuwe' ethiek. Een 'kleine commissie' zou ingesteld moeten worden om te beoordelen of het toepassen van deze handelingen gerechtvaardigd zou zijn. Van den Berg gebruikte zelf nergens het woord 'euthanasie', maar zijn steun voor passieve en actieve levensbeëindiging werd in de publieke pers wel kortweg aangeduid als 'euthanasie'.¹²³

Het is van belang op te merken dat Van den Bergs ideeën niet overal in Nederland met evenveel enthousiasme werden ontvangen. Zijn boek kreeg veel kritiek te verduren, niet het minst van de jurist H.J.J. Leenen, die vanaf het einde van de jaren zeventig zo veel invloed zou uitoefenen in de aanvaarding van euthanasie in Nederland. Paul Sporken en Leenen vonden dat Van den Berg niet voldoende onderscheid maakte tussen de rol van de arts en de wil van de patiënt in zijn probleemstelling; in sommige gevallen was de wil van de patiënt doorslaggevend, maar in andere gevallen leek die er juist niets toe te doen. Hoewel Van den Berg in het eerste nummer van *Kwartaalblad* van de NVVE

in 1975 werd toegejuicht als pionier op het gebied van euthanasie, bleven zijn uitspraken omstreden. Hij kon weinig waardering opbrengen voor ouders die bereid waren veel tijd en energie te steken in hun 'mismaakte kind'. In zulke gevallen zei hij: 'Ik heb daar geen goed woord voor.' Door zulke opmerkingen was Van den Berg niet altijd even bruikbaar voor een vereniging die nadruk wilde leggen op het 'tolerante' karakter van de euthanasiebeweging. Geleidelijk vond de vereniging andere, genuanceerdere woordvoerders om haar zaak te bepleiten.¹²⁴

Maar veel lezers en recensenten van *Medische macht* waren er toch van overtuigd dat Van den Berg voor een groot deel gelijk had, vooral in zijn veroordeling van de kwalijke aspecten van de 'medische macht'. Het bestaan van deze medische macht zou een centrale rol spelen in het Nederlandse euthanasiedebat. De term dook overal op in de discussies over euthanasie en medische zorg in de jaren zeventig. Zowel in wetenschappelijke als in populaire publicaties werd 'de opkomst van de medische macht' gebruikt om de nieuwe situatie te beschrijven waarin de moderne mens zich bevond.¹²⁵ 'Medische macht' werd een gemeenplaats, een term die algemeen werd gebruikt voor het aanduiden van ontwikkelingen in de medische wereld. Er waren natuurlijk nog vele terreinen waarop medici in de jaren zeventig niet machtig waren, maar dat feit werd ondergesneeuwd door het heersende idee dat de geneeskunde te veel macht had en dat het karakter van de moderne medische zorg hierdoor ten nadele was veranderd.

De medische macht had een overwegend onpersoonlijk karakter. 'Medische macht' stond synoniem voor 'technische macht'; het verwees naar een medisch systeem waarin machines en instellingen mensen doelloos in leven hielden. De medische macht was een autonoom, onpersoonlijk en overweldigend bestanddeel van de moderne maatschappij. Artsen en verpleegkundig personeel werden er zelden van beschuldigd uitvoerders te zijn van deze medische macht; ze waren er zelf slachtoffer van geworden. In 1983 waarschuwde Kuitert ervoor dat het afwijzen van euthanasie ons slachtoffers zou maken van een 'norm- en maatloze medische techniek'. Volgens de socioloog Hilhorst spraken veel documenten betreffende euthanasie uit het begin van de jaren zeventig over (in zijn woorden) 'de zeer snelle ontwikkeling van medisch kunnen'. Zelfs in een KNMG-nota uit 1975, de eerste waarin voorzichtig over euthanasie werd gesproken en waarin ook Van den

Berg werd aangehaald, kwam het onpersoonlijke karakter van de medische macht naar voren: 'Medische onmacht heeft plaatsgemaakt voor medisch-technische macht, nieuw verworven macht die dwingt tot hernieuwde bezinning [en] het stellen van nieuwe vragen.' Artsen mochten hun best doen om deze medische macht ten goede te gebruiken, maar het was niet op voorhand duidelijk dat deze macht zich zou onderwerpen aan menselijke doeleinden.¹²⁶

Slachtoffers van de medische macht konden in het begin van de jaren zeventig overal worden aangewezen. Vooral de verandering in de manier waarop werd omgegaan met softenonbaby's laat zien hoe Nederlanders in die tijd onder de indruk waren van het 'nieuwe' probleem van de medische macht. Vanaf het eind van de jaren vijftig tot begin jaren zestig (in Nederland van 1959 tot 1961) werd thalidomide, dat in Europa vaak werd verkocht onder de handelsnaam softenon, voorgeschreven als middel tegen slapeloosheid en misselijkheid, vooral aan zwangere vrouwen. Maar het werd snel duidelijk dat thalidomide ernstige geboortefwijkingen teweegbracht bij kinderen van moeders die het geslikt hadden tijdens de zwangerschap. 'Softenonkinderen' werden geboren met misvormde of verkorte ledematen, of zelfs zonder armen of benen, en leden ook vaak aan andere gebreken en ziektes. Mondiaal overleefden ongeveer tienduizend softenonkinderen de eerste dagen na de geboorte.¹²⁷

Het Nederlandse publiek werd voor het eerst geconfronteerd met de tragische gevolgen van het gebruik van dit medicijn in 1962. Een moeder uit het Belgische Luik, Suzanne van de Put, werd samen met familieleden en haar arts in staat van beschuldiging gesteld na het toedienen van een dodelijk preparaat aan haar één week oude dochter Carinne, die zonder armen en zonder anus was geboren. Tijdens de rechtszaak werd duidelijk dat het verplegend personeel in het ziekenhuis vrijwel geen hulp had geboden aan de familie en dit speelde waarschijnlijk een rol in het besluit van de heren juryleden om de gedaagden vrij te spreken van schuld. Het feit dat de openbare aanklager de juryleden eraan herinnerde dat euthanasie onder Hitler ook was begonnen met het verzoek van een Duitse vader om het leven van zijn misvormde zoon te beëindigen, mocht niets uithalen (in deze tijd van regionale onrust was het waarschijnlijk ook niet in zijn voordeel dat de aanklager Vlaams was in een Waalse stad).¹²⁸

De Nederlandse pers volgde de zaak op de voet. In progressieve krin-

gen werd enigszins begrip getoond voor de moeder. Als de moeder al schuldig kon worden bevonden, dan toch zeker niet aan moord, zei O.M. de Vaal in *De Groene Amsterdammer*. De kans op een baby met geboortefwijkingen na gebruik van softenon was in het begin van de jaren zestig ook de beweegreden voor het eerste debat over abortus in Nederland. Toch waren Nederlanders over het algemeen weinig te spreken over het beëindigen van het leven van deze baby. Belgische artsen en juristen hadden in hun ogen gefaald; ouders van softenonkinderen hadden hulp en begrip nodig om hun kinderen te kunnen opvoeden, niet om hen te doden. Dit kwam ook naar voren in het tedere interview dat de journaliste Bibeb had met de Nederlandse ouders van een softenonbaby in *Vrij Nederland*; het interview werd afgesloten met een blik in het wiegje, waar ze 'een mooi, gaaf hoofdje' zag.¹²⁹

Maar dit veranderde na verschijning van Van den Bergs *Medische macht en medische ethiek*. Ineens was de softenonbaby niet meer een van vele 'ongelukkige kindjes' die liefde en hulp verdienden, maar een van de emblematische, tragische gevolgen van de 'medische macht'. Voor Van den Berg waren softenonkinderen een centraal voorbeeld van de wijze waarop de 'medisch-technische macht' het leven ten nadele veranderde. Softenon was een nieuw medisch middel dat in vertrouwen door artsen was voorgeschreven aan zwangere vrouwen. Maar hun kennis was onvolledig en de medische macht zoals vertegenwoordigd in dit middel bracht ernstig misvormde kinderen voort. De arts had het middel voorgeschreven, nu was het ook zijn taak om het onheil dat het resultaat bleek te zijn, te beëindigen. De oude ethiek was niet langer relevant, en een nieuwe moest worden ontwikkeld:

Er waren ouders, die hun softenon-kind niet wilden zien, en het verstootten. Het lijkt mij natuurlijk. Er waren ouders, die hun softenon-kind na wikken en wegen hebben gedood. Het lijkt mij een daad van moed en waardigheid. Er zijn artsen geweest, die het softenon-kind op de smeekbede van de ouders, kort na de geboorte, een dodelijke injectie hebben gegeven. Dat lijkt mij een daad van eenvoudige, medische plichtsbetrachting. [...] De arts, en de moeder, de vader, die het softenon-kind doodden, verdienen geen straf maar een betuiging van eerbied. Voor zover ik weet is dat nooit met zoveel woorden gezegd, laat staan gedrukt.¹³⁰

Sommige voorstanders van euthanasie, zoals de gereformeerde advocaat en toekomstige voorzitter van de NVVE Jan Ekelmans, waren het eens met Van den Berg en vonden dat softenonkinderen en onvolwaardig pasgeboren leven zouden moeten worden geëuthanaseerd. Maar niet iedereen was het eens met zijn oplossing voor softenonkinderen. Zo vond Leenen Van den Bergs argumenten voor het doden van 'het intelligente softenonkind' ongenueanceerd en zijn veronachtzaming van de wensen van de ouders paternalistisch. Zelfs studentepastor Marcel Krop, die tot zijn dood in 1973 toch de meest radicale voorstander van euthanasie was in Nederland, was van mening dat de beslissing tot euthanasie alleen door de betrokken individuen kon worden genomen – door de ouders in het geval van softenonkinderen. En de tamelijk progressieve, katholieke ethicus Sporcken was er in 1969 nog van overtuigd dat Suzanne van de Put moord had gepleegd op haar softenonbaby.¹³¹ Na verloop van tijd werd het duidelijk dat softenonkinderen waarschijnlijk toch meer problematische gevallen waren voor het toepassen van euthanasie in plaats van de evidentste, zoals Van den Berg had beweerd. Maar het lukte hem wel om het softenonkind een onvergetelijk voorbeeld te maken van de kwalijke gevolgen van de medische macht. Eind jaren zestig en begin jaren zeventig werd het softenonkind aangehaald als tweevoudige illustratie van de medische macht; niet alleen was deze macht in staat om deze misvormingen te produceren, ze kon kinderen met deze afwijkingen vervolgens ook nog in leven houden. De christelijk-historische A.D.W. Tilanus, fractieleider in het parlement en arts, verwees ook naar het softenonkind toen hij voorstelde om de eerste overheidscommissie voor onderzoek naar euthanasie in te stellen, hoewel hij afstand nam van Van den Bergs conclusies.¹³² Het beeld van de jonge slachtoffers van thalidomide richtte de blik op de reikwijdte van de medische macht en de noodzaak om serieus na te denken over euthanasie.

Hoewel het softenonkind algemeen werd gezien als slachtoffer van de medische macht, betekende dat nog niet dat men het er onmiddellijk over eens was dat euthanasie het beste antwoord was. Het geloof in de demonische gevolgen van de medische macht betekende niet noodzakelijkerwijs steun voor actieve euthanasie. Zelfs Nederlanders die 'euthanasie' propageerden als antwoord op de medische macht, spraken vaak over het onthouden van behandeling, niet over het toedienen van een spuitje. In andere landen met hoogontwikkelde technologisch-

geneeskundige systemen werd de morele noodzaak van het onthouden van behandeling ook uitgebreid gedebatteerd in de jaren zeventig. Het blijft daarom de vraag in hoeverre de opkomst van de medische macht een rol speelde in de Nederlandse aanvaarding van *actieve* euthanasie.

De Nederlandse neiging om beducht te zijn voor de omvang en reikwijdte van de opdoemende medische macht was een van de redenen waarom euthanasie als onvermijdelijk werd gezien. Een maatschappij die niet bereid was om euthanasie toe te passen, zei Kuitert eind 1983, had nooit het huidige medische systeem moeten ontwikkelen.¹³³ Hij verklaarde dit nader in zijn invloedrijke boek *Een gewenste dood* (1981), waarin hij de 'medische macht' aanwees als hét probleem, als de voorname reden waarom euthanasie een legitieme optie moest worden:

De geschiedenis van de euthanasie laat ons zien dat mensen vroeger om een zachte dood vroegen als ze ondraaglijke pijnen leden of in een smadelijke gevangenschap terecht gekomen waren. Dat soort maatschappelijk-bepaalde drijfveren kennen wij niet meer. Pijn kan volledig bestreden worden, zij het ten koste van versuffing [...]. De maatschappelijke situatie waarin 'het probleem' in onze tijd zich voordoet, is veeleer die van een samenleving waarin het medisch kennen en kunnen een macht over mensen heeft bereikt als nooit tevoren.

Om deze en andere redenen zouden mensen om euthanasie blijven vragen, zei Kuitert, of we het nu willen of niet; het vraagstuk van de euthanasie was 'onontkoombaar'.¹³⁴ Een logisch gevolg hiervan was, volgens de voorstanders van euthanasie, dat het de verantwoordelijkheid was van de arts om de negatieve uitvloeisels van deze medische macht teniet te doen. De arts kon niet langer passief toekijken of zich terugtrekken als de patiënt niet meer genezen kon worden, vooral omdat de patiënt, in de woorden van de internist Cornelis van der Meer, misschien 'door mijn toedoen' in een 'mensonwaardige' situatie is terechtgekomen. Dat betekende niet dat een arts beklagenswaardige slachtoffers van deze medische macht altijd moest doden, maar het betekende ook niet dat hij gemakkelijk kon besluiten om dat niet te doen. De arts moest een beslissing nemen, want anders deed de 'medische macht' het voor hem. Dit was de mening van Van den Berg, en dit werd ook regelmatig gehoord uit de mond van andere voorstanders van euthana-

sie. Zo gebruikte D66'er Jan Terlouw dit argument in 1978 toen hij zich als een van de eerste politici openlijk uitsprak voor euthanasie: 'Je mag ongeneeslijk zieken niet zo laten lijden en eventueel slachtoffer laten worden van medische macht.'¹³⁵

Maar hoe moest er dan een einde komen aan het lijden dat was veroorzaakt door de medische macht? In het beschouwen van deze vraag maakten Nederlanders weinig onderscheid tussen passieve en actieve euthanasie – tussen het onthouden van behandelingen en het geven van een spuitje – want de medische macht had alle medische handelingen 'kunstmatig' gemaakt. De 'natuurlijke dood' bestond niet meer, volgens Kuitert. De moderne geneeskunde had alles zo in haar greep dat er weinig *moreel* verschil bestond tussen het afzien van behandeling, het verwijderen van middelen om het leven kunstmatig in stand te houden, het toedienen van pijnbestrijdende middelen die de dood vroegden en het geven van dodelijke injecties. Sporcken – die uiteindelijk slechts behoedzaam en voorlopig zijn steun wilde verlenen aan euthanasie als ze werd toegepast als laatste toevlucht – was in 1969 de eerste die het verschil tussen actieve en passieve euthanasie betwistte, juist op grond van het feit dat het verschil onhoudbaar was geworden door de medische vooruitgang. En Van der Meer zei in het begin van de jaren zeventig dat er psychologisch gezien nog wel sprake was van een verschil, maar dat het verschil er in *moreel* opzicht niet meer was. 'Het aanwijzen van een onderscheid tussen actieve en passieve euthanasie berust op een miskennis van de hedendaagse medisch-technische mogelijkheden,' zei de ethica Heleen Dupuis in haar proefschrift uit 1976. Niet iedereen was het hiermee eens. Zo bleef de KNMG in de jaren zeventig staan op een significant verschil tussen de beide vormen van euthanasie. Toch was men er in het algemeen van overtuigd dat de nieuwe medische ontwikkelingen het aloude verschil tussen laten sterven en direct doden zodanig hadden vervaagd dat er niet langer duidelijke *morele* grenzen getrokken konden worden.¹³⁶

De 'medische macht' als beweegreden voor euthanasie, zo belangrijk in de jaren zeventig, werd steeds minder naar voren gebracht in euthanasiedebatten in de jaren tachtig. Men zag in dat er ook andere gronden waren om euthanasie te aanvaarden – namelijk het bestaan van ernstig lijden en zelfbeschikking van het individu –, die weinig van doen hadden met de 'medische macht'. Het beeld van machines die mensen tegen hun wil in leven hielden, werd nooit geheel uit het

oog verloren; daarvoor had het te veel emotionele waarde in het debat. Bovendien bleef de 'medische macht' figuren in discussies rond andere medische dilemma's.¹³⁷ Ook kwam de 'medische macht' opnieuw naar voren in het wetsvoorstel voor euthanasie van Elida Wessel-Tuinstra in 1984, waarin ze 'de ontwikkeling van de medische technologie' noemde naast 'de huidige rechtsonzekerheid' als reden voor wetswijziging. Daarnaast is het interessant dat de Hoge Raad, die op 27 november 1984 'overmacht' als grond voor toepassing van euthanasie toeliet, dit omschreef als de situatie waarin een arts zich kon bevinden die alle middelen tot zijn beschikking had om de patiënt in leven te houden, maar zich genoodzaakt zag dit leven te beëindigen teneinde erger lijden te voorkomen.¹³⁸ Maar rond de tijd van deze uitspraak was 'medische macht' niet langer de voornaamste reden tot het verdedigen van euthanasie. Het historische belang van het gebruik van de 'medische macht' als argument was dat daardoor in de jaren zeventig en tachtig de indruk ontstond dat 'euthanasie' (nog steeds breed gedefinieerd) een noodzakelijk antwoord was op de crisis veroorzaakt door de medische technologie. En deze veronderstelling speelde waarschijnlijk een belangrijke rol in de bijval aan het eind van de jaren zestig en tijdens de jaren zeventig onder het Nederlandse publiek voor toepassing van euthanasie, want in 1966 vond 49 procent van de Nederlandse bevolking dat euthanasie niet toegestaan mocht worden; maar in 1980 was dat scherp gedaald tot 12 procent. Het aantal Nederlanders dat vond dat euthanasie mogelijk moest zijn, steeg in die tijd van 40 procent naar 52 procent. Interessant is dat steeds meer mensen wilden dat beslissingen tot euthanasie besproken zouden worden; 12 procent zei in 1966: 'Het hangt ervan af', tegen 36 procent in 1980. De overgrote meerderheid van de geënquêteerden was in de jaren zeventig dus tot de overtuiging gekomen dat euthanasie bespreekbaar moest worden.¹³⁹

Overbevolking en vergrijzing

Wat heeft het feit dat Nederland dichtbevolkt is en een hoge levensverwachting heeft, te maken met de voortrekkersfunctie die het globaal heeft vervuld in het aanvaarden van euthanasie? Toch wel iets, zoals uit het vervolg zal blijken.

Er was waarschijnlijk geen enkel Europees land dat zich in de jaren zestig en zeventig zo druk maakte om het overbevolkingsvraagstuk dan Nederland. Veel Nederlanders keerden de traditionele godsdienst de rug toe en stortten zich met nieuwe morele geestdrift op mondiale vraagstukken. Zo werd er veel energie gestoken in pogingen om de bevolkingsgroei te reduceren, wat als essentieel werd gezien voor de ontwikkeling van de derde wereld. Dringende waarschuwingen tegen te hoge geboortecijfers waren niet van de lucht. Het mag daarom ook geen verbazing wekken dat malthusianisme niet alleen een rol speelde in de abortusdiscussie, maar ook in het opkomende euthanasiedebat.¹⁴⁰

De overbevolkings- en euthanasiekwesties convergeerden bijvoorbeeld in het zogenaamde bejaardenvraagstuk. In de jaren zestig was men het groeiend aantal bejaarden gaan zien als een sociaal probleem.¹⁴¹ Welke zorg moest hun worden gegeven, en hoe kon het worden betaald? In 1969 werd euthanasie bij dit vraagstuk betrokken. Arie de Froe van de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam wees op de toenemende crisis veroorzaakt door de medische ontwikkelingen en zei:

De duur van het leven wordt voor de gemeenschap en voor de enkeling ondraaglijk. Voor de gemeenschap, die eenvoudigweg de middelen niet wenst op te brengen om onze ouden van dagen een menswaardig bestaan te verzekeren, voor de enkeling, die zelfs bij goede verzorging onder een doelloos leven lijdt [...]. Het behoud van het leven heeft verder tot gevolg de overbevolking en het voortleven van invaliden.¹⁴²

In het begin van de jaren zeventig was het toenemende aantal ouden van dagen onderwerp van veel discussie, en euthanasie werd regelmatig ter sprake gebracht. In dit verband vroeg R.J. Zonneveld zich in 1974 af: 'Hoe moet de gemeenschap staan tegenover de vraag van niet weinig bejaarde mensen naar passieve, of zelfs actieve euthanasie?' En de *Haagse Post* merkte ietwat raadselachtig op: 'In het jaar 1970 zien meer mensen in overbevolkt Nederland, dat beëindiging van zinloos leven ook uit barmhartigheid kan worden gedaan.'¹⁴³

Twee van de actiefste voortrekkers in het euthanasiedebat hadden zich al eerder sterk gemaakt voor het bestrijden van overbevolking. Van den Bergs bezwaren tegen de 'medische macht' waren deels gegrond

op het feit dat deze macht te veel mensen te lang liet leven in te slechte omstandigheden. Toen hij in 1966 de toepassing van abortus en sterilisatie verdedigde, zei hij dat deze nieuwe macht de artsen voor nieuwe uitdagingen had gesteld:

Gezien de bevolkingsgroei is de arts zelfs gevaarlijk machtig. Dan is een andere sociale ethiek geboden. Het kan getuigen van menslievendheid, wanneer in een tijd van rampzalige bevolkingsgroei ongewenst menselijk leven niet meer wordt beschermd. De arts, die de bevolkingsgroei geblinddoekt stimuleerde, neme de blinddoek thans af.¹⁴⁴

In 1969 betoogde Van den Berg dat talloze mensen door de 'medische macht' waren veroordeeld tot een langer leven dan ze anders zouden hebben gehad – een feit met 'rampzalige' gevolgen, waaronder stijgende zelfmoordcijfers onder bejaarden en 'de snel toenemende overbevolking van ons land'. In deze situatie was een verandering van medische ethiek onontbeerlijk.¹⁴⁵

De andere voortrekkers was Muntendam, die in 1976 op 74-jarige leeftijd voorzitter van de NVVE zou worden en haar aan de samenleving zou laten kennen als een respectabele en genuanceerde vereniging. Als arts en ambtenaar had Muntendam in de jaren zestig veel energie besteed aan het bevolkingsvraagstuk en artikelen van zijn hand verschenen in *Tal en Last*, hét tijdschrift van malthusiaans denken in Nederland. In het begin van de jaren zeventig werd hij benoemd tot voorzitter van de Commissie Bevolkingsvraagstukken, die in 1976 het rapport *Bevolking en welzijn in Nederland* zou publiceren. Het hoeft geen verwondering te wekken dat hij, als deskundige op het gebied van de zogenaamde 'sociale geneeskunde', geïnteresseerd was in de sociale (en economische) aspecten van euthanasie. Voor Muntendam en voor de NVVE was het duidelijk 'dat vrijwillige euthanasie en alles daar omheen vanzelfsprekend deel zou moeten uitmaken van het bejaardenvraagstuk'. Het euthanasiedebat moest zich zijns inziens ook bezighouden met de economische aspecten van een steeds ouder wordende bevolking. Het feit dat euthanasie vrijwillig moest zijn, betekende nog niet dat de economische en sociale aspecten niet hoefden te worden besproken. Hij moedigde zijn collega's ertoe aan om zich binnen de geriatrie niet stil te houden. 'Men mag niet alleen, men móet over euthanasie denken, spreken en schrijven.'¹⁴⁶

De medische ontwikkelingen zorgden niet alleen voor een toename van de bevolking, maar ook voor een toename van de financiële belasting op de samenleving. Van 1963 tot 1972 stegen de kosten van de gezondheidszorg met 450 procent. De vraag drong zich op of Nederlanders het zich konden veroorloven om iedereen zo lang mogelijk in leven te houden. De hervormde ethicus en hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Groningen Roscam Abbing zei in het begin van de jaren zeventig dat dit zou leiden tot een 'heroriëntering van het nationaal budget [...] dat dan voor 100 procent aan volksgezondheid besteed moet worden'. Door de ontwikkeling van kostbare medische technologie, die niet voor iedereen beschikbaar zou zijn, werd het in elk geval onontkoombaar dat passieve euthanasie zou worden toegepast. Besluiten moesten worden genomen – en werden genomen – die deze vorm van euthanasie het lot deed delen van sommige patiënten. Het feit dat specialistische gezondheidszorg reeds moest worden beperkt en slechts kon worden toegewezen aan geselecteerde patiënten, betekende dat 'euthanasie' al plaatsvond, en deze trend zou alleen maar sterker worden in de toekomst.¹⁴⁷

Door beide ontwikkelingen, de toename van het aantal bejaarden en de verhoging van de kosten in de gezondheidszorg, zagen sommigen de toekomst donker in. Het zou waarschijnlijk in deze toekomst noodzakelijk zijn om niet alleen passieve, maar ook actieve euthanasie toe te passen. Vooral de toename van het aantal demente patiënten scheen euthanasie, volgens een aantal commentatoren, onontkoombaar te maken. In 1970 bespraken Flip Treffers en Hans van Berkestijn euthanasie in *De Groene Amsterdammer*. Ze verwezen naar een uitzending van *Brandpunt* waarin gesteld werd dat er slechts 6500 bedden beschikbaar waren voor 14.000 'geestelijk gestoorde bejaarden'; ze ontielden zich van het trekken van een conclusie.¹⁴⁸ Hoewel hij zich op het moment van het interview tegen actieve euthanasie uitsprak omdat hij vreesde dat het snel zou 'afglijden', dacht Van der Meer in 1972 wel dat het er in de toekomst misschien van zou komen:

Je zou kunnen zeggen: die euthanasie *moet* er wel komen [cursivering in het origineel], omdat door de verbeterde geneeskundige verzorging – en niet alleen daardoor – de betere preventie, het betere maatschappelijk bestel, betere voeding en zo, er zeer veel demente bejaarden zullen komen die verzorgd moeten worden en die aan de andere kant voor de

maatschappij als zodanig nauwelijks enige betekenis meer lijken te hebben. Laten we nu maar eens aannemen dat we het financieel zouden kunnen opbrengen. Maar dan komen we aan de manpower. Hoe komen we aan al die mensen, die bejaarden verzorgen? Je hebt misschien op den duur wel een kwart van de vrouwelijke bevolking en een deel van de mannelijke bevolking nodig om de oude mensen te helpen. Dus ik zie dat op een gegeven ogenblik spaak lopen.¹⁴⁹

Maar de zorgen beperkten zich niet tot de ouderen met gereduceerde mentale vermogens. Een rapport van de Stichting Vrijwillige Euthanasie uit 1975 merkte enigszins verontrust op dat de Nederlandse samenleving meer en meer belangstelling toonde voor het toepassen van euthanasie op mensen die:

[...] door hun grote aantal een te zware belasting voor de maatschappij zouden vormen. Zo gaan er stemmen op om criteria vast te stellen die 'euthanasie' aanvaardbaar of toelaatbaar zouden moeten maken voor groepen mensen die een zeer beperkt en voor de meesten van ons zinloos bestaan leiden.¹⁵⁰

Zelfs onder haar eigen bestuurders konden mensen worden gevonden die euthanasie zagen als een oplossing voor het verminderen van de druk op de maatschappij. Zo hoopte medeoprichter en advocaat A. Secret dat de maatschappij, na vrijwillige euthanasie te hebben aanvaard, zich zou durven af te vragen: 'Moeten we al die ongeneeslijk zieke en verminkte kinderen kort na hun geboorte niet laten sterven?' Jan Ekelmans, de toekomstige voorzitter van de NVVE, verwoordde vergelijkbare gevoelens in het begin van de jaren zeventig. En een NIPO-enquête uit 1976 liet zien dat 13 procent van de Nederlandse bevolking van mening was dat onvrijwillige euthanasie toegepast kon worden bij demente patiënten. Andere voorstanders van euthanasie, zoals Van Till, waren gechoqueerd door deze cijfers en verzetten zich tegen dit idee.¹⁵¹

Het wekt misschien weinig verbazing dat tegenstanders van euthanasie deze uitspraken aangrepen om te beweren dat de euthanasiebeweging was voortgekomen uit sociaal-economische overwegingen om de zware druk van de zorg voor zo veel oude en chronisch zieke mensen voor de samenleving te verminderen. Een van deze tegenstanders, de Amsterdamse dermatoloog Van der Sluis, verzamelde uitspraken van

Nederlandse 'euthanasiasten' waaruit bleek dat zij deze praktijk – ook soms onvrijwillig – wilden invoeren ten bate van een groter sociaal nut. Ook de Poolse cardioloog Richard Fenigsen beweerde in het midden van de jaren tachtig dat hij had gehoord hoe zijn Nederlandse collega's besloten tot levensbeëindiging van patiënten op basis van economische motieven. Zelfs Klazien Sybrandy – die medeoprichtster was van de NVVE, maar er enkele jaren later uit stapte na een verschil van inzicht over te volgen strategieën – hekelde de vereniging omdat ze voornamelijk zou zijn geïnteresseerd in het 'opruimen' van ouderen. Ze had vooral geen vertrouwen in Muntendam, die ze ervan beschuldigde de NVVE te gebruiken in zijn campagne tegen overbevolking.¹⁵²

Later zouden voorstanders in het euthanasiedebat inderdaad weinig melding meer maken van sociaal-economische motieven. In 1976 zeiden de euthanasisten Andries en Truus Postma-van Boven dat economische motieven nooit een rol mochten spelen in het laten sterven van mensen, en dit werd aan het eind van de jaren zeventig algemeen overgenomen. Toen Leenen in die tijd het euthanasievraagstuk opnam in zijn geschriften, beklemtoonde hij de *vrijwillige* euthanasie in een bewuste poging om sociaal-economische motieven geen voet aan de grond te laten krijgen binnen de euthanasiebeweging.¹⁵³ Rond 1980 werden deze argumenten vrijwel niet meer gehoord; je zou kunnen zeggen dat sociaal-economische motieven 'taboe' waren geworden. Het werd, tot ongenoegen van Muntendam, ook steeds moeilijker om te spreken over het euthanasieren van bejaarden, om niet ontvankelijk te zijn voor de beschuldiging oude mensen te willen 'opruimen'. Uiteindelijk bleek het negeren van sociaal-economische motieven niet alleen in tactisch opzicht een goede zet (om tegenstanders als Van der Sluis de mond te snoeren), maar ook in ethisch opzicht een goede beslissing. Bovendien sloten sociaal-economische redenen slecht aan bij een samenleving die zelfbeschikking hoog in het vaandel hield. In 1996 schreef John R. Blad dat geen van de 'maatschappelijke' argumenten voor euthanasie 'de kritische toets van de democratische discussie [heeft] overleefd'.¹⁵⁴

Stonden sociaal-economische motieven centraal in het euthanasiedebat tijdens de jaren zeventig, of waren het pseudo-motieven, die binnen een paar jaar een natuurlijke dood vonden? De waarheid ligt ergens in het midden. Er was ongetwijfeld een malthusiaans element in de Nederlandse euthanasiebeweging van de jaren zeventig – het idee

dat euthanasie in het belang van de samenleving moest worden ingevoerd. In dit opzicht verliep de discussie parallel aan de eerdere euthanasiedebatten die in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië waren gevoerd, die soms ook een malthusiaanse ondertoon hadden. In het begin van de jaren zeventig werden vraagstukken zoals euthanasie vaak in een groter verband geplaatst – een teken van progressief denken – en vooral Nederlanders hielden ervan om een aantal sociale kwesties op mondiaal niveau te benaderen. Maar er waren weinigen die euthanasie onvrijwillig wilden toepassen op basis van sociale motieven, want, zei De Froe, 'de mens kan niets ergers overkomen dan dat hij in handen valt van andere mensen die hem hun wil opleggen'.¹⁵⁵ Het scheen eerder zo te zijn dat een deel van de euthanasiebeweging ervan uitging dat de noden en wensen van individuen maatschappij meer of minder met elkaar samenvielen. Mensen die al een rijk leven achter de rug hadden, zouden op de een of andere manier niet langer *willen* leven in een overvolle wereld die door hun bestaan alleen maar minder leefbaar werd.

Van Till en de SVVE waren duidelijk gekant tegen onvrijwillige euthanasie, maar toch suggereerden zij dat de economische problemen van overbevolking opgelost konden worden als bejaarden tijdig beslissingen zouden nemen over het hoe en wanneer van hun levenseinde. Hoe konden persoonlijke en sociale overwegingen worden verenigd? Mogelijkerwijs door goede voorlichting, dachten Van Till en de SVVE.¹⁵⁶ Tot in de jaren tachtig scheen het de gangbare mening binnen zowel de SVVE als de NVVE dat sociaal-economische overwegingen moreel acceptabel waren zolang ze niet doorslaggevend waren voor de beslissing om tot euthanasie te komen. Het gedwongen euthanasieren van mensen op grond van 'macro'-overwegingen werd algemeen afgekeurd, en dit gevoel werd alleen maar sterker in de tijd naarmate zelfbeschikking een steeds belangrijker argument werd. Maar als een grote economische en sociale belasting kon worden vermeden door het individu het recht te geven om zelf te kiezen voor euthanasie, sloeg men toch twee vliegen in één klap?¹⁵⁷ Hoe dan ook, de SVVE en de NVVE zagen het niet als hun taak om mensen te ontmoedigen die aangaven te willen sterven om door hun dood anderen – of de maatschappij – te ontlasten.

De historische betekenis van sociaal-economische motieven voor euthanasie is niet zozeer gelegen in de vraag of ze centraal stonden in het euthanasiedebat, als wel in het feit dat door deze argumenten het idee in het begin van de jaren zeventig postvatte dat er sprake was van

een crisis. Er zouden verschrikkelijke dingen gebeuren in de toekomst, misschien zelfs het op grote schaal toepassen van 'onvrijwillige euthanasie', *tenzij* euthanasie *nu* bespreekbaar werd gemaakt. Sybrandy uitte in 1973 de waarschuwing dat euthanasie ter sprake moest worden gebracht voordat stijgende medische kosten onvrijwillige euthanasie in gang zouden zetten. Krop liet weten dat de maatschappij met het oog op de overbevolking voor de opgave stond om een 'regeling van het sterven' te treffen, anders zou binnen korte tijd de 'natuur vanzelf wel voor een oplossing [...] zorgen door middel van epidemie, hongerdood en massavernietiging'. En de svE-bestuurder Seret zei in 1973 dat door de snelle medische ontwikkelingen en het feit dat de bevolking maar door bleef groeien, de tijd was aangebroken om een euthanasiebeleid te ontwikkelen.¹⁵⁸ Roscam Abbing hoopte maar dat het in de toekomst nooit tot ongewilde euthanasie zou komen, maar hij kon zich die situatie wel indenken:

Dan moet men overwegen of het inderdaad onvermijdelijk is geworden om ongevraagd en zelfs ongewild actieve euthanasie toe te passen op ieder die een bepaalde hoge leeftijd overschrijdt, althans na een bepaalde leeftijd een bepaalde graad van aftakeling vertoont. Ik kan mij indenken dat er situaties ontstaan dat zo iets inderdaad onvermijdelijk wordt, als geen andere maatregelen die het ontstaan van zo'n situatie voorkomen genomen kunnen worden. [...] Het is strikt noodzakelijk ervoor te zorgen dat nooit een situatie ontstaat waarin ongewilde euthanasie ooit onvermijdelijk zou worden.¹⁵⁹

Ook nog in 1981 werden sociaal-economische overwegingen naar voren gebracht door René Diekstra ter verdediging van hulp bij zelfdoding in deze tijd van crisis. Er móest meer ruimte worden gegeven aan mensen die een einde wilden maken aan hun eigen leven, daar de toekomst er in een overvolle wereld maar somber uitzag:

Je kunt niet onbepert het leven laten bestaan naarmate de levensduur langer wordt. Dat kan economisch gezien niet en ecologisch evenmin. Ik voorzie dat er in de toekomst afspraken moeten worden gemaakt over de duur van het leven. Er zal dan ook niet veel plaats zijn voor individuele ruimte noch voor individuele wensen, zodat sommigen zelf ook eerder het besluit zullen nemen suïcide te plegen.¹⁶⁰

Zowel de svE als de nvvE drong aan op het snel bespreken van euthanasie op grond van de donkere toekomst. Muntendam voorspelde dat artsen door de vergrijzing van de bevolking met euthanasie zouden worden geconfronteerd en dat zij zich hierop moesten voorbereiden. Met twee miljoen ouderen in het jaar 2000 moesten de financiële gevolgen – en de euthanasiekwestie – *nu* aan de orde worden gesteld, schreef een nvvE-lid in het *Kwartaalblad* van 1983.¹⁶¹

Kortom, de kritieke demografische verwachtingen en de stijgende medische kosten creëerden in de jaren zeventig de indruk dat de invoering van euthanasie onontkoombaar was. En als mensen niet de beslissing wilden nemen om een humaan en democratisch bepaalde vorm van euthanasie toe te staan, dan zou men in de toekomst kunnen worden overvallen door ongewenste ontwikkelingen of beschikkingen – een soort 'hellend vlak'-argument. Verzet tegen het bespreekbaar maken van euthanasie was in deze context op zijn minst onbehelpzaam. Euthanasie moest bespreekbaar worden gemaakt, om genoemde ongewenste ontwikkelingen in de toekomst af te wenden.

De opkomst van 'de mondige mens'

Hoewel de onstuitbare opkomst van een sinistere 'medische macht' – die Nederland op sociale en economische wijze aan het veranderen was – velen van de noodzaak tot euthanasie overtuigde, bleek dit niet een tijdloze rechtvaardiging. Dit was wel het geval voor een andere verschijning, die euthanasie onvermijdelijk deed lijken: 'de mondige mens'. De opkomst van dit nieuwe individu bleef onderwerp van gesprek tijdens de euthanasiedebatten. Er is veel te zeggen over 'mondigheid', haar tegenhanger 'zelfbeschikking', en het verschil tussen beide termen. Hoe uniek Nederlanders met deze concepten en met 'het recht om te sterven' zijn omgegaan, krijgt meer aandacht in een later hoofdstuk. Ik zal me hier beperken tot het bespreken van 'mondigheid' als een soort onvermijdelijke ontwikkeling, die de artsen er steeds meer van overtuigde dat hun oude verzet tegen euthanasie niet langer gehandhaafd kon worden.

De 'patients' rights revolution', zoals het in Amerika bekendstaat, speelde zich in de jaren zestig in veel westerse landen af als natuurlijk uitvloeisel van het streven naar een grotere mate van democratisering

en burgerlijke inspraak in beleidszaken. Dit was ook het geval in Nederland, waar 'inspraak' en 'mondigheid' rond die tijd gewoonweg slogans werden. Men ging er verder dan andere landen in het tegemoetkomen aan de wensen van de bevolking. Nederlandse gezagsdragers hielden niet van conflictsituaties, en toen zij bemerkten dat hun onderdanen rusteloos werden en zich niet langer wilden onderwerpen aan het traditionele gezag, besloten ze snel toe te geven. In een maatschappij die zich bewust had geëmancipeerd van ouderwetse geloofssystemen en -praktijken en werd bestuurd door onzekere gezagsdragers die vaak principiële of pragmatische bekeerlingen waren tot 'vernieuwing', was respect voor hooggeplaatsten nauwelijks een deugd te noemen. Paternalistische praktijken werden in de jaren zeventig niet graag aanvaard en gezagsdragers konden zich niet gemakkelijk openlijk verzetten tegen 'inspraak' en 'democratisering'.

De opkomst van de moderne mens had 'het aanschijn der aarde' veranderd, zei dr. C. Leerling in 1974 in *Medisch Contact*:

Sinds de mens in de 18e eeuw het object van zijn eigen wetenschap is geworden, heeft zich de evolutie voltrokken waarin de hiërarchie als aantastbaarheidsbeginsel plaats heeft moeten maken voor een democratie die alles en allen aanpakt en daardoor vraagt om een nieuwe mens, die het aanschijn der aarde zal veranderen. Welnu: die andere mens is al geboren! Wij kunnen niet veel anders doen dan hem met gereserveerdheid welkom te heten in ons midden.¹⁶²

Deze moderne mens wilde volgens de deskundigen ook meer inspraak in medische beslissingen en bracht zelfs het onderwerp van euthanasie naar voren in de arts-patiëntrelatie. Al in het begin van de jaren zestig poneerde een aantal medische deskundigen dat 'de ontwikkelde moderne mens' meer inspraak eiste bij beslissingen rond het levens-einde.¹⁶³ De opkomst van de mondige patiënt leidde tot enige onzekerheid, zowel onder artsen als onder theologen. Dit blijkt uit het rapport van de Nederlandse Hervormde Kerk uit 1972 (dat ruimte liet voor gereguleerde passieve euthanasie, en actieve euthanasie niet verwierp), waarin synodeleden hun verbazing uitten over de vele 'vloeiende grenzen' aan het levenseinde en het feit dat 'we door de groeiende macht en mondigheid van de mens de vaste referentiekaders missen'.¹⁶⁴

De toegenomen mondigheid van de samenleving in het algemeen

en van de patiënt in het bijzonder was een ontwikkeling die zeer serieus werd genomen. In 'De mondige sterveling', een bekende verdedigingsrede voor euthanasie uit 1971 in *Medisch Contact*, schreef de gereformeerde Ekelmans, toekomstig voorzitter van de NVVE:

Geleidelijk en langs verschillende wegen is de mens tot het inzicht gekomen, dat hij zelf is belast met het beheersen van de gehele natuur en dat hem de volle verantwoordelijkheid treft voor elke beslissing, of nu deze resteert in een doen of nalaten, gelijk ook hij zelf de gevolgen daarvan draagt. De mens is zich bewust van zijn taak, hij staat niet meer onder voogdij: hij is mondig.¹⁶⁵

In de jaren zeventig werd veel aandacht besteed aan de nieuwe 'mondigheid' van de patiënt, het recht van de patiënt om over zijn eigen lotte beslissen. Dupuis, die ervan overtuigd was dat de patiënt dit recht niet meer kwijt zou raken en dat zijn mondigheid de hoeksteen van de moderne medische ethiek moest zijn, beschreef de activiteit die ontstond rond dit nieuwe idee: 'Het ene symposium over de mondigheid van de patiënt [volgt] op het andere: themanummers van tijdschriften, forumavonden en diverse grote publikaties worden aan dit probleem gewijd.' De D66-politica Wessel-Tuinstra liet weten in een van haar eerste publieke uitspraken over euthanasie (vier jaar voordat ze een wetsvoorstel over euthanasie zou voorleggen aan het parlement) dat de 'mondigheid' en 'individuele verantwoordelijkheid' van de burgers moest worden gerespecteerd; de medische technologie had het niet voor het zeggén.¹⁶⁶

Maar hoe reageerden artsen op deze roep om meer inspraak en democratisering in de arts-patiëntrelatie? De meeste artsen waren niet echt ingenomen met de scherpe sociale kritiek en beschuldigingen van medisch paternalisme in *Het bolwerk van de betenwetters* (1969), geschreven door R.H. van den Hoofdakker, waarin deze psychiater (en dichter, onder het pseudoniem Rutger Kopland) een breed beslissingsrecht voor de patiënt verdedigde, inclusief het weigeren van levensverlengende behandelingen. Maar vooral jonge artsen konden zich toch vinden in het boek. Bovendien was het voor een ieder sowieso moeilijk om niet in te stemmen met de strekking van het verhaal zonder dat het zou lijken op een verdediging van de versmade status-quo. Toch duurde het even voordat de medische stand bereid was tot het doen van con-

cessies, en men bleef vasthouden aan een traditionele professionele relatie, waarin de patiënt niet te veel zeggenschap kreeg in medische beslissingen, vooral niet rond het levenseinde. Een lid van de NVVE beklagde zich erover dat de rechten van de patiënt in 1978 nauwelijks beter in acht werden genomen dan in de Middeleeuwen, en dit was in de jaren zeventig een algemeen gedeeld gevoel. Hilhorst kwam in 1980 tot het oordeel dat 'het medische model' – een model waarin de patiënt weinig inspraak had – in ziekenhuizen nog steeds het dominante model was en concludeerde dat meer duidelijkheid en inzicht was gewenst. Het was zijn overtuiging dat euthanasie in alle facetten bespreekbaar moest worden gemaakt. Maar in de jaren zeventig weigerden veel Nederlandse artsen het ronduit om actieve euthanasie met hun patiënten te bespreken.¹⁶⁷

Toch heeft Dupuis, zelf dochter van een vooraanstaand arts, verscheidene malen beweerd dat Nederlandse artsen een beslissende rol hebben gespeeld in het verlenen van mondigheid aan de patiënt en aan het bespreekbaar maken van euthanasie.¹⁶⁸ Artsen speelden inderdaad een cruciale rol. We zullen in de volgende hoofdstukken hier nader op ingaan. Wat de meerderheid van de artsen er uiteindelijk toe overhaalde om de mondigheid van de patiënt in te zien en te aanvaarden, was de discussie over het recht van de vrouw om 'baas in eigen buik' te zijn. Niet alle artsen waren voorstander van abortus provocatus (het Nederlandse Artsenverbond werd in 1972 opgericht als reactie op het milde oordeel van de KNMG in deze kwestie), maar inspraak en democratisering van de geneeskunde werden door deze discussie wel bevorderd. Bij abortus provocatus ging het om de wil van de vrouw, niet om de ideeën van de arts.

Hier kwam nog bij dat artsen met steeds meer medische dilemma's en keuzes werden geconfronteerd. Meer dan ooit moesten mensen beslissingen nemen over leven en dood die hun bevattingvermogen te boven leken te gaan. Voorheen werden deze besluiten overgelaten aan artsen, maar nu was het voor velen (ook artsen) niet meer zo helder of zij deze zaken zelf konden – of mochten – beslissen.¹⁶⁹ Sprekend over orgaantransplantatie zei Van den Berg in 1968:

De arts zal met zijn patiënt een grens moeten gaan trekken, die soms moeilijk te bepalen is. Er zit ook een winstpunt in. Voor de mens betekent het de verwerving van een nieuwe mondigheid, een nieuw overleg.¹⁷⁰

Dit onderstreepte hij opnieuw in *Medische macht*, zodat het boek door de euthanasiebeweging werd bejubeld als de klaroenstoot voor de mondigheid van de patiënt. De arts en de patiënt, die *samen* werden geconfronteerd met de medische macht, moesten *samen* een oplossing zien te vinden. Dit kon alleen gebeuren als de patiënt en de arts 'naast elkaar [staan], waardoor het betamelijk is dat zij praten, overleggen, dat is tezamen bezien hoe de kansen liggen, en wat er precies moet gebeuren'. Of, zoals Leenen het aan het eind van de jaren zeventig eenvoudig verwoordde, '[de] toename van beheersingsmacht vraagt toename van beslissingskracht', en dit niet alleen van de kant van artsen.¹⁷¹

De patiënt was mondig geworden en zou die 'mondigheid' niet meer verliezen, was de algemene gedachte. Artsen konden niet anders dan inspraak verlenen aan de patiënt, ook bij beslissingen rond het levenseinde. Al in 1968 was het tijdperk van de paternalistische arts tijdens een medische conferentie in Nijmegen ten einde verklaard.¹⁷² Patiënten waren beter geïnformeerd; boeken, kranten, tijdschriften, radio en televisie zagen daarop toe. Bovendien werd de arts geconfronteerd met democratisering, zei Roscam Abbing, en moest hij zich hieraan conformeren.¹⁷³ Schoorvoetend gaven artsen hem gelijk. De meeste geneeskundigen bleven een zekere professionele afstand in acht nemen; het merendeel van de verzoeken tot euthanasie van de kant van de patiënt werd niet door hen gehonoreerd. Maar gezien de stortvloed van woorden die in de professionele literatuur werd gewijd aan de nieuwe mondigheid van de patiënt, kon het niet anders of de arts-patiëntrelatie werd hierdoor beïnvloed. Hoewel dit niet hoeft te betekenen dat artsen euthanasie gingen accepteren – of beoefenen – werd het zeker wel moeilijker om 'nee' te zeggen tegen patiënten die hun nieuwe mondigheid gebruikten om een stervenswens te uiten. Niet dat er in de jaren zeventig al veel patiënten waren die specifiek om euthanasie vroegen. Daar werden de meeste artsen pas in de jaren tachtig mee geconfronteerd, toen het aantal aanvragen blijkbaar sterk toenam. Maar in een tijd van democratisering moest er met de patiënt worden gepraat, ook over zijn wensen betreffende het levenseinde. Zo schreef de jurist W. Schuurmans Stekhoven, een vroeg voorstander van euthanasie, in het begin van de jaren zeventig in *Medisch Contact*:

Dat tijdperk begint, wanneer dokter, patiënt en familie alles hebben uitgesproken, uitgepraat, wanneer men alles heeft geregeld, zich met de

dood [...] heeft verzoend, met het leven heeft afgerekend, de balans heeft opgemaakt, figuurlijk en letterlijk aan het afscheid toe is.¹⁷⁴

Tegen het einde van de jaren zeventig was de 'mondigheid' van de patiënt niet langer omstreden – zij werd voor lief genomen. Van den Hoofdakker zei in 1969 dat de enige manier voor artsen om te functioneren in 'een wereld van mondige mensen' was door te 'praten, praten, praten...'¹⁷⁵ En, zo ontdekten steeds meer artsen, dit gold ook voor het vraagstuk van euthanasie.

Legalisatie komt 'vanzelf'

In 1975 merkte de gerespecteerde socioloog (en voorstander van euthanasie) F. van Heek met enig ongenoegen op:

De geringe belangstelling die tot nu toe voor concreet sociologisch onderzoek van het euthanasieprobleem is getoond, kan wellicht tevens in verband worden gebracht met de veronderstelling dat de maatschappelijke dynamiek 'vanzelf' naar een legalisering en een meer algemene toepassing van actieve euthanasie – op verzoek van de stervende – zal toegroeien. Een dergelijke door toekomstverwachting bevorderde passieve houding wordt onder andere gemotiveerd met een verwijzing naar gelijksoortige ontwikkelingen wat betreft geboorteregeling en abortus in het recente verleden.

Van Heek beklagde zich over deze houding niet alleen omdat daardoor geen aandacht werd besteed aan argumenten tegen euthanasie, maar ook omdat door dit 'laconiek afwachten' van *toekomstige* wetgeving niet *nu* werd geluisterd naar de stervenswens van patiënten.¹⁷⁶

Nederlanders werden aan alle kanten blootgesteld aan het besef te leven in een 'snel veranderende samenleving'. De maatschappij veranderde voor hun ogen, zonder dat ze er zelf enige invloed op leken te hebben. Nieuwe ontwikkelingen hadden het leven zo ingrijpend veranderd dat de oude manier van leven ineens minder goed verdedigbaar leek. De oude moraal was in deze nieuwe wereld van weinig waarde geworden, zei Dupuis in 1983, toen zij voorzitter was van de NVVE:

De nieuwe economische verhoudingen, de nieuwe technologie, de toename van medisch-technische mogelijkheden, de groei van de wereldbevolking, de slijtage van het milieu, het opraken van de minerale grondstoffen, de gigantische bewapeningswedloop, zij alle maken dat ons bestaan niet meer te vergelijken is met dat van de generaties voor ons. Het is uitgesloten dat de mens van nu nog dezelfde is gebleven. De vraag is zelfs of de mens niet behóórt te veranderen, in die zin dat hij dient aan te geven dat de nieuwe situatie waarin hij zich bevindt nieuwe verantwoordelijkheden en nieuwe inspanningen vergt.¹⁷⁷

Oude inzichten waren niet meer relevant, vond ook de psychiater Van Tol in 1975. Het idee van de arts als 'beschermers van het leven' dateerde uit de tijd 'waarin de mensen dachten dat de aarde een plat vlak was'. Dit 'dogma' moest volgens hem ter discussie worden gesteld. De hippocratische eed, waarin beloofd werd het leven te zullen beschermen, werd ook steeds vaker gerelativeerd als daterend uit een ver verleden, niet het minst door voorstanders van euthanasie. Th. Indewey Gerlings-Huurman zei in 1983 dat het nu wel duidelijk moest zijn dat rechters en medische raden andere ideeën hadden van wat medisch toelaatbare handelingen waren dan de mensen in 1886 of in 460 voor Christus, toen de eed werd opgesteld.¹⁷⁸

Niet iedereen was er natuurlijk even stellig van overtuigd dat de oude moraal kon worden afgeschreven. Maar er was in elk geval wel sprake van grote onzekerheid omtrent de waarde van de oude ethiek voor dit nieuwe tijdperk van medisch-technologische vooruitgang en gedemocratiseerde patiënten. Het besef dat geen ethiek statisch kan blijven 'in een snel veranderende samenleving', zoals de prominente arts S.A. de Lange (die later lid werd van de Staatscommissie Euthanasie) betoogde, heeft het veel artsen waarschijnlijk gemakkelijker gemaakt om euthanasie te aanvaarden.¹⁷⁹ En het is mogelijk dat Nederlanders er meer dan Britten, Amerikanen of Duitsers van uitgingen dat de oude moraal niet herschreven, maar afgeschreven moest worden en vervangen door een eigentijdse medische ethiek in de lijn van Van den Berg.

In de jaren zeventig en tachtig was de verwachting dus algemeen dat euthanasie in de nabije toekomst sociaal en wettelijk zou worden aanvaard en dat maatschappelijke ontwikkelingen dit proces natuurlijk en vanzelf tot rijping zouden brengen. Hilhorst bracht in het midden van de jaren zeventig de standpunten omtrent euthanasie van verschillen-

de instituten en groeperingen in kaart en merkte op dat er nog vrij veel weerstand was tegen deze vorm van levensbeëindiging (ook de KNMG was officieel nog gekant tegen euthanasie). Maar hij merkte terecht op dat in bijvoorbeeld de KNMG-nota zelf al twijfel werd geuit of dit standpunt nog lang zou worden aangehangen.¹⁸⁰ In deze context werd de discussie rond euthanasie omgebogen van het naar voren brengen van argumenten 'voor' of 'tegen' deze praktijk tot het 'wanneer' en 'hoe' van invoering. Als tegenstanders zich constructief wilden opstellen, moesten ze zich niet verzetten, maar deden ze er beter aan behulpzame suggesties in te dienen voor het reguleren van een praktijk die er binnen afzienbare tijd zou komen.

Deze veronderstelling leefde bij veel sleutelfiguren en betrokken instituten in deze decennia, zoals bij de NVVE en haar leider Piet Muntendam. Muntendam was er vast van overtuigd dat Nederland op weg was naar volledige acceptatie van euthanasie. Deze professor in de sociale geneeskunde geloofde dat het proces tot aanvaarding niet kon worden opgejaagd en dat het Britse euthanasiewetsvoorstel van 1969 schipbreuk had geleden omdat het was geïntroduceerd voordat er voldoende overeenstemming over euthanasie was om aanvaarding te garanderen. Hij was vastbesloten dat de NVVE (en Nederlanders in het algemeen) niet in diezelfde fout zou vervallen, ondanks de druk die sommige leden op hem uitoefenden om te werken aan onmiddellijke legalisatie. Nederlanders moesten volgens hem 'rustig naar [de] euthanasie-wet' toe groeien en niet aandringen op actie, om nodeloze controverse als rond abortus te vermijden. De maatschappij was aan het veranderen, zei Muntendam in 1978, en 'zelfs de kerken zullen mee moeten lopen in de maatschappelijke ontwikkeling'.¹⁸¹ In deze situatie hoefde de NVVE nog geen legalisatie af te dwingen. Het zou nog tot het begin van de jaren tachtig duren voordat de NVVE stappen zou ondernemen om wijzigingen aan te brengen in de wetsartikelen 293 en 294. Aan Nederlanders moest echter eerst ruimschoots de gelegenheid worden gegeven te wennen aan het idee van euthanasie.

Het is logisch dat een organisatie als de NVVE dergelijke rooskleurige toekomstverwachtingen koesterde over de maatschappelijke aanvaarding van euthanasie. Maar deze sentimenten konden dus ook worden gevonden in de officiële documenten van de KNMG. De standpuntverklaring van de KNMG omtrent euthanasie, geschreven in 1973 en gepubliceerd in 1975, stelde zich nog op tegen de invoering van ac-

tieve euthanasie, maar liet doorschemeren dat het mogelijk was dat dit verzet in de (nabije) toekomst werd gestaakt:

De normen in onze samenleving veranderen de laatste decennia exponentieel. De maatschappij heeft in de historie altijd de normen van de medici bepaald en zo zullen in de toekomst ook onze eigen normen veranderen. Het is hypocriet, om niet te zeggen onjuist, wanneer iemand zegt dat dit niet zo is: de meesten van ons zullen toch moeten erkennen dat hun eigen standpunt ten aanzien van bijvoorbeeld het gebruik van anticonceptiva, de pil, abortus, seksualiteit voor het huwelijk etcetera de laatste tien jaar zijn veranderd. Het is te voorzien, dat de visie ten aanzien van euthanasie zal veranderen. Wij zullen ons hiervan bewust moeten zijn en ons tevoren moeten bezinnen, om niet over enkele decennia (mogelijk reeds over enkele jaren) een ethiek opgelegd te krijgen. Hebben niet vele artsen dit gevoel gehad, toen van overheidswege de abortus op zeer ruime indicatie werd toegestaan?¹⁸²

Tilanus drong er al in 1970 (bij zijn verzoek om een onderzoekscommissie over euthanasie in te stellen) bij artsen op aan zich niet te verzetten tegen democratisering; hij had het bange voor gevoel dat artsen anders ambtenaren van de staat zouden worden. En Max Rood van het Humanistisch Verbond, voorstander van euthanasie, uitte in 1975 de waarschuwing dat euthanasie door anderen zou worden beoefend als artsen zouden weigeren hieraan mee te werken.¹⁸³ De KNMG wilde niet de controle over medische handelingen verliezen en was gevoelig voor deze kritiek; artsen mochten naar zijn mening de ogen niet sluiten voor maatschappelijke ontwikkelingen.

Het duurde uiteindelijk negen jaar voordat de KNMG haar positie over euthanasie herzag. In 1984 werd ze de eerste (en tot op dit moment enige) nationale artsenvereniging die richtlijnen opstelde voor toepassing van euthanasie. Er waren vele artsen – zowel in de commissie die de richtlijnen ontwierp, als in het hoofdbestuur – die zich niet konden verenigen met dit nieuwe, ondubbelzinnige beleid. Nederlandse artsen bleven met elkaar van mening verschillen over euthanasie. Was het niet door de onvermoeibare inspanningen van commissieleden als Cor Spreeuwenberg van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), dan had de KNMG misschien ook niet een dergelijke positiebepaling ingenomen.¹⁸⁴ Het document uit 1984 was dan ook een compro-

mis. Het sanctioneerde euthanasie niet, maar stelde alleen richtlijnen op waar artsen en patiënten die euthanasie wilden toepassen zich aan zouden moeten houden. Aan de ene kant straalde het document een sfeer van democratisering en tolerantie uit, een bereidheid om te luisteren naar het publiek en de patiënt. Maar aan de andere kant gaf het de indruk dat de KNMG zich door de maatschappelijke ontwikkelingen gedwongen voelde om ruimte te geven aan euthanasie als aanvaardbare praktijk; het waren 'de sedertdien opgetreden ontwikkelingen' (veranderingen in de publieke opinie, gerechtelijke uitspraken) die de KNMG hadden genoodzaakt haar positie uit 1973 te herzien. De instelling van de Staatscommissie Euthanasie in 1982 was doorslaggevend voor de KNMG bij het opnieuw ter tafel brengen van de standpuntbepaling rond euthanasie.¹⁸⁵ De overheid, het publiek en de rechterlijke macht schenen zich alle te bewegen in de richting van acceptatie van euthanasie, en de KNMG wilde niet achterblijven. De kracht van de ontwikkelingen duwde artsen in de richting van een collectieve aanvaarding – of in elk geval tolerantie – van (actieve) euthanasie. Of alle artsen het hier nu mee eens waren of niet, de praktijk kon volgens het KNMG-bestuur niet langer worden genegeerd.

De Nederlandse rechtspraak rechtvaardigde haar besluiten op vergelijkbare wijze. Het had bijna negen jaar geduurd sinds de eerste positieve uitspraak rond (passieve) euthanasie door de rechtbank van Leeuwarden voordat de rechtbanken in Rotterdam (in december 1981) en Alkmaar (in mei 1983) de mogelijkheden tot toepassing van hulp bij zelfdoding en euthanasie substantieel uitbreidden. Van overheidswege was nog niet besloten tot wijziging (of herbevestiging) van de wetsartikelen 293 en 294, zodat de rechters zelf bepaalden dat artsen patiënten konden assisteren in hun stervenswens als bepaalde criteria in acht werden genomen (die verschillend waren geformuleerd in geval van hulp bij zelfdoding of van euthanasie). Opmerkelijk is dat, ter rechtvaardiging van het recht om te sterven, beide rechters verwezen naar omstandigheden 'in deze tijd' waardoor een aantal inzichten (zelfmoord is niet altijd moreel afkeurenswaardig, 'zelfbeschikking' geldt ook rond het levenseinde) 'in steeds bredere kring wordt aanvaard'.¹⁸⁶ Hierin hadden ze gelijk; er had duidelijk een wending plaatsgevonden onder medici en het Nederlandse publiek ten gunste van euthanasie. Maar het woord 'steeds' impliceert dat de rechters ervan uitgingen dat deze trend zich zou voortzetten, alsof de verwachting werd uitgespro-

ken dat de aanvaarding van euthanasie uiteindelijk tot wetsverandering zou leiden. De rechters konden ook hebben gezegd 'in brede [medische] kring' (zoals de rechtbank in Leeuwarden het had verwoord), of 'voldoende brede kring', maar kozen in plaats daarvan voor het zich voortzettende 'steeds'. Euthanasie was blijkbaar onverbiddeijk op weg naar een geaccepteerde plaats in de wet en de samenleving.

Niet alle Nederlanders konden zich vinden in de rechterlijke uitspraken. Maar een weerkerend argument dat kon worden gehoord uit de mond van conservatieven, die het oneens waren met gelegaliseerde euthanasie of met deelaspecten van de rechterlijke uitspraken, was dat euthanasie als onderwerp van discussie 'nog niet uitgekristalliseerd' was en dat het voorbarig was om euthanasie een wettelijk vastgestelde plaats te geven. Dit was ook zo verwoord door Muntendam en een meerderheid van de NVVE-commissie, die in 1978 rapporteerden dat wettelijke veranderingen alsnog ongewenst waren, deels omdat de publieke opinie 'nog weinig uitgekristalliseerd is'.¹⁸⁷ Deze uitdrukking werd ook gebezigd door het Hof van Amsterdam in november 1983, toen de uitspraak van de rechtbank Alkmaar – die euthanasie had toegestaan op basis van 'zelfbeschikking' – verworpen werd. In hoger beroep sprak het Hof van Amsterdam uit dat de veranderende publieke opinie omtrent euthanasie geen basis mocht zijn voor het goedkeuren van de praktijk:

[...] omdat, in aanmerking genomen dat het, mede door de aan euthanasie verbonden evidente gevaren, gecompliceerde vraagstuk thans in studie is bij een bij KB 8 okt. 1982 ingestelde Staatscommissie, niet kan worden gesproken van een thans reeds voldoende uitgekristalliseerde algemene opvatting op grond waarvan euthanasie [...] als algemeen maatschappelijk aanvaardbaar kan worden beschouwd.¹⁸⁸

Toen advocaat-generaal Jan Rummelink de Hoge Raad adviseerde bij het besluit van 1984 – waarin ruimte werd gelaten voor het uitoefenen van euthanasie op basis van een 'noodtoestand' – bleek hij er ook niet zeker van te zijn dat, gezien het verzet van rooms-katholieken (en anderen) tegen euthanasie, er reeds sprake was van een 'voldoende uitgekristalliseerde algemene opvatting' over euthanasie.¹⁸⁹

Dat de meningen over euthanasie nog niet 'uitgekristalliseerd' waren, hoeft niet te betekenen dat dit zal gaan gebeuren in de toekomst.

Zo betwijfelde J. de Ruyter, minister van Justitie, bij de installatie van de Staatscommissie Euthanasie in 1982 of de euthanasiediscussie in een pluralistische samenleving ooit 'afgerond' zou kunnen worden.¹⁹⁰ Maar toch zou je kunnen zeggen dat deze uitdrukking de negatieve tegenhanger is van de uitdrukking 'in steeds bredere kring'. Beide veronderstellingen lijken ervan uit te gaan dat er een tijd zou komen dat er voldoende overeenstemming over euthanasie zou zijn; de vraag was alleen of die tijd reeds was gekomen of niet, en onder welke voorwaarden euthanasie mocht worden toegepast. In de jaren tachtig vonden langzamerhand steeds meer mensen dat de tijd van voldoende consensus rond euthanasie eindelijk was aangebroken.

Deze overtuiging werd het duidelijkst verwoord door een aantal politieke leiders na 1980. Een interessant kenmerk van het euthanasiedebat (zoals reeds door een aantal wetenschappers is opgemerkt) is het feit dat politici zich tot eind jaren zeventig zo terughoudend opstelden. Na een moeilijke strijd rond abortus toonden ze zich meer dan bereid om de maatschappelijke ontwikkelingen op hun beloop te laten; op afstand observeerden ze het verloop van de publieke opinie, de standpuntbepaling van de medische deskundigen en de rechterlijke uitspraken.¹⁹¹ Terlouw, fractievoorzitter van D66, was in 1978 een van de eerste politici die zich (positief) uitspraken over dit onderwerp. Vanaf dat moment zou D66 de strijd voor wettelijke acceptatie van euthanasie aanvoeren en haar parlementslid Wessel-Tuinstra zou uiteindelijk in 1984 een wetsvoorstel tot dat doel indienen. Officiële rapporten over actieve levensbeëindiging verschenen van het CDA in 1979 (tegen actieve euthanasie) en de VVD in 1981 (voor actieve euthanasie).¹⁹² In het begin van de jaren tachtig was het duidelijk dat er een parlementaire meerderheid bestond voor het liberaliseren van het euthanasiebeleid.

Veel liberalen (vooral D66'ers) waren mateloos geïrriteerd over het feit dat de christen-democraten de wil van het volk zo konden dwarsbomen. Dupuis was in 1981 bijvoorbeeld van mening dat een wet die ruimte liet voor euthanasie er in een democratie sneller moest kunnen komen, en de D66'er Jacob Kohnstamm zei dat het CDA zijn macht in het politieke centrum gebruikte om 'haast dictatoriaal [te] bepalen wat wel en wat niet mag'. Maar voorstanders van euthanasie wezen niet alleen op de politieke meerderheid ten gunste van euthanasie, maar ook op de maatschappelijke ontwikkelingen die verandering noodzaakten.

Het is duidelijk dat de wet niet van deze tijd is, zei Kohnstamm, dat ontwikkelingen in het algemeen en de praktijk in het bijzonder de wet hebben ingehaald.¹⁹³ En Wessel-Tuinstra zei het nog mild in 1984 tijdens de presentatie van haar wetsvoorstel: 'De wetgever mag weliswaar achterlopen bij maatschappelijke ontwikkelingen, maar niet te veel.' De jurist A.D. Belinfante, die net daarvoor afgetreden was als voorzitter van de euthanasiecommissie ingesteld door de Gezondheidsraad, vond het in 1982 'belachelijk' dat de rechterlijke macht beslissingen nam omtrent euthanasie die eigenlijk tot het terrein behoorden van de wetgevende macht: 'Dat dit – terwijl het veranderde maatschappelijk denken over euthanasie en de hulp daarbij al zo'n vijftien jaar aan de gang is – nog steeds niet is gebeurd, noem ik een belangrijke omis-sie.'¹⁹⁴

Nederlanders schenen dus eenzelfde verwachting te koesteren over wat de toekomst brengen zou voor de ontwikkeling van euthanasie. Het overtuigendste bewijs dat euthanasie werd gezien als onvermijdelijk, was misschien de reactie van de conservatief-religieuze bevolkingsgroep in Nederland, die de sociale aanvaarding van euthanasie vrij lijdzaam over zich heen liet komen. Door hun teleurstelling na de legalisatie van abortus provocatus misten zij de energie om georganiseerd verzet te beginnen tegen het inwilligen van verzoeken om euthanasie. De campagne tegen abortus, opgezet door de achterban van de christelijke politieke partijen (CDA, GPP, GPV en RPF), zou de laatste populistische campagne onder christenen in Nederland worden. De resultaten waren ontmoedigend en teleurstellend: abortus werd gelegaliseerd ondanks hun energieke acties. Aangezien het aantal abortussen dat na legalisatie werd uitgevoerd in vergelijking met andere landen gering was, was er weinig noodzaak om de morele urgentie van het vraagstuk nieuw leven in te blazen. Bovendien was het CDA minder gemotiveerd om zich sterk te maken voor een zaak die de relatie met de socialisten of de liberalen onder spanning zou zetten. Voor- en tegenstanders konden meer passie opbrengen voor het abortusvraagstuk dan voor euthanasie (misschien krijgt seks altijd meer aandacht dan dood), en toen de strijd tegen abortus moest worden opgegeven, konden de christelijke partijen en hun achterban de moed niet meer opbrengen om ook de invoering van euthanasie met hand en tand te bestrijden. Zij leden waarschijnlijk aan defaitisme, in de veronderstelling dat nu de strijd tegen abortus

was verloren, verzet tegen euthanasie eenzelfde lot zou zijn beschoren. Gpv-parlementslid Eimert van Middelkoop waarschuwde zijn medestrijders in 1983 dat voorstanders van euthanasie de ‘maatschappelijke ontwikkelingen’ gebruikten om de wetgeving aan te passen en zodoende uit te hollen, maar meer dan een waarschuwing was het niet. De plotse secularisatie scheen de christelijke tegenstanders zo te hebben overweldigd en gedemoraliseerd dat manmoedig verzet tegen euthanasie even zinloos leek als het verzet tegen abortus en andere religieuze en culturele ontwikkelingen van die tijd was geweest.¹⁹⁵

De roep om euthanasie kwam niet van ‘het volk’ of ‘de samenleving’, maar van iets wat daarboven uitsteeg: ‘de maatschappelijke ontwikkelingen’. Deze zouden er vanzelf toe leiden dat euthanasie werd gezien als noodzakelijk en heilzaam. Het lijkt aannemelijk dat de strijd voor liberalisering van euthanasie werd voortgeholpen door de associatie met eerdere kwesties die ook onontkoombaar leken te zijn in een moderne samenleving, zoals abortus. De precieze oorzaak van de veranderingen deed niet ter zake. Het feit dat er verandering plaatsvond en dat men met de tijd mee moest gaan, was veel belangrijker. Het wijzen op de veranderende samenleving werd vaak gezien als voldoende grond tot het opnemen van de handschoen voor euthanasie. A.N.A. Josephus Jitta – hoofdofficier van justitie tijdens de uitspraak van de rechtbank Alkmaar in 1983, adviseur bij het wetsvoorstel-Wessel-Tuinstra en nvve-bestuurder in de jaren negentig – zei het zo in 1986:

Zo’n vijftien jaar geleden was naaktrecreatie volkomen onaanvaardbaar: thans is het maatschappelijk geaccepteerd. De maatschappij verandert. Het gevolg is dat de wetten moeten worden aangepast. Dat geldt ook voor euthanasie.¹⁹⁶

Praten naar de toekomst

Waarom was het voor Nederlandse voorstanders van euthanasie niet genoeg dat zij de meerderheid aan hun kant hadden, zodat ze het recht om te sterven konden uitroepen als onvervreemdbaar recht? Dit zou waarschijnlijk in deze omstandigheden zijn gebeurd in Amerika. Waarom moest zo vaak worden verwezen naar ‘maatschappelijke ontwikkelingen’? Pragmatische overwegingen konden hieraan ten grond-

slag liggen. Volgens Josephus Jitta getuigde het van goed bestuur om de wet aan te passen aan de maatschappelijke ontwikkelingen; oude wetten zijn niet langer een weerspiegeling van de realiteit en bieden niet voldoende rechtszekerheid. Maar er is meer aan de hand. Voor Nederlanders was het belangrijk om het euthanasiedebat te zien als een maatschappelijk *proces*, van het oorspronkelijke moment van *crisis* tot de uiteindelijke culminatie.¹⁹⁷ Van den Berg trok aan de bel, en zijn waarschuwingen betreffende de medische macht en de toenemende mondigheid van de mensheid schalden in het begin van de jaren zeventig door de samenleving, luid genoeg om euthanasie als onvermijdelijke ontwikkeling op de publieke agenda te zetten. Euthanasie moest in beginsel worden aanvaard, en liefst op een humane en democratisch bepaalde manier, vastgesteld door de mensen zelf en niet door een onpersoonlijke, sinistere macht die euthanasie in de toekomst zou kunnen afdwingen. Gezien de veranderingen in de Nederlandse samenleving was het zinloos om euthanasie te weerstaan. Artsen, politici – iedereen moest samenwerken om het euthanasievraagstuk op te lossen en de praktijk te reguleren en te kanaliseren.

Dit was een opgave die alleen met veel overleg kon worden aangevat. Alle aspecten van euthanasie moesten ‘bespreekbaar’ worden gemaakt zonder te verzanden in inertie; slagvaardigheid was noodzakelijk om niet overvallen te worden door de maatschappelijke ontwikkelingen, om dreigende gevaren te voorkomen en huidig lijden te verzachten. In dit besef van onvermijdelijkheid wordt veel van de kracht en zwakheid – de openheid en de geslotenheid – van het Nederlandse euthanasiedebat geopenbaard. Omdat Nederlanders er vroeg van overtuigd waren dat aanpassing noodzakelijk was, is een dringende toon kenmerkend voor hun discussies. De tijd was gekomen dat euthanasie niet langer kon worden genegeerd, want de ‘medische macht’ en de ‘mondigheid van de patiënt’ vereisten onmiddellijke actie. Men moet wel respect hebben voor de ernst waarmee Nederlanders het euthanasiedebat hebben aangepakt; de reikwijdte en diepgang van de discussie waren indrukwekkend. Bovendien zijn ze erin geslaagd het euthanasiedebat niet te laten ontsporen, zoals dat gebeurde bij het abortusdebat. Meningsverschillen werden hartstochtelijk geuit, maar ontvaardden niet in felle conflicten. De Nederlandse ‘openheid’ gaf ruimte aan het voeren van een breed opgezette discussie zonder dat deze uit de hand liep, en dat is bewonderenswaardig – en het is ook nauwelijks denkbaar dat

dit kon (of kan) gebeuren in de meeste andere westerse landen. Zo is het moeilijk voor te stellen dat een 'pro-life'-politicus in Amerika zou worden uitgenodigd om zijn standpunt te verklaren in het blad van een euthanasiebeweging, een gelegenheid die aan het eind van de jaren zeventig wel door de NVVE aan de gepensioneerde GPV-parlementariër Piet Jongeling werd geboden.¹⁹⁸

Toch zou je je kunnen afvragen of de Nederlandse discussie zo breed en hoffelijk kon zijn juist omdat de participanten het al eens waren over de noodzaak om euthanasie bespreekbaar te maken. De grote ideologische vraag – mag het of niet? – werd bovendien met het oog op de ontwikkelingen in de geneeskunde en de maatschappij vrij snel bevestigend beantwoord. Men hoefde alleen nog de degens te kruisen over minder belangrijke, minder controversiële deelvragen (die nog voldoende stof tot discussie gaven), zoals de vraag of wetswijziging noodzakelijk was. Er bleven natuurlijk altijd Nederlanders fel gekant tegen euthanasie, en niet alleen orthodoxe gelovigen. Het recht om hun mening te uiten in boekvorm of via ingezonden brieven aan kranten werd hun niet ontnomen. Maar ze maakten in toenemende mate niet langer deel uit van het echte debat. De vrij omvangrijke anti-euthanasieliteratuur had ook weinig invloed op de publieke opinie of het euthanasiedebat.¹⁹⁹ In de jaren zeventig kon men zich nog uitspreken tegen euthanasie en rekenen op een gehoor. Maar om in de jaren tachtig gekant te zijn tegen euthanasie leek meer op obscurantisme – een teken dat je te principieel was, te paternalistisch was of te weinig grip had op de realiteit om werkelijk te kunnen participeren in een 'open' debat. Zelfs de christen-democraten wierpen in feite de handdoek in de ring toen zij eind jaren tachtig, begin jaren negentig – deels ingegeven door het verlangen om te blijven participeren in de discussie – stappen ondernamen om regelgeving betreffende euthanasie toe te staan, hoewel ze zich er nog steeds nominaal tegen verzetten. Kortom, Nederlandse toekomstverwachtingen en hun ontzag voor de 'maatschappelijke ontwikkelingen' bevorderden én beperkten het euthanasiedebat.

3 Medemenselijkheid

'Ze was in ons teleurgesteld, omdat wij aan haar lijden niet een eind maakten,' zei arts Geertruida Postma-van Boven tegen de onderzoekers nadat zij haar moeder meteen spuitje uit dit leven had verlost. De 78-jarige Margina van Boven-Grevelink kreeg een bijna fatale hersenbloeding in 1971. Maar dankzij medisch ingrijpen in het ziekenhuis van Assen, waar ze bijna twee maanden verbleef, kon ze in september van dat jaar worden overgeplaatst naar het katholieke verpleeghuis Mariënhof in Oosterwolde. Daar was ze niet ver van haar dochter en schoonzoon, Truus en Andries van Boven, die beiden arts waren in het Friese dorp Noordwolde. Maar haar levenslust was verdwenen. Lopen ging niet meer, ze kon haar linkerarm niet meer gebruiken en was vrijwel blind en doof. Ze kon nog wel duidelijk maken dat ze zo niet meer verder wilde. 'Ik wil van het leven af,' vertelde ze een andere dochter, Geesje.

De 44-jarige Postma-van Boven besloot, na enig wikken en wegen, aan het verzoek van haar moeder gehoor te geven. Samen met Andries, haar echtgenoot, gaf ze haar moeder op de middag van 19 oktober 1971 een injectie met circa 200 milligram morfine. Haar moeder stierf binnen enkele minuten. De directeur van het verpleeghuis, dr. Jan Gol, had beide artsen de indruk gegeven dat hij achter hun besluit stond. Maar toen hij de overlijdensakte moest invullen, besloot hij de daad toch aan H.J. Kijlstra, inspecteur van de provinciale gezondheidsraad, te rapporteren, die vervolgens de politie inschakelde. Dat de zaak uiteindelijk in februari 1973 voor de rechtbank kwam, was waarschijnlijk te wijten aan het uitlekken van de informatie, waardoor de onzekere autoriteiten zich gedwongen voelden om Postma-van Boven daadwerkelijk te vervolgen. Hoe dan ook, de rechtszaak werd berucht als het eer-

ste euthanasieproces, dat in de pers breed werd uitgemeten en grote publieke belangstelling trok. Hoewel Postma-van Boven schuldig werd bevonden (ze werd veroordeeld tot een voorwaardelijke gevangenisstraf van één week en een proeftijd van een jaar), werd de zuiverheid van haar motieven in het vonnis gerespecteerd, en kon de rechter begrip opbrengen voor haar wens om een einde te maken aan het lijden van haar moeder.²⁰⁰

Deze verdrietige zaak is in een aantal opzichten symbolisch voor de ontwikkeling van euthanasie in Nederland in de daaropvolgende jaren. Op het ideologische vlak laat het zien hoe een meer 'vrijzinnige' zienswijze op de dood (waarin de artsen Postma zich konden herkennen) botste met de traditionele katholieke moraal rond het levenseinde (waar Jan Gol een tegenstribbelend vertegenwoordiger van was). Ook de invloed van noorderlingen in het euthanasiedebat kwam in dit voorbeeld naar voren: Postma-van Boven was een arts uit Friesland (geboren in Assen met een Groningse moeder) en werd in haar beslissing gesteund door de inwoners van Noordwolde. En hoewel nvve-leden in latere jaren voornamelijk gevonden werden in de Randstad (vooral Amsterdam), werd de vereniging opgericht in het Friese dorpje Vinkega, even buiten Noordwolde.

Nog opvallender is dat een vrouw de voortrekkersrol vervulde in het euthanasiedebat. Postma-van Boven moest weinig hebben van alle publiciteit en trok zich in de jaren na het proces terug, zodat niet zij, maar haar man Andries uiteindelijk aan het eind van de jaren tachtig voorzitter zou worden van de nvve. Toch kan de invloed van vrouwen in de euthanasiebeweging niet worden ontkend. Het volgende opzienbarende euthanasieproces, gehouden in 1981 in Rotterdam, ging over de verichtingen van de bekende activiste en nvve-bestuurslid Corrie Wertheim-Elink Schuurman, die een andere vrouw had geholpen met het plegen van zelfdoding. Th. Indewey Gerlings-Huurman, een verpleegster uit Capelle aan den IJssel, was een ander bekend bestuurslid; onder haar redactie werden een aantal boeken over euthanasie gepubliceerd. Heleen Dupuis, gerenommeerd ethica die in het begin van de jaren tachtig bekend werd als de voorzitter van de nvve, speelde een belangrijke rol in de aanvaarding van euthanasie in Nederland. Tweederde van het ledenbestand van de nvve was vrouw, en de Ledenhulpdienst ervan, die geïnteresseerde leden adviseerde over euthanasie of hulp bij zelfdoding, werd ook gedomineerd door vrouwen. Hieraan

kunnen een aantal prominente D66'ers worden toegevoegd: Wessel-Tuinstra, die een euthanasiewetvoorstel introduceerde in 1984, en Els Borst, de minister onder wier medeverantwoordelijkheid euthanasie daadwerkelijk in 2001 wettelijk werd toegestaan. Vervolgens was er nog Sybrandy, buurvrouw van de artsen Postma en medeoprichtster van de nvve. Ze vervreemde al snel van de organisatie, die ze ervan beschuldigde niet radicaal genoeg te zijn. Rond 1980 hield zij de discussie over euthanasie en hulp bij zelfdoding gaande door artsen telkens opnieuw aan te sporen beter te luisteren naar verzoeken van hun patiënten om euthanasie – anders zouden mensen zoals zij deze taak overnemen. 'Mannen denken over euthanasie, vrouwen doen er iets aan,' verklaarde Renate Dorrestein in 1981 in *Opzij*.²⁰¹

Waarom waren vrouwen zo prominent aanwezig in de euthanasiebeweging? Voor sommige vrouwen was euthanasie deel van de 'emancipatie'; mensen hadden niet alleen recht op keuzevrijheid als het ging om abortus, maar ook als het ging om euthanasie. De strijd tegen het verbod op euthanasie was een strijd tegen 'bevoogding' en 'betutteling' en gaf de mogelijkheid je te laten gelden als 'onafhankelijke vrouw' in een door mannen beheerste gevestigde orde. Corrie Wertheim was zo'n onafhankelijke vrouw, meende *Opzij* in 1982. Anderen dachten dat vrouwen emotioneel sterker stonden wanneer ze werden geconfronteerd met de dood, of dat zij meer dan mannen zich konden vereenzelvigen met stervenden. 'Ik geloof – ik kan het niet bewijzen – dat vrouwen minder bang zijn voor de dood,' suggereerde Heleen Dupuis.²⁰²

Er zijn ook andere, vanzelfsprekender redenen. Een groter aantal vrouwen heeft de echtgenoot zien lijden en sterven dan mannen de echtgenote, en zij leven ook vaker met het vooruitzicht alleen te moeten sterven. Deze factoren verklaren voor een groot deel het onevenredig hoge percentage vrouwen in het ledenbestand van de nvve. Maar vrouwen werden ook vaker belast met de verzorging van zieken en stervenden dan mannen, merkte *Opzij* op. Niet alleen in het ziekenhuis als verpleegsters (die lijden en sterven van dichterbij meemaakten dan mannelijke en vrouwelijke artsen), maar ook thuis als dochters en echtgenotes die volgens het maatschappelijke verwachtingspatroon de zorg voor zieke familieleden op zich namen.²⁰³ Doordat ze vaker en directer met zieken en stervenden werden geconfronteerd dan mannen, werden vrouwen er misschien meer toe aangezet om lijden te willen verlichten en euthanasie als mogelijkheid in overweging te nemen.

Het laatste verband tussen de zaak-Postma-van Boven en de ontwikkeling van het euthanasiedebat is dat de rechtbank Leeuwarden het initiatief nam om richtlijnen op te stellen voor toelaatbare euthanasie. Deze richtlijnen waren opgesteld met hulp van inspecteur Kijlstra, die zich had laten adviseren door de Amsterdamse jurist Henk Leenen.²⁰⁴ Volgens het vonnis was passieve euthanasie aanvaardbaar – in de definitie van de jaren zeventig: ‘het leven [niet] rekken tot het bittere einde’ – maar (actieve) euthanasie werd verworpen. Postma-van Boven had zich schuldig gemaakt aan euthanasie en moest daarom wel veroordeeld worden. Terwijl de Nederlandse jurisprudentie uiteindelijk actieve euthanasie ook toelaatbaar zou achten, gingen andere westerse landen al snel vergelijkbare criteria hanteren als die door de rechtbank Leeuwarden waren ontworpen. In dit opzicht was er een groot verschil tussen de rechterlijke uitspraak in 1973 en het vonnis van de rechtbank Rotterdam in 1981, toen hulp bij zelfdoding acceptabel werd verklaard. Waar was deze verandering op gestoeld? Beide rechtbanken lieten zich in hun vonnissen sterk beïnvloeden door de medische praktijk op dat moment, en daarom zou een verklaring kunnen worden gezocht in de ontwikkeling die de Nederlandse maatschappij en de euthanasiediscussie in die korte tijd hadden doorgemaakt.

Maar er is ook een belangrijke overeenkomst tussen beide vonnissen. De rechtbank Leeuwarden stipuleerde dat passieve euthanasie toelaatbaar was als ‘lichamelijk of geestelijk lijden subjectief voor de patiënt ondraaglijk of ernstig is’. De rechtbank besloot bovendien Kijlstra’s advies naast zich neer te leggen dat het stopzetten van behandeling of het toedienen van meer pijnbestrijdende middelen alleen mocht gebeuren bij terminale patiënten, omdat:

[...] het uit algemene wetenschappelijke ervaring bekend is, dat zich in vele gevallen ongeneeslijke ziekte of laesies door ongeval, gepaard aan zeer ernstig lichamenlijk en of geestelijk lijden, voordoen bij overigens vitale mensen, die in die toestand lange jaren in leven blijven en dat de Rb. niet van oordeel is, dat aan zodanige lijdens [...] verzachting zou moeten worden onthouden.²⁰⁵

Bovendien bleek uit de verklaringen van diverse getuigen volgens de rechtbank dat Margina van Boven-Grevelink ‘ernstiger geestelijk leed’ had verduurd dan anderen in vergelijkbare lichamenlijke condities. De

rechtbank sprak geen hard oordeel uit over het handelen van Postma-van Boven, niet alleen omdat duidelijk was dat zij euthanasie had gepleegd uit liefde voor haar moeder, of omdat Gol haar de indruk had gegeven dat het toedienen van morfine op de manier zoals zij dat had gedaan viel onder aanvaardbaar medisch handelen, maar ook omdat het geestelijk lijden van Van Boven-Grevelink blijkbaar zo ondraaglijk was dat zij zich waarschijnlijk nooit zou verzoenen met haar lichamenlijke conditie.

Er is een direct verband tussen deze uitspraak van de rechtbank Leeuwarden en de uitspraak van de Hoge Raad in 1994 (het zogenaamde ‘Chabot-arrest’), waarin het niet-somatische patiënten die gebukt gaan onder ondraaglijk en onbehandelbaar geestelijk lijden, werd toegestaan met hulp van een arts een einde te maken aan hun leven. Vanaf het euthanasieproces in Leeuwarden heeft Nederland – in tegenstelling tot andere landen – lijden als grond voor euthanasie niet beperkt tot lichamenlijk lijden. Voor de meeste voorstanders van euthanasie maakte het weinig uit wat de oorzaak was van het lijden; in de woorden van de Amsterdamse psychiater Dick van Tol in 1977: ‘Het gaat niet om de aard van het menselijk lijden, maar om het ondraaglijke ervan.’ Wetenschappers hebben beweerd dat Nederlanders meer openstaan dan bijvoorbeeld Amerikanen voor ‘existentieel lijden’ als basis voor euthanasie. En Harry Kuitert zei dat het eenvoudigweg een kwestie was van ‘nuchter vaststellen: lijden is lijden’.²⁰⁶

Dit idee werd geboren in de euthanasiediscussie van de jaren zeventig. In 1976 merkte NVVE-bestuurslid Indewey Gerlings-Huurman op dat psychisch lijden ‘veroorzaakt doordat men sociaal niet meer meetelt’ vaak groter was dan de lichamenlijke pijn. De NVVE liet regelmatig weten dat effectieve pijnbestrijding niet voldoende was, niet alleen omdat het kon worden aangewend als uitvlucht om niet te hoeven luisteren naar de stervenswens van de patiënt, maar ook omdat het recht op sterven niet beperkt mocht worden tot hen die lichamenlijk leden. ‘Euthanasie is meer dan pijnbestrijding en omvat ook voorkomen van ontluistering,’ zei NVVE-voorzitter Jan Ekelmans in 1979. De Stichting Vrijwillige Euthanasie maakte in 1980 ook duidelijk dat het recht op sterven niet beperkt moest worden tot somatische patiënten, omdat lijden méér omvatte dan alleen lichamenlijk lijden. Het inzicht dat lijden niet louter lichamenlijk hoeft te zijn voordat een euthanasieverzoek kan worden ingediend, vond algemene steun onder beleidsmakers in Nederland.²⁰⁷

Toch heeft euthanasie en hulp bij zelfdoding in verreweg de meeste gevallen plaatsgevonden bij somatische patiënten, die door de inwilliging van hun verzoek hun leven hoogstens met enkele uren, dagen of maximaal enkele weken bekortten.²⁰⁸ Sinds de jaren zeventig is euthanasie over het algemeen gezien als laatste toevlucht, slechts van toepassing in een 'noodtoestand', als er geen andere opties meer beschikbaar zijn. Is daarom de theoretische openheid van euthanasie voor alle soorten van lijden wel van belang te noemen? Ik denk het wel, omdat verzoeken tot euthanasie minder gemakkelijk worden voorkomen als 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden' zo breed wordt gedefinieerd. Als fysiek lijden de enige legitieme grond voor euthanasie zou zijn, zouden artsen en gezagsdragers sneller kunnen denken dat betere pijnbestrijding het verlangen naar euthanasie kan opheffen. Dit is misschien een belangrijke reden waarom Groot-Brittannië en de Verenigde Staten historisch gezien meer aandacht hebben gegeven aan de ontwikkeling van palliatieve zorg dan Nederland, waar het idee heerste dat deze vorm van sterfensbegeleiding menselijk lijden te beperkt definieerde. In landen waarin lijden in somatische termen wordt gevat, kunnen beslissingen rond het levenseinde zich beperken tot het doen of laten van medische ingrepen. Maar wanneer artsen ertoe worden verplicht om de psychosociale dimensies van het uitzichtloze en ondraaglijke lijden van hun patiënt in ogenschouw te nemen, wordt euthanasie een reëlere optie. Door lijden zo te verbreden wordt het artsen ook gemakkelijker gemaakt om op het verzoek van hun terminale patiënten in te gaan, omdat 'ontluistering' deel uitmaakt van het lijden dat zich manifesteert bij de voortschrijdende ziekte van de patiënt. Zonder deze brede definitie van lijden is het denkbaar dat het euthanasiebeleid in Nederland zich op vergelijkbare wijze zou hebben ontwikkeld als in andere landen.

Nu dringt zich de moeilijke vraag op *waarom* Nederlanders 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden' zo breed hebben gedefinieerd. Hoe komt het dat alleen zij – en niemand anders – tot dit inzicht zijn gekomen en het in de praktijk hebben gebracht? Het antwoord kan deels worden gevonden in het Nederlandse ideaal om lijden in al zijn facetten uit de wereld te helpen. Dit verlangen was sterk vanaf het midden van de jaren zestig tot het midden van de jaren tachtig en kende drie dimensies. Ten eerste was *iedereen* – niet alleen beroepsbeoefenaars zoals artsen, maar ook leken – verantwoordelijk voor het verlichten van lijden van zowel hongerlijders in Somalië als pijnlijders in het lokale ziekenhuis. Ten

tweede kon deze verantwoordelijkheid niet worden beperkt door het trekken van kunstmatige grenzen; het ging niet alleen om lichamelijke klachten, maar om het lijden van de totale mens. En ten derde moest alle hulp egalitair worden gegeven. Hulpverlening moest voortvloeien uit medemenselijkheid en naastenliefde en middels een open dialoog tussen gever en ontvanger. Niet uit paternalistisch medelijden,²⁰⁹ maar uit betrokkenheid; niet door leiden, maar door begeleiden. Zo was ook euthanasie niet slechts een medische en contractuele handeling, maar ook een daad van liefde en solidariteit met de patiënt. Mensen hadden het recht om in weerzinwekkende omstandigheden om euthanasie te vragen en de maatschappij, de mensheid en elk 'betrokken medemens' hadden de morele plicht om dit verzoek in elk geval serieus in overweging te nemen, opdat de lijder niet zo in zijn omgeving hoefde teleurgesteld te zijn als Margina van Boven-Grevelink was geweest. Leenen zei: 'Het onthouden van gevraagde euthanasie is in principe even grote dwang op de mens als het toestaan van onvrijwillige euthanasie.' Van Tol wees in 1977 ook op de verantwoordelijkheid die omstanders hadden: 'De uitspraak dat actieve euthanasie slechts zelden zal behoeven te worden overwogen is geruststellend voor ons geweten [...] maar het ontslaat ons van die plicht niet.'²¹⁰

Het Nederlandse euthanasiebeleid kan niet worden begrepen zonder besef te hebben van de uitgebreide ethiek van 'medemenselijkheid', waarin de plicht om een einde te maken aan lijden in theorie alleen werd begrensd door de wensen van de lijder. Waar komt deze moraal vandaan en waarom was zij zo sterk in Nederland?

De geestelijke wortels van de euthanasiebeweging

De afnemende invloed van de kerken in het openbare leven (ook wel secularisatie genoemd) wordt vaak gezien als een belangrijke reden waarom Nederlanders euthanasie in de jaren zeventig en tachtig aanvaardden. Nederland was het land met naar verhouding de meeste onkerkelijken in Europa, en het kerklidmaatschap nam nog steeds sterk af. Er bestaat inderdaad een statistische relatie tussen het voorstaan van euthanasie en het niet-kerkgaand zijn. Zo is het aantal onkerkelijken binnen de NVvE altijd hoog geweest; ondanks het feit dat het ledenbestand veel leden telde van de oudere (nog veelal kerkelijke) generatie,

was twee op de drie leden in 1985 niet-kerkelijk. De politieke steun voor euthanasie werd daarnaast voornamelijk gevonden binnen de seculiere partijen. Ten slotte bleek uit zeker één klinisch onderzoek dat de aanvaarding van euthanasie onder patiënten gerelateerd is aan de overtuiging dat er geen hiernamaals is en dat lijden (soms) zinloos is.²¹¹

Omgekeerd zijn christenen de talrijkste en meest in het oog lopende tegenstanders van het euthanasiebeleid geweest, hoewel ze ook konden rekenen op steun van andersdenkenden.²¹² Het CDA heeft zich lange tijd verzet tegen invoering van actieve euthanasie en zelfs na het einde van de jaren tachtig, toen het om pragmatische redenen overstagging, heeft de partij veel in het werk gesteld om de euthanasiepraktijk te beperken. De drie kleine orthodox-christelijke partijen bleven hun stem verheffen tegen deze praktijk; daarbij werden ze gesteund door hun (overwegend gereformeerde) achterban. In 1985 drongen 707 protestantse kerkenraden er bij de overheid op aan dat euthanasie strafbaar zou blijven.²¹³ Ook de katholieke bisschoppen in Nederland hebben, in navolging van uitspraken van het Vaticaan, de toepassing van actieve euthanasie in 1985 afgekeurd. En hiermee zijn nog niet eens alle religieuze organisaties genoemd die zich openlijk hebben verzet tegen deze praktijk.

Maar dit is niet het hele verhaal. Religieuze organisaties mogen in de strijd tegen euthanasie voorop hebben gelopen, maar er waren ook veel prominente christenen die vóór acceptatie van euthanasie. Sterker nog, ik zou willen beweren dat de tamelijk snelle acceptatie van euthanasie in Nederland juist mogelijk werd gemaakt door de ongevoelkrachtige christelijke of religieuze moraal die doorklonk in de debatten, vooral in de jaren zeventig.²¹⁴

In de jaren zestig zag men niet alleen een teloorgang van godsdienstige invloed in het openbare leven, maar ook de metamorfose ervan. De tamelijk vastomlijnde theologische en morele standpunten van katholieken en orthodox-protestanten, die samen ongeveer de helft van de Nederlandse bevolking uitmaakten, werden in de jaren zestig van alle kanten aangevallen. Maar het afdanken van de stringente moraal van hun kindertijd betekende nog niet dat het wereldbeeld waarmee ze opgroeiden ook werd afgewezen. Integendeel, velen verkondigden enthousiast dat ze de werkelijke betekenis van de morele wetten hadden ontdekt; dat religie en moraal in diepste zin draaiden om het liefhebben van de naaste, het zich solidair verklaren met zieken en armen, dag en

nacht, ver weg en dichtbij. De wetten van het verleden konden niet langer voorschrijven wat goed was en wat slecht – dat konden alleen diegenen doen die met elkaar in liefdevol gesprek waren verwickeld in een 'ethiek der voorlopigheid'.²¹⁵ Zo werden de oude regels vervangen door de nieuwe, veeleisende plicht om onbegrensd voor elkaar te zorgen. De afkalving van de religieuze zuilen in de jaren zestig leek in de twee volgende decennia een stortvloed van religieuze en morele energie te hebben losgemaakt, die zich uitte in bijvoorbeeld ontwikkelingshulp en antikernwapendemonstraties. En hetzelfde morele verlangen dat Nederlanders ertoe bracht zo veel ontwikkelingshulp te verlenen deed hen euthanasie zien als een daad van naastenliefde. In 1973 verdedigde de auteur Rya Luysterburg euthanasie met verwijzing naar de liefde van Christus: 'Werd Hij niet door medelijden bewogen bij het zien van zieken? Mogen wij niet bewogen worden? Moeten wij de strenge moraal hanteren die vrije wil en naastenliefde loochent?' En de lutherse theoloog W.M. Buissing-van Beers zei een decennium later over euthanasie: 'Het echte probleem is immers: hoe ga ik met de ander om in zijn nood? En niet: welke waarden en wetten moet ik verdedigen?' Tot slot kon men in het gereformeerde boekje *Euthanasie en pastoraat* uit 1984 lezen: 'Het gebod "Gij zult niet doden" is er voor de mens en niet andersom.'²¹⁶

Bevrijd van de onbuigzame moraal van het verleden betoonden vooraanstaande, progressieve protestanten zich zeer bereid om euthanasie te zien als legitieme keuze voor de lijdende medemens en als daad van 'barmhartigheid' en 'naastenliefde'. G.A. Lindeboom, een gereformeerd arts die zich bleef verzetten tegen euthanasie, zei aan het eind van de jaren zeventig dat 'de meest progressieve uitingen niet in het minst komen van confessionele zijde, uit de hoek der reformatorische gezindte'.²¹⁷ Historisch gesproken waren geestelijke leiders over het algemeen minder sterk gekant tegen invoering van euthanasie dan artsen. Dit geldt vooral voor protestantse dominees, die ook een belangrijke rol speelden in de euthanasiebewegingen in Engeland en Amerika. Tien doopsgezinde dominees uit Groningen en Friesland waren onder de eerste steunbetuigers die in 1973 een ingezonden brief stuurden in de zaak-Postma-van Boven.²¹⁸ Bovendien was een aantal van de meest prominente euthanasisten protestants: de hervormde ethicus P.J. Roscam Abbing was een vroeg voorstander van actieve euthanasie; en de hervormde arts Cor Spreeuwenberg, spraakmakend

binnen de LHV, had grote invloed in de beslissing van de KNMG om richtlijnen voor euthanasie op te stellen. Nog belangrijker was de rol van de gereformeerde ethicus Harry Kuitert, die door de populariteit van zijn geschriften grote invloed uitoefende op het godsdienstige lezerspubliek en zo zijn steentje bijdroeg aan de consolidatie van steun voor euthanasie in Nederland. Al deze mannen rechtvaardigden hun steun voor euthanasie op basis van hun theologie. Een van de invloedrijkste vrouwen was natuurlijk de vrijzinnig-protestantse ethica Dupuis, die was gepromoveerd in de theologie in Leiden en later voorzitter van de NVVE werd. Tot slot moeten we melding maken van Jan Hendrik van den Berg, die regelmatig te vinden was in de hervormde kerk. Hoewel zijn boek *Medische macht* duidelijk een malthusiaanse boventoon voert, werd het toch ook geprezen vanwege de 'diepe bewogenheid met de medemens' die erin naar voren kwam.²¹⁹

Maar ook andere protestanten – minder uitgesproken voorstanders van euthanasie – hebben een rol gespeeld in de euthanasiediscussie. Zo verzocht CHU-fractievoorzitter Tilanus zijn medepartijgenoot Kruisinga, minister van Volksgezondheid, om een eerste overheidscommissie in te stellen belast met onderzoek naar de mogelijkheden om euthanasie toe te passen. Al in 1972 publiceerde de Nederlandse Hervormde Kerk een pastorale handreiking waarin geen bezwaar werd gemaakt tegen passieve euthanasie en tevens openlijk werd gevraagd of het verschil tussen passieve en actieve euthanasie niet louter psychisch was. En de Gereformeerde Kerken in Nederland, mede beïnvloed door Kuitert, schreven in 1984 dat 'het beëindigen van eigen leven in principe verantwoord kan zijn', tegelijkertijd toegevend dat het omschrijven van situaties waarin euthanasie 'verantwoord' zou zijn niet eenvoudig was. Er waren veel gereformeerden die zich niet konden vinden in het rapport, maar het verkreeg uiteindelijk toch goedkeuring van de synode.²²⁰

Het verzet binnen de Gereformeerde Kerken in Nederland is een duidelijk teken dat niet alle protestanten positief stonden tegenover euthanasie. De indruk moet ook niet worden gewekt dat elke progressieve, protestantse theoloog, dominee of kerklid voorstander was van euthanasie. Zelfs de protestanten die euthanasie propageerden – zoals Spreeuwenberg – zagen toepassing van euthanasie, meer dan hun onkerkelijke medeactivisten, als een noodzakelijk kwaad. Bovendien nam de steun voor euthanasie in de Samen op Weg-kerken af naarmate

de westerse beschaving minder oog schein te hebben voor 'de waarde van het leven'.²²¹ Toch waren protestanten in de eerste jaren van het euthanasiedebat zo opvallend aanwezig in de strijd voor euthanasie dat we ons af moeten vragen wat de reden daarvan kan zijn geweest. Protestanten waren er van oudsher – meer dan katholieken – van overtuigd dat aan het individu vrijheid was gegeven om zelf beslissingen te nemen aan het einde van hun leven. Over euthanasie kon daarom ook pastoraal worden gesproken. Pastorale zorg aan het stervensbed moest volgens veel kerkleiders meer inhouden dan een voorbereiding op het toekomstige leven. Goede stervensbegeleiding betekende ook het aangaan van een open dialoog met de stervende, zodat de patiënt het onderwerp van bijvoorbeeld euthanasie zou durven aansnijden als hij dat wilde. Het rapport van de Gereformeerde Kerken in Nederland vond dat euthanasie niet bij voorbaat verworpen moest worden, en sprak de voorkeur uit dat 'zo'n verzoek [...] rustig en open onder ogen gezien en besproken [kon] worden'. De pastor moet iemand zijn met wie men over eventuele euthanasie durft te spreken, zei een lutherse theoloog.²²² Sommige pastores en dominees waren zelf geen voorstanders van euthanasie, maar vonden wel dat ze zich als goede stervensbegeleiders open dienden op te stellen in gesprekken met stervenden, zodat ook de mogelijkheid tot toepassing van euthanasie besproken kon worden.

Het belangrijkste element in de protestantse euthanasiediscussie van de jaren tachtig was echter het besef van verantwoordelijkheid. Voor de protestantse dr. A. Dekker kon euthanasie alleen benaderd worden via de sleutelwoorden 'cohumaniteit', 'medemenselijkheid' en 'verantwoordelijkheidsethiek'. De legalistische wetten die de mens eens met zo veel verboden hadden belast, zoals het 'gij zult niet doden', waren als absolutismen verworpen; het verdiende de voorkeur om te handelen naar de geest van de wet, en niet naar de letter. Maar door de absolute wetten te relativeren werd de menselijke verantwoordelijkheid vergroot, want de mens moest nu zelf invulling geven aan het goede leven. 'De [morele] verantwoordelijkheid is echt letterlijk zonder grenzen,' betoogde Dupuis, nu er sprake was van 'minder zekerheid, minder houvast en méér verantwoordelijkheid'. De calvinistische traditie had altijd de persoonlijke verantwoordelijkheid van de mens jegens God en de naaste benadrukt. Het onder vastgestelde omstandigheden toepassen van euthanasie werd daarom snel gezien als deel van

de vrijheid die God zijn hoogste schepselen had gegeven om vorm te geven aan de buitengewone verantwoordelijkheid die mensen voor elkaar hadden. Euthanasie was 'een stukje menselijke vrijheid', zei Kuitert in 1983. De theoloog Willem den Toom bekritiseerde de katholieke weigering om euthanasie toe te staan als een ontkenning van de persoonlijke verantwoordelijkheid van de mens tegenover God en elkaar. De hervormde theologe L. W. Reyendam-Beek betoogde in de jaren zeventig dat God de mens niet alleen riep tot toepassing van passieve euthanasie, maar ook van actieve euthanasie. Ze beriep zich daarbij op Mattheus 25, waarin Jezus diegenen veroordeelt die *niets* doen wanneer ze worden geconfronteerd met menselijk leed. God dienen betekent de mens dienen, zei zij, 'en dan kan het zijn, dat we uit liefde tot de naaste een leven mogen beëindigen en bekorten'. Naastenliefde mocht niet door wettelijke voorschriften worden beperkt. Volgens Kuitert kon iemand in nood een 'weldaad' niet worden ontzegd, mits zorgvuldig werd gehandeld. En als het ging om het dienen van elkaar, was het onderscheid tussen passieve en actieve euthanasie in moreel opzicht ook niet relevant. De verantwoordelijkheid om de naaste barmhartigheid te tonen kende geen grenzen, ook niet in de dood. Iedereen werd verantwoordelijk (of verplicht) gesteld om zich te bezinnen op euthanasie en het toe te willen passen als de omstandigheden erom vroegen. Euthanasie is 'van ons allen,' verkondigde Kuitert, en iedereen moest zich van zijn verantwoordelijkheid bewust zijn om over dit moeilijke onderwerp te kunnen 'meepraten'.²²³

De andere levensbeschouwelijke groepering die aan het front stond in de strijd voor euthanasie, was het Humanistisch Verbond. Deze kleine en niet bepaald hecht georganiseerde kring onderging ook een transformatie aan het einde van de jaren zestig. Was het Verbond eerder voornamelijk geïnteresseerd in een filosofische verdediging van het humanisme, rond 1970 werd meer nadruk gelegd op praktische vraagstukken. In interne discussies werd aandacht besteed aan allereerste sociale en ethische kwesties. Euthanasie kwam aan bod in 1973, toen het Verbond een interne discussie aanwakkerde over dit onderwerp. Humanisten oordeelden, evenals protestanten, niet gelijk over dit onderwerp. Sommige leden waren sterk gekant tegen het toestaan van euthanasie, en ook het hoofdbestuur liet zich niet snel verleiden tot het doen van normatieve uitspraken, vooral niet als het ging om controversiële onderwerpen zoals hulp bij zelfdoding. Toch liet het hoofd-

bestuur in de jaren zeventig weten dat er duidelijker richtlijnen voor euthanasie gewenst waren, en steunde het in het midden van de jaren tachtig het wetsontwerp van Wessel-Tuinstra.²²⁴

Het Humanistisch Verbond was geen strak georganiseerde groepering. Daarom zijn de uitspraken van het Verbond over euthanasie van minder groot belang dan het feit dat veel uitgesproken voorstanders van euthanasie, zoals Wertheim en de anesthesist Pieter Admiraal, uitgesproken humanisten waren. René Diekstra, dé pleitbezorger voor hulp bij zelfdoding in Nederland, was zelfs lid van het hoofdbestuur. En meer recentelijk trokken de humanisten Jan Hilarius van Stichting De Einder en Huib Drion (op persoonlijke titel) de aandacht in hun strijd voor verruiming van hulp bij zelfdoding. Door hun voorliefde voor individuele autonomie gaven humanisten over het algemeen de voorkeur aan hulp bij zelfdoding boven euthanasie. Het Humanistisch Verbond bevorderde de acceptatie van euthanasie in de Nederlandse samenleving niet alleen door de activiteiten van individuele leden, maar ook door de activiteiten van de samenlevingsgemeenschappen voor ouderen, bejaardentehuizen en ziekenhuizen die het Verbond van personeel en andere middelen had voorzien. Rond 1980 waren deze plaatsen voorlichtingscentra voor euthanasie in Nederland geworden.²²⁵ Ook binnen verschillende Verbondsorganen en lokale afdelingen was de steun voor euthanasie soms sterk en werd regelmatig contact opgenomen met de NVVE.

Waarom waren zo veel humanisten actief in de euthanasiebeweging? Een terugkerend thema binnen het Verbond in de jaren zeventig was dat de leden zich verantwoordelijk moesten weten om de samenleving te 'humaniseren'; om solidariteit te tonen met de medemens in nood. 'Kwaliteit van het bestaan' en 'zelfbeschikking' waren erg belangrijk voor veel humanisten en sommigen vonden het de plicht van de samenleving om er zorg voor te dragen dat niemand slachtoffer hoefde te worden van een leven vollijden of een onwaardig bestaan. Sybrandy, een eigenzinnig humanist die ook had geschreven in *Reken-schap*, de periodiek van het Verbond, verklaarde haar eigen steun voor euthanasie en hulp bij zelfdoding – met of zonder hulp van de arts – als volgt: 'Zelfbeschikking behoort op aarde tot het grootste goed – laten we toch in godsnaam zo medemenselijk zijn die mensen bij te staan die om hulp gillen, maar wier stem vaak niet wordt gehoord.'²²⁶

Progressieve protestanten en leden van het Humanistisch Verbond

vormden twee in filosofisch opzicht stevige steunpilaren voor de euthanasiebeweging in de jaren zeventig. Maar de medemenselijkheidsideologie was niet beperkt tot deze twee groeperingen. Veel Nederlanders, onder wie ook katholieken, motiveerden hun steun voor euthanasie met hun liefde voor de naaste. Sterven was een 'sociaal gebeuren', waarbij iedereen moest worden betrokken; de laatste zorg moest niet worden overgelaten aan de medische stand. Maar dat was niet vanzelfsprekend in deze moderne tijd, waarin patiënten door de medische voorzieningen in ziekenhuizen vaak weggenomen werden uit hun eigen sociale omgeving. Stervensbegeleiding door vrienden, familie en bekenden was niet alleen van belang voor de stervende, maar was ook bevrijdend en leerzaam voor de levende, zei Ivan Wolffers in de jaren zeventig. 'Menswaardig sterven' hing af van het contact dat vrienden en familie hielden met stervenden. Het was de taak van de maatschappij om deze relaties in stand te houden en het sterven een 'sociaal gebeuren' te laten zijn. De stervenden moesten niet worden verbannen uit het land der levenden, maar opgenomen worden in de liefdevolle armen van zorgzame medemensen.²²⁷

Hoe serieus Nederlanders de taak opvatten om terminale patiënten de gelegenheid te geven te sterven in hun sociale omgeving, blijkt uit de weerstand die ze hadden tegen het oprichten van speciale stervenshuizen. In Engeland werden hospices al aan het einde van de jaren zestig opgericht, maar in Nederland kwamen de eerste stervenshuizen – ondanks veel discussie erover – er niet vóór 1990. Er waren wel stemmen opgegaan voor het stichten van hospices in Nederland. Cri Stellwags ontroerende verslag van de dood van haar broer in *Deze aarde verlaten* (1975) overtuigde velen van het nut van stervenshuizen. De oprichting van een 'besluithuis', een plaats waar hulp bij zelfdoding en euthanasie beschikbaar zou zijn, werd voorgesteld door Sybrandy. Ook binnen de nvve kon steun voor dit idee worden gevonden – nvve-leden hadden aangegeven dat ze graag in een huis wilden sterven waar ze de mogelijkheid zouden krijgen om het tijdstip van hun eigen dood te bepalen.²²⁸ Maar alle pogingen om een dergelijk huis te grondvesten liepen stuk op een principiële tegenwerping: hospices waren 'death-ghettos' waarin de stervenden werden opgesloten met specialisten, waardoor aan de samenleving de verantwoordelijkheid werd ontnomen om zelf zorg te dragen voor de stervenden.²²⁹ Hoewel dr. L.J. Menges in 1977 zich om pragmatische redenen liet overtuigen van het nut van een hos-

pice, bleef hij een principieel bezwaar koesteren: 'Stop die mensen in vredesnaam niet weg, want *je werkt het taboe alleen maar in de hand* [cur-sivering in origineel].' De vooraanstaande arts Cornelis van der Meer vond de instelling van hospices een afschuiftactiek van mensen die dood en sterven wilden vermijden. Wat we nodig hebben, zei de verpleegkundige Joke Borst, is een mentaliteitsverandering, zodat de kwaliteit van de zorg in een hospice in elk ziekenhuis gevonden zou kunnen worden. Hoe goed hospices ook konden zorgen voor stervenden, ze hadden voorlopig weinig aantrekkingskracht in Nederland omdat het niet rijmde met het idee dat iedereen zich verantwoordelijk wist in de zorg voor de stervende medemens. Bovendien schenen speciale huizen voor terminale patiënten in Nederland minder nodig te zijn vanwege de kracht en omvang van de 'thuiszorg'. In 1982 oordeelden Dupuis en onderzoeker P. Lens dat sterfhuizen niet meer nodig waren in Nederland, omdat huisartsen zich bereid hadden getoond om euthanasie en hulp bij zelfdoding te bespreken en toe te passen.²³⁰

Hoe kan deze medemenselijkheidsideologie in verband worden gebracht met de snelle acceptatie van euthanasie in Nederland? Tegenstanders van het euthanasiebeleid hebben vaak beweerd dat juist het *gebrek* aan medelijden en solidariteit ten grondslag lag aan de Nederlandse aanvaarding van euthanasie. Al in 1968 – voordat de euthanasiebeweging werkelijk van de grond kwam – waarschuwden orthodoxereformeerden dat demente bejaarden met (onvrijwillige) euthanasie werden bedreigd door de verzakelijking van de samenleving en het toenemende nuttigheidsdenken. Het idee dat euthanasie wordt aangewend om zo niet opgezadeld te hoeven worden met de zorg voor anderen, is een argument dat sindsdien vaak naar voren is gebracht – en niet alleen door tegenstanders. Bovendien waren niet alle voorstanders van medemenselijkheid voorstanders van euthanasie. Zo spoorde de katholieke ethicus Paul Sporken anderen aan om 'solidariteit met de medemens' te betonen in ziekte en dood, maar hij uitte tegelijkertijd zijn afkeer van Van den Bergs ideeën over euthanasie. Euthanasie was voor Sporken geen 'optie', maar alleen een laatste toevlucht. Er waren ook Nederlanders die bang waren dat vrijwillige verzoeken om euthanasie soms hun oorsprong konden hebben in een voelbaar gemis aan naastenliefde. De vrijzinnig protestantse ethicus Herman Heering had op zich geen bezwaar tegen gereguleerde toepassing van euthanasie, maar wees er in 1977 op dat de wens om te sterven bijna altijd ge-

paard ging 'met het ontbreken van een echte naaste'. Hij voegde hieraan toe: 'Het is een onmenselijke wereld waarin er makkelijker iets wordt gedaan aan euthanasie dan aan de menselijke vereenzaming en het maatschappelijk onrecht [...]' En de progressieve protestant J.C.M. Hattinga-Verschuere, voorvechter voor betere zorg in de Nederlandse samenleving, zei naar verluidt in 1982: 'Het verpleeghuis is te vergelijken met een autodump, men roest hier weg. En geleidelijk aan wint de euthanasiegedachte veld, te vergelijken met het platslaan.'²³¹ Daarnaast waren er Nederlanders van verschillende levensovertuigingen die meenden dat echte liefde voor de naaste zich moeilijk liet verenigen met het uitvoeren van euthanasie.

Toch lijkt er een sterk verband te bestaan tussen de interpretatie van 'medemenselijkheid' en de ontvankelijkheid voor euthanasie van de Nederlanders.²³² Dat wat uit liefde voor de medemens werd gedaan kón niet fout zijn, vooral niet als het was geworteld in een verlangen om lijden te reduceren of elimineren. Oude christelijke thema's weerklonken in de betogen: euthanasie was een kwestie van 'naasteliefde', 'barmhartigheid', 'betrokkenheid' en 'medemenselijkheid'. Elk voorschrift dat tegen deze daden van medeleven inging was zelf moreel afkeurenswaardig. Dit betekende niet dat euthanasie het enige antwoord was op ernstig lijden, zeker niet. Maar de plicht om je medemens te dienen kende geen kunstmatige grenzen en mocht niet stuiten op wettelijke blokkades. Roscam Abbing had gezegd, zo zei D. Hoffenaar van de Ledenhulpdienst van de NVVE, 'dat we uit de liefde moeten kunnen doden'. Sterker nog, een persoon moet werkelijk liefhebben voordat hij verantwoord een einde kan maken aan het leven van een medemens, zei een verpleegkundige.²³³ Alleen zij die liefhebben (of sterk betrokken zijn) kunnen het doden van iemand anders ooit rechtvaardigen. Dit werpt een geheel nieuw licht op het morele karakter van doden. Als de arts een hechte relatie heeft met zijn patiënt, zei de medische socioloog J.J. Klinkert, dan is er niet langer sprake van euthanasie, maar van 'hulp van mensen aan elkaar'. Frank van Ree, een vooraanstaand psychiater, was tegen elke vorm van systematisch goedgekeurde hulp bij zelfdoding. Dat herinnerde hem te veel aan de praktijken van Hitler. Om misbruik te voorkomen mocht euthanasie volgens hem alleen plaatsvinden in de uitzonderlijke gevallen waarin er sprake was van een 'intensieve betrokkenheid' van de helper.²³⁴

Zonder dit theologisch-ethische motief van medemenselijkheid in

de jaren zeventig is de Nederlandse acceptatie van euthanasie moeilijk te begrijpen. Natuurlijk waren er liberale voorstanders die liever meer 'zelfbeschikking' hadden benadrukt dan 'medemenselijkheid', maar ook zij konden overweg met de taal van medemenselijkheid. Zo pleitte D66'er Jan Terlouw in 1978 voor het inwilligen van alle verzoeken om euthanasie, en hij verklaarde zijn standpunt door te zeggen: 'Er is denk ik maar één wet waardoor je je moet laten leiden, en dat is de wet van de liefde, de liefde tot de naaste.'²³⁵ Het moet veel Nederlanders hebben toegeschenen dat de voorstanders van euthanasie meer liefde, meer medeleven en meer menselijkheid kenden dan tegenstanders.

Niet de technologie, maar de mens centraal

In 1967 wees de hervormde theoloog A.J. Jörg afkeurend op 'de opkomende Amerikaanse "mode" van de "diepvries-begravenis"', waarbij het lichaam van pasgestorvenen na overlijden snel werd ingevroren opdat lichaamscellen nog grotendeels intact bleven tot de tijd dat de wetenschap een middel tegen de dood zou hebben ontdekt. Wat Jörg zorgen wakte, was dat deze diepvriesbegravenissen duiden op een groter probleem, namelijk de neiging van de moderne samenleving om sterk nadruk te leggen op:

[...] het biologische aspect van ons bestaan: de mens als levende stóf, als zoogdier, als zichzelf in stand houdende 'chemische fabriek'. Dat de mens ook levende géést is en behoort te zijn, valt steeds meer buiten de aandacht [...]. Zijn hoogste 'wijsheid' dreigt meer en meer te worden het simpele 'niet doodgaan!'²³⁶

Jörg was niet de enige Nederlandse schrijver die de Amerikaanse diepvriesbegravenissen zou bekritisieren.²³⁷ Maar het gaat nu niet om het gedrag van excentrieke Amerikanen, maar om de overtuiging die in zijn kritiek doorklinkt – en die door veel Nederlanders in de jaren zeventig werd gedeeld – dat technologie vaak een dieper zicht op het menselijk bestaan in de weg stond.

Uit het laatste hoofdstuk bleek dat de opkomst van de 'medische macht' Nederlanders in de jaren zeventig de impressie gaf dat euthanasie onvermijdelijk was. Maar de dreiging die in hun ogen uitging van

deze medische macht, is moeilijk te begrijpen zonder het besef dat ze ambivalent of zelfs argwanend stonden tegenover de ontwikkeling van moderne technologie. Nederlandse artsen hebben technologische innovaties nooit zo enthousiast verwelkomd in hun ziekenhuizen als hun Amerikaanse collega's. Al in de jaren zestig waarschuwden een aantal prominente medici voor het conflict tussen 'techniek' en 'charitas'.²³⁸ Het verschil in geestdrift voor de mogelijkheden die de technologie bood leidde in Nederland ook tot andere opvattingen over (passieve) euthanasie. Zo zei een kinderarts in 1967:

Natuurlijk passen we de techniek niet toe ter wille van de techniek. We houden geen preparaten in leven. Daar hebben ze in Amerika wel de neiging toe. Misschien juist door hun geperfectioneerde techniek.²³⁹

In tegenstelling tot veel andere westerse landen kende Nederland een sterke eerstelijnsgezondheidszorg. Huisartsen waren het eerste aanspreekpunt voor mensen met medische klachten, en hun gebrek aan technische hoogstandjes ontnam de Nederlanders het vertrouwen in hun medische zorg niet. Pas in ernstiger gevallen werden patiënten doorverwezen naar de specialisten in het ziekenhuis. Veel Nederlanders bleven thuis; dáár werden de meeste kinderen geboren, kwam de huisarts soms op bezoek bij ziekte en stierven terminale patiënten. Hoewel exacte cijfers niet gemakkelijk te verkrijgen zijn – en statistieken vaak onbetrouwbaar zijn – lijkt het aannemelijk om te zeggen dat ongeveer een derde van de Nederlanders in de periode 1968-1985 thuis is gestorven. Het aantal patiënten dat thuis stierf verminderde in deze periode, maar nam waarschijnlijk in de jaren tachtig weer toe.²⁴⁰ Ondanks de verbeterde technologie in het ziekenhuis en de toename van het aantal patiënten dat in instellingen stierf, won vanaf de jaren zeventig de gedachte veld dat terminale patiënten thuis zouden moeten sterven. Patiënten hoorden hun laatste dagen niet te slijten in een kunstmatige ziekenhuisomgeving, maar moesten de gelegenheid krijgen te sterven in hun natuurlijke omgeving, omringd door vrienden en familie.

Het is opmerkelijk hoe vaak in de jaren zeventig werd geageerd tegen de kwalijke gevolgen van te veel techniek. In 1978 beklagde de Nederlandse medische deskundige H.S. Verbrugh zich in een verhandeling over het gefragmentariseerde, niet-holistische karakter van de

geneeskunde. Ook de strijdschriften van de wereldbekende auteur van *Medical Nemesis*, Ivan Illich, tegen de dominantie van medisch-technologische innovaties werden in Nederland veel gelezen. De waarschuwing van Van den Berg dat technologie schade toebracht aan intermenselijke contacten, werd niet in de wind geslagen. Vele Nederlanders waren er alert op dat de techniek geen kans kreeg om het menselijke gezicht van de geneeskunde aan het oog te onttrekken. 'Medische techniek is menselijkheid voorbij gestreefd,' liet C.F. Hollander NVVE-lezers van het *Kwartaalblad* weten in 1977. Niet alleen de techniek, maar ook de medische zorgverleners mochten zich niet te veel mengen in intermenselijke relaties. In de jaren zeventig en tachtig werd vaak aandacht gevraagd voor de gevaren van professionalisering van de zorg; het zorgen voor de zieken in de samenleving mocht niet worden afgeschoven op professionele zorgverleners, maar moest worden gedaan door mensen onder elkaar. Het was ongepast om terminale patiënten te overstelpen met techniek of professionele zorg. Zoals de handreiking *Thuissterven* uit 1984 het verwoordde: 'De mens is geen echt mens als hij alleen is tussen technische apparaten', en: 'Deskundigheid [...] dient zeer discreet te gebeuren' bij een stervende patiënt. De afkeer van technologie en professionele zorg kreeg ook gestalte in een andere ontwikkeling. Nederlanders bleken zich sterk 'romantisch' aangetrokken te voelen tot 'niet-rationele geneeswijzen', merkte psychiater J. van Londen aan het eind van de jaren zeventig op. De plotseling interesse voor alternatieve geneeswijzen, waaronder homeopathie, in de jaren zeventig toont aan dat veel Nederlanders er de voorkeur aan gaven om hun kwalen in eerste instantie zonder inmenging van de technologie op te lossen.²⁴¹

In andere landen werden deze bezwaren tegen de kwalijke gevolgen van technologie ook gehoord, maar het wantrouwen was vrij groot in Nederland. Hoe beïnvloedde deze houding het euthanasiedebat? Het lijkt erop dat deze ambivalentie tegenover technologisch ingrijpen Nederlanders er sneller dan bijvoorbeeld Amerikanen van overtuigde dat passieve euthanasie – het onthouden van behandeling – moreel acceptabel was. Er heerste medio jaren zeventig algemene overeenstemming dat het leven niet zinloos gerekt moest worden door toepassing van technologie, en nog steeds is deze gedachte in belangrijke mate verantwoordelijk voor de steun voor het euthanasiebeleid onder veel Nederlanders – die niet altijd precies kunnen aangeven wat het verschil

is tussen passieve en actieve euthanasie. Leenen verwoordde de gevoelens van velen toen hij zei dat 'het nastreven van vaak een Pyrrus-overwinning op de dood door een kort uitstel van wat de onherroepelijke bestemming van de mens is' geen zin had.²⁴² Maar hoewel de Britten zich ook terughoudend hebben opgesteld in het toepassen van medisch handelen, hebben ze het toepassen van actieve euthanasie toch afgewezen.²⁴³ Bovendien is actieve levensbeëindiging zelf een technologisch ingrijpen, zoals tegenstanders van het euthanasiebeleid hebben betoogd. Afkerig zijn van techniek betekent dus niet noodzakelijkerwijs voorstander zijn van euthanasie. Een van de opmerkelijkste elementen in het euthanasiedebat in Nederland is zelfs het feit dat beide partijen elkaar hebben beschuldigd van het technologiseren en ontmenselijken van de dood.²⁴⁴

De Nederlandse overtuiging dat 'welzijn' en 'kwaliteit van het leven' afhangen van meer dan alleen lichamelijke gezondheid, verbindt de afkeer van technologisch ingrijpen met de acceptatie van euthanasie. Technologie kan niet zorgen voor psychisch en sociaal 'welzijn'. Een mens die lichamelijke gezond is, hoeft nog niet gelukkig te zijn met de kwaliteit van zijn leven. De gehele samenleving moest zich verantwoordelijk weten voor het welbevinden van anderen. Men bleef moreel in gebreke wanneer de hulp aan anderen beperkt bleef tot het voorzien in lichamelijke behoeften. 'Welzijn' had 'welvaart' vervangen als maatstaf voor een menswaardig bestaan, en Nederlanders waren ijverige voorstanders van dit gedachtegoed. Deze nieuwe inzichten werden het helderst gepropageerd door linkse politieke partijen. Zo streefde de PvdA blijkens een rapport uit 1970 naar een 'totaal welzijnsbeleid' met uitgebreide diensten om de psychische en sociale gezondheid te bevorderen.²⁴⁵ Maar de PvdA stond niet alleen. In de medische literatuur van de jaren zeventig en tachtig kwam regelmatig de klacht naar voren dat 'het medische model' nog zo invloedrijk was, en artsen, verplegend personeel en anderen werden ertoe aangespoord om meer oog te hebben voor de psychosociale noden van hun patiënten.²⁴⁶ Of de Nederlandse gezondheidszorg hierin slaagde, moet buiten beschouwing worden gelaten, maar zeker is dat dit ideaal de Nederlanders tot op de dag van vandaag vaak is voorgespiegeld.²⁴⁷

Evenals de naastenliefde voor Nederlanders geen grenzen mocht kennen, behoorde ook het streven naar totaal welbevinden van de medemens onbegrensd te zijn. Er was sprake van een 'absolute eerbied

voor het menselijk welzijn', zoals Van den Berg het zei in 1969. En deze eerbied strekte zich ook uit tot in de dood. Zoals al eerder gezegd was de euthanasiebeweging in Nederland ervan overtuigd dat lijden meer was dan lichamenlijk lijden. In de woorden van Leenen: 'Een goede dood kan bestaan uit het uit het lijden verlossen. En bij lijden wordt niet gedacht aan enkel lichamenlijk lijden, doch ook aan psychisch lijden.'²⁴⁸ Euthanasie kon een antwoord zijn voor mensen die geen lichamenlijk of psychisch welzijn kenden. Hoewel lichamenlijk lijden door technologisch ingrijpen soms kon worden ondervangen, deed technologie de mens die psychisch welbevinden mistte, geen goed.

Dat betekende niet dat euthanasie altijd de beste oplossing was voor ondraaglijk psychisch lijden. De meeste voorstanders van euthanasie waren het erover eens dat alternatieve behandelingen de voorkeur hadden als er goede hoop bestond dat psychisch lijden op minder drastische wijze kon worden beperkt. Er was ook niemand die zich uitsprak tegen stervensbegeleiding, hoewel de meningen scherp waren verdeeld over de vraag of goede pastorale en psychische hulp bij het sterfbed zou leiden tot vermindering van het aantal verzoeken om euthanasie, en over de vraag of stervensbegeleiding mocht worden aangewend als alternatief voor euthanasie.²⁴⁹ Alle alternatieven moesten met de patiënt worden doorgesproken, inclusief euthanasie. Het Nederlandse verlangen om te voorzien in de psychosociale noden van de patiënt – wiens lijden noodzakelijkerwijs subjectief was – betekende dat euthanasie en hulp bij zelfdoding niet op voorhand mochten worden verworpen. Als het welzijn van de patiënt die te maken kreeg met 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden' in het geding was, en als alternatieve behandelingen niet konden leiden tot een aanvaardbare kwaliteit van leven, was de taak van de maatschappij duidelijk. Zoals H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouill van de svε schreef in 1978:

De erkenning dat de mens een geestelijk-lichamelijke entiteit is en niet alleen maar lichaam, relativeert dit dogma [dat lichamenlijk leven het belangrijkste is] tot het inzicht dat uitvoeren van vrijwillige euthanasie een groter respect voor de menselijke persoon kan uitdrukken dan de vrager dwingen in een voor hem ondraaglijke en onverbeterbare situatie door te leven.²⁵⁰

Tot nu toe is in dit hoofdstuk de opkomst van het euthanasiebeleid verklaard door te wijzen op het verantwoordelijkheidsgevoel van Nederlanders om het lijden van de medemens te verlichten. Maar welke mensen kwamen in aanmerking voor euthanasie of hulp bij zelfdoding? Onder welke omstandigheden was een mens gerechtigd zich aan de gemeenschap der levenden te onttrekken? Het afbakenen van deze grenzen deed veel stof opwaaien in Nederland, en nog steeds is een aantal vragen hierover niet beantwoord. Maar deze discussies geven veel inzicht in het karakter van de Nederlandse medemenselijkheidsideologie in de jaren zeventig en tachtig en in de uitbreiding van de mogelijkheden tot toepassing van euthanasie of hulp bij zelfdoding.

Omdat uitzichtloos en ondraaglijk lijden niet beperkt kon worden tot terminale patiënten, noch tot lichamelijk zieken, mag het weinig verbazing wekken dat er tegen het einde van de jaren zeventig stemmen opgingen om suïcidale mensen de gelegenheid te geven met hulp van een arts een einde aan hun leven te maken. Een aantal mensen raakte ervan overtuigd dat er in bepaalde gevallen gesproken kon worden van een 'balanssuicide', een zelfmoord waarbij de persoon alle consequenties goed had overwogen na een balans te hebben opgemaakt van zijn leven. Diekstra was ervan overtuigd dat zelfmoord de meest 'gezonde' en 'natuurlijke' optie kon zijn 'als voortleven meer lijden betekent dan ermee ophouden'. En de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie drong er in 1981 op aan dat ernstig lijdende psychiatrische patiënten met weinig of geen hoop voor verbetering in de toekomst op gelijke wijze als somatische patiënten in aanmerking zouden moeten kunnen komen voor levensbeëindigend handelen. Omdat het soms gerechtvaardigd was een einde te maken aan je leven werd het woord 'zelfmoord' meer en meer gezien als stigma – 'zelfdoding' of 'suicide' verdiende nu de voorkeur.²⁵¹

We hebben al eerder gezien dat Nederlanders het onderscheid tussen passieve en actieve euthanasie vaak willekeurig vonden. Dezelfde neiging tot het bagatelliseren van een verschil kon worden opgemerkt bij het morele onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Van Tol noemde in 1977 dit onderscheid 'meestentijds een fictie'. De KNMG noemde het onderscheid bij de publicatie van de richtlijnen voor euthanasie in 1984 irrelevant.²⁵² De svE en de nvvE vonden euthanasie

en hulp bij zelfdoding in principe even aanvaardbare vormen van actieve levensbeëindiging, maar de nvvE besloot haar politiek activisme te concentreren op euthanasie, waarschijnlijk omdat hulp bij zelfdoding vaak werd geassocieerd met hulp aan niet-terminale patiënten. Dit was een idee dat meer weerstand opriep in de samenleving. Door de aandacht vooreerst te richten op euthanasie aan sich werd de aanvaarding van actieve levensbeëindiging politiek haalbaar. Maar in de loop van de jaren tachtig zou ze zich ook sterk maken voor de aanvaarding van hulp bij zelfdoding.

De svE bepleitte in 1980 dat hulp bij zelfdoding ook mogelijk zou moeten zijn voor mensen die geen lichamelijk lijden kennen, maar wel ernstig psychisch leed, zoals 'sommige ernstig-invaliden, of totaal vereenzaamden, of sommige psychiatrische patiënten'. Van de potentieel in aanmerking komende mensen in deze opsomming kregen psychiatrische patiënten de meeste aandacht. Het aantal psychiatrische patiënten dat zelfdoding pleegde, verdubbelde tijdens de jaren zeventig (wat overigens een internationale trend was). Dit kan deels verklaard worden uit het feit dat hulpverleners in psychiatrische inrichtingen de patiënten meer bewegingsvrijheid gaven en hen er minder van probeerden te weerhouden om zichzelf schade te berokkenen. Moderne opvattingen over de waarde van onafhankelijkheid en de verfoeilijkheid van paternalisme hadden hier ongetwijfeld veel mee te maken. Als hulp door de samenleving aan suïcidale mensen werd geweigerd, zo zeiden Diekstra en Nicolaas Speijer, was de maatschappij medeverantwoordelijk voor suïcides die vermeden hadden kunnen worden door ze bespreekbaar te maken. Daarnaast werd hulpverlening ook gezien als een daad van medemenselijkheid; lijdzaam toezien hoe 350 mensen per jaar geen andere uitweg zagen dan zichzelf voor de trein te werpen, was toch tekenend voor een gebrek aan medeleven. De jurist A.N.A. Josephus Jitta raakte overtuigd van het nut van euthanasie toen hij zich realiseerde dat sommige mensen alleen een einde konden maken aan ernstig lijden door een verzoek in te dienen tot euthanasie of door voor de trein of van de flat te springen. 'Ik ben me gaan afvragen of het nodig is dat mensen die niet verder willen leven, voor de trein moeten springen. Kan dat nu niet anders?' Het leek Sybrandy onredelijk dat aan mensen de mogelijkheid werd ontzegd om 'de dood in het bed' te vinden in plaats van 'de dood aan de boom'.²⁵³ Toen haar in 1975 werd gevraagd waarom ze mensen die zelfdoding

overwogen voorzag van informatie over de te gebruiken medicijnen, zei ze:

Als ik hen niet help met een advies doen ze het door verhangen, springen ze uit een flat of verdrinken zich. Middeleeuws. Daar had ik vroeger schuldgevoelens over. Daarom geef ik ze nu de mogelijkheid op wat vriendelijker manier te sterven.²⁵⁴

Diekstra dacht er net zo over; hulp bij zelfdoding kon om al deze redenen een 'menslievende daad' worden genoemd, en onder bepaalde omstandigheden was suïcide zelfs een gebeurtenis waarbij 'in de uitvoering [...] ook de gemeenschap een taak heeft'.²⁵⁵ Evenals bij euthanasie was 'niets doen' net zo goed een morele keuze als 'doen' – er was geen manier om te ontsnappen aan de verantwoordelijkheid die mensen hadden voor elkaar.

Maar de wederzijdse verantwoordelijkheid eindigde niet bij de suïcidant. Hulpverleners moesten ook aan zijn familie, vrienden en aan ongewilde getuigen van een zelfmoord denken, die kans liepen te worden getraumatiseerd door een onverwachte en soms gruwelijke zelfmoord. Josephus Jitta maakte zich zorgen over de psychische gevolgen voor machinisten die met zelfmoord werden geconfronteerd, of voor GGD'ers die verantwoordelijk waren voor het opruimen van de stoffelijke resten van mensen die van de flat waren gesprongen. Diekstra wilde dat familieleden van geslaagde 'zelfdoders' onnodig leed werd bespaard. 'Men denke zich de reacties van de moeder in, die terugkerend van vakantie, in de studentenflat het lichaam van haar zoon aantreft, dat daar reeds enige dagen onopgemerkt lag.'²⁵⁶ Bovendien mocht de zelfmoord anderen geen schade berokkenen:

De gekozen methode dient zodanig te zijn dat daardoor geen gevaar voor anderen bestaat of schade aan anderen of het eigendom van anderen wordt aangericht (het openzetten van de gaskraan of het electrocuteren in bad kan voor binnenkomende anderen gevaar opleveren).²⁵⁷

Om deze redenen meende het svE-rapport uit 1980 dat het 'in het belang van allen' was om een 'gruwelijke' zelfmoord te voorkomen door het bieden van professionele hulp aan suïcidale mensen. En de Rotterdamse rechtbank oordeelde in de zaak-Wertheim in 1981 dat het van

het grootste belang was voor zowel de suïcidant als zijn omgeving dat hij geen gruwelijke dood zou kiezen en dat dit over het algemeen alleen kon worden voorkomen door hulp van anderen. Dit was een van de redenen waarom ze hulp bij zelfdoding soms gerechtvaardigd vond.²⁵⁸

Van Tol was ervan overtuigd dat het verschil tussen patiënt en niet-patiënt onhoudbaar was, omdat eenieder het recht had om zijn situatie te omschrijven als mensonwaardig. Maar niet iedereen was het met hem eens. Hulp bij zelfdoding (of euthanasie) aan mensen die uit het leven wilden stappen zonder ernstig lichamelijk leed te hoeven verduren, bleef een punt van discussie in Nederland. Bestond een 'balans-suïcide' in werkelijkheid? Kon deze diagnose even objectief worden vastgesteld als bijvoorbeeld de pijn van een terminale kankerpatiënt? Ook een groot aantal voorstanders van een veelomvattend euthanasiebeleid, zoals psychiater Andries van Dantzig, verzetten zich tegen het bieden van hulp bij zelfdoding aan depressieve patiënten. Er bleef twijfel bestaan over de ernst van het leed dat deze mensen hadden te verduren en de mogelijkheid om dit lijden te verlichten door minder drastische maatregelen dan de dood; op deze punten werd Diekstra bijvoorbeeld bekritiseerd door de jurist Arend Jan Heerma van Voss (zelf geen tegenstander van euthanasie).²⁵⁹ Toch bleef dit vraagstuk de aandacht vragen in het euthanasiedebat; in de jaren negentig nog met de geruchtmakende zaak-Chabot, die aan Hilly Bosscher – een lichamelijk gezonde vrouw die onder het pseudoniem Netty Boomsma bekendstond – hulp bij zelfdoding had verleend. Het feit dat deze kwestie actueel bleef, is een teken van het Nederlandse verlangen naar een ethiek van medeleven die voldoende ruimte gaf om iedereen die te maken kreeg met 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden', van dienst te zijn.

Aspirant-zelfdoders en psychiatrische patiënten met een doodswens waren niet de enigen die volgens sommige Nederlanders ook in aanmerking behoorden te komen voor hulp bij zelfdoding en euthanasie. Konden gevangenen dit recht niet krijgen? Dit was een vraag die de Gezondheidsraad in 1982 stelde. De Staatscommissie Euthanasie was in 1985 van mening dat er geen reden was het verzoek van een gevangene om euthanasie anders te behandelen dan verzoeken van anderen, hoewel zij hieraan toevoegde dat hechtenis op zich niet ten grondslag mocht liggen aan een verzoek om levensbeëindiging. Meer aandacht werd gegeven aan verzoeken tot levensbeëindiging van bejaarden die 'klaar met leven' waren en hun arts verzochten er op een gemakkelijke

manier een einde aan te maken. Leenen zei al in 1978 dat euthanasie beschikbaar moest worden gemaakt voor hen 'wier kaars is opgebrand', en een jaar later vroeg Dupuis zich af of mensen die gewoonweg 'op' waren ook mochten besluiten met hulp van een arts dit leven te verlaten.²⁶⁰ Gesteund door dit gedachtegoed werd de advocaat Eugène Sutorius in het gelijk gesteld door een rechterlijke uitspraak in het voordeel van de arts die hij verdedigde. De huisarts Schoonheim had in 1981 euthanasie toegepast op een 95-jarige vrouw met ouderdomskwalen die het leven een en al ellende vond en uit psychische overwegingen niet meer verder wilde leven.²⁶¹ Aan het einde van de jaren negentig zou dezelfde Sutorius opnieuw publiekelijk druk uitoefenen op het toestaan van euthanasie aan hoogbejaarden en in 1999 zou zijn broer en arts de oud-senator Edward Brongersma laten sterven omdat deze geen zin meer had in het leven. Nederlanders bleven twijfelen of levensbeëindigend handelen bij bejaarden omwille van hun leeftijd een daad van medeleven was of een poging om ouderen 'op te ruimen', en terughoudendheid in deze gevallen was de norm. Verpleeghuisartsen en -directeuren zijn over het algemeen even weinig bereid als verpleeghuisdirecteur Gol om verzoeken tot euthanasie van hun bewoners in te willigen, en slechts een klein percentage van alle euthanasiegevallen vindt in deze inrichtingen plaats.²⁶²

Nog groter was de verdeeldheid over het toepassen van euthanasie op kinderen. De mislukte poging van het kabinet in 2000 om wettelijk het recht van ernstig zieke twaalf- tot zestienjarige kinderen op euthanasie vast te leggen was – hoewel het velen in Nederland en in het buitenland verbaasde – niet een nieuw initiatief. De discussie over kinderen en suïcide was al begonnen tijdens de jaren zeventig: de gelijkheidsidealen van dit decennium lieten kinderen niet buiten beschouwing. Daarom werd in het begin van de jaren tachtig ook in de landelijke dagbladen gesproken over zelfdoding onder tieners en de wijze waarop de maatschappij hiermee diende om te gaan.²⁶³ Sommige voorstanders van euthanasie bleken bereid te vechten voor de rechten van minderjarigen, die, bijvoorbeeld na een ongeval met de bromfiet, ook ernstig konden lijden. Hoewel de schrijvers van het NVVE-rapport uit 1978 zich concentreerden op volwassenen, wilden ze toch de aandacht vestigen op het 'knelpunt' van de minderjarige bromfietser:

De trieste ervaring leert, dat zich bij deze categorie personen jaarlijks honderden zeer ernstige ongelukken voordoen, waarbij de mogelijkheid of wenselijkheid van euthanasie onder ogen moet worden gezien.²⁶⁴

In veel gevallen resulteerden bromfietsongelukken in ernstig hoofdletsel voor zestien- en zeventienjarigen, zodat zij hun wil niet meer duidelijk konden maken. Daarom wilde Muntendam dat wilsverklaringen die tevoren door deze tieners waren opgesteld gerespecteerd zouden worden, ook als hierin werd gevraagd om 'euthanasie'. Dit idee werd ondersteund in een discussienota van de Politieke Partij Radikalen in 1979.²⁶⁵

Maar een praktische invulling van deze idealen stuitte op veel vragen. Vanaf welke leeftijd kon het kinderen worden toegestaan om euthanasie te vragen, of hoefde er geen limiet te worden gesteld? De Gezondheidsraadscommissie uit 1982 had geoordeeld dat euthanasie niet op kinderen kon worden toegepast zonder ook toestemming te hebben verkregen van de ouders voor deze handeling. Maar omdat de commissie geen uitspraak wilde doen over de wenselijkheid van euthanasie in het algemeen, kan dit commentaar alleen gelden als interim-advies.²⁶⁶ Hoe dan ook, euthanasie werd reeds toegepast op minderjarigen. De Aerdenhoutse arts E.G.H. Kenter liet in 1983 weten dat onder de patiënten wier leven hij had beëindigd door middel van euthanasie, ook een jeugdige kankerpatiënte was:

Ik herinner me een meisje van veertien jaar dat zich verzette tot het laatste. Ze vocht voor het leven. Maar een paar dagen voordat ze stierf verloor ze de moed. Ze zat rechtop in bed naar lucht te happen en al haar bezittingen gaf ze weg. Haar poppen, haar boeken, alles. Dat was zo'n duidelijk teken dat ik in dit geval heb besloten haar niet verder te belasten met gesprekken over doodgaan en euthanasie. Ik heb haar dat kleine zetje gegeven en dat heeft haar een paar afschuwelijke uren bespaard, meer was dat niet.

Kenter verklaarde later dat hij al eerder met het meisje van gedachten had gewisseld over euthanasie, en was van mening dat kinderen die zo veel moesten lijden genoeg wijsheid hadden om te weten wat ze wilden.²⁶⁷ Het rapport uit 1985 van de Staatscommissie Euthanasie stemde hiermee in. Het stelde vast dat zelfs achtjarige voldoende besef

hadden van de betekenis van euthanasie, maar besloot uiteindelijk toch om niet een leeftijdsgrens te stellen omdat op die manier ‘een zekere willekeur’ niet te vermijden was:

Niet de leeftijd van het kind is van doorslaggevende betekenis, maar de mate waarin hij inzicht heeft in zijn ziekteproces en in de draagwijdte van zijn verzoek om levensbeëindiging. Behalve de leeftijd [...] zijn de geestelijke en lichamelijke ontwikkeling van het kind relevant. Een en ander betekent wel dat de behandelend arts tijd en gelegenheid zal dienen te hebben om het kind te leren kennen en daarmee ook de achtergronden van diens verzoek om levensbeëindiging.²⁶⁸

Ook hier blijkt de reikwijdte van de naastenliefde en medemenselijkheid. Als het ging om het verlichten van lijden, was het stellen van leeftijdsgrenzen voor sommige voorstanders van euthanasie een willekeurig opgelegde beperking.

Tot slot is het collectieve streven naar beëindiging van ‘uitzichtloos en ondraaglijk lijden’ zichtbaar in het idee, dat in het begin van de jaren tachtig opkwam, om ‘euthanaticadepots’ te bouwen voor de overlevenden van een kernramp of kernoorlog, omdat overlevenden naar alle waarschijnlijkheid vroegtijdig een einde wilden maken aan hun bestraalde leven. De antikernwapencampagne was op zijn hoogtepunt in Nederland (en elders) en het mag geen verbazing wekken dat beide controversiële onderwerpen convergeerden in dit voorstel. Het idee schijnt mede afkomstig te zijn van Corrie Wertheim, die het introduceerde bij de NVVE. Voorzitter Jan Ekelmans zwengelde de discussie over de noodzaak van het aanleggen van een voorraad levensbeëindigende middelen aan in de algemene vergadering van 1981:

Wanneer een samenleving aan algehele destructie blootstaat – en zichzelf blootstelt! – welke ook de motieven zijn, gaat het niet aan na te laten er voor te zorgen, dat de individuele leden van die samenleving, die dat wensen, in de gelegenheid worden gesteld een zachte dood te kiezen boven een uitzichtloos wegcreperen.²⁶⁹

Al een jaar eerder had Wertheim op dramatische en typisch Nederlandse wijze de aandacht gevestigd op het menselijk lijden dat het gevolg zou zijn van een nucleaire ramp:

We zien aankomen dat er lichamelijk zal worden geleden in een mate die nog niet heeft plaatsgehad in de geschiedenis van de mensheid en die volslagen absurd is. We zouden daar, gedreven door een gevoel van verantwoordelijkheid voor onze medemensen, iets aan gedaan willen zien [...]. We zouden ook graag zien dat over deze dingen openlijk gesproken kan worden [...] want [...] er zijn stellig heel veel mensen die bitter lijden onder angst voor wat nog niet is, maar stellig zal komen.²⁷⁰

De theoloog Den Toom was niet tegen het voorgestelde plan, maar vond wel dat het beter was om actief te werken aan voorkoming van een dergelijke ramp dan aan het in gelatenheid voorbereidingen te treffen. De Gezondheidsraadscommissie, beïnvloed door een discussienota van de British Royal College of Physicians, vond het de moeite waard om dit idee aan een nadere beschouwing te onderwerpen. In 1982 werd de Werkgroep Uiterst Medisch Handelen opgericht, die in 1984 met het advies kwam dat Nederlanders tegen ondraaglijk lijden na een kernramp moesten worden beschermd door de oprichting van depots met euthanatica.²⁷¹

Maar dit denkbeeld kreeg weinig publieke steun. Hoewel de meerderheid van de Nederlanders in 1984 euthanasie bij terminale patiënten ondersteunde, kon slechts 18 procent van de Nederlanders zich vinden in het idee om mogelijkheden te scheppen voor massale zelfdoding na een nucleaire ramp. De vereniging waar de werkgroep aan was ontsproten, de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie, had aan het project nooit officieel haar steun verleend. Ook de NVVE kon, ondanks de geestdrift van Ekelmans en Wertheim, niet erg enthousiast worden over de voorgestelde depots. Leo Fretz, die het voorzitterschap van de NVVE in het midden van de jaren tachtig van Dupuis overnam, noemde zelfs het praten over het idee ‘krankjorem’.²⁷² Tegen het einde van de jaren tachtig – tevens het einde van de Koude Oorlog – stierf het voorstel een zachte dood.

Wat is er geworden van deze voorstellen tot het verlenen van euthanasie aan mensen die niet verkeerden in de laatste fase van een terminale ziekte? Sommige voorstellen werden direct aangenomen, andere pas in de loop van enkele decennia, weer andere afgewezen. Hoewel er een grote mate van overeenstemming bestond onder het Nederlandse publiek over de wenselijkheid van euthanasie voor terminale patiënten, bleken het merendeel niet direct ingenomen met deze ‘oplossing’

bij andere vormen van lijden. Het hoorde waarschijnlijk ook tot de strategie van de invloedrijkste voorstanders van euthanasie (in de *nvve* en de politiek) om geen schade toe te brengen aan de gemeenschappelijke consensus door te veel energie te besteden aan controversiële voorstellen tot uitbreiding van euthanasie.²⁷³ Maar tegelijkertijd was er altijd sprake van een zekere onwil bij de euthanasiebeweging om euthanasie te beperken tot alleen de terminale patiënten. In principe moest het altijd mogelijk zijn om andere groepen mensen toe te voegen aan de kring van lijdenden die voor euthanasie of hulp bij zelfdoding in aanmerking konden komen. Iemand bewust buitensluiten die toch uitzichtloos en ondraaglijk leed, paste niet binnen de medemenselijkheidsethiek. Van Dantzig merkte op dat het Nederlandse euthanasiebeleid werd gekenmerkt door een ontvankelijkheid voor 'uitvallers', voor mensen die ondanks alle medische hulp toch ondraaglijk moeten lijden. Hun 'princiële afwijzing van onnodig ondraaglijk lijden' liet de grenzen noodzakelijkerwijs openstaan voor allerlei mensen die volgens de gangbare opvattingen niet in aanmerking kwamen voor levensbeëindiging.²⁷⁴ Dat is een van de redenen waarom kwesties die niet werden opgelost in de jaren zeventig en tachtig (zoals hulp bij zelfdoding voor psychiatrische patiënten en bejaarden die 'klaar met leven' zijn), rond de eeuwwisseling opnieuw onderwerp van debat werden.

De huisarts nieuwe stijl

In de medemenselijkheidscultuur van de jaren zeventig vonden sommige Nederlanders het niet juist om alleen artsen te autoriseren tot toepassing van euthanasie en hulp bij zelfdoding. In een wereld die bevolkt werd door 'medemensen' leek dit een onnodige medicalisering van deze daad van naastenliefde. Bovendien werden daardoor ongewenste hiërarchische patronen instandgehouden. In een 'acute nood-situatie' moest het geoorloofd zijn dat leken euthanasie toe zouden passen, betoogde de *nvve* in een rapport uit 1978. Ook psychologen en maatschappelijk werkers zouden hiervoor in aanmerking moeten komen, vond Diekstra, want zelfdoding was een 'psychosociaal' gebeuren en niet slechts een 'medische aangelegenheid', en artsen kregen over het algemeen weinig training op dit gebied. Voorstanders zoals Leenen hadden er tijdens de jaren zeventig geen principieel bezwaar

tegen om niet-artsen de gelegenheid te geven euthanasie toe te passen, maar waren bereid om uit politieke overwegingen het uitvoeren van actieve levensbeëindiging te beperken tot de medische hulpverlening.²⁷⁵ Maar de bekendste voorvechtster van het idee om elk medemens de mogelijkheid te geven redding te bieden in deze nood was toch Sybrandy, die zelf geen arts was. Ze moest niets hebben van het elitisme van artsen, die naar haar inzien te traag waren in het bieden van hulp aan de schare lijdende mensen die wilde sterven. Hoewel ze wel van mening was dat artsen euthanasie het best konden toepassen, vond ze niet dat patiënten zich hoefden neer te leggen bij een negatief antwoord op hun euthanasieverzoek. Ze stapte in 1975 uit de – in haar ogen – bezadigde *nvve* en richtte het Informatiecentrum Vrijwillige Euthanasie op in het dorpje Vinkega om zich te kunnen richten op het geven van praktische informatie aan mensen die wilden sterven maar geen hulp kregen van hun artsen. Het gebeurde regelmatig dat ze mensen voorzag van Vesparax en andere slaapmiddelen die alleen op recept verkregen konden worden (en die naar verluidt soms door haar compagnon Rob Bakker in andere landen werden ingekocht), zodat zij zelf een einde aan hun leven konden maken. Volgens een nieuwsblad zochten in de loop van de jaren zeventig ongeveer vijftigduizend mensen haar hulp, maar dit betekende volgens een verontwaardigde Sybrandy natuurlijk niet dat zij – in haar eigen woorden – de 'nationale gifmengster' was geworden.²⁷⁶

Toch was dit niet de weg die bewandeld zou worden. Tegen het midden van de jaren zeventig was er algemeen overeenstemming over het feit dat de uitvoering van euthanasie alleen in handen kon worden gelegd van artsen. Zonder artsen zou de kans groter zijn dat helpers het zouden verknoeien door bijvoorbeeld een verkeerde diagnose te stellen of zelfs een lijdende tegen zijn zin te euthanaseren. Zo had Wertheim – voordat ze lid werd van het *nvve*-bestuur – in haar functie van hulp-predikante mevrouw D.L. van der Griendt-Laarman geholpen om op paaszondag 1981 een eind te maken aan haar leven door Vesparax-tabletten en vermout te mengen in haar chocoladevla. Van der Griendt was weduwe, depressief en naar verluidt verslaafd aan alcohol; ze zei bovendien kanker te hebben en ongeneeslijk ziek te zijn, maar een autopsie kon dit niet bevestigen. Hoewel het wel of niet lijden aan kanker niet van doorslaggevende betekenis was voor Wertheim – er was immers sprake van een doodswens? – werden vele Nederlanders er door deze gebeurtenis van overtuigd dat levensbeëindiging niet door

één enkele persoon, noch door niet-artsen gedaan kon worden. Gewone Nederlanders of verplegers die voor de rechtbank werden gedaagd na het plegen van euthanasie of hulp bij zelfdoding, zijn tot nu toe ook altijd veroordeeld, zoals in 1978 (Utrecht) en 1980 (Spijkenisse), waar familieleden van de gestorvene tot korte gevangenisstraffen werden veroordeeld voor het toepassen van euthanasie. Wertheim werd ook veroordeeld, hoewel haar voorwaardelijke gevangenisstraf door haar zwakke gezondheid en hoge leeftijd werd bekort.²⁷⁷ In het midden van de jaren tachtig werd ook een onderzoek ingesteld naar Sybrandy's activiteiten, maar vanwege gebrek aan bewijs werd ze nooit voor de rechter gedaagd. Wat Nederlanders ook mochten zeggen of beweren, de rechtbanken zijn altijd resoluut geweest: alleen artsen (en psychiaters) mogen actief levens beëindigen.

Aan de ene kant lijkt het toekennen van een recht op de uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding aan uitsluitend artsen een overwinning van de professionele zorg op de medemenselijkheidsideologie van de jaren zeventig. Ook kan het worden gezien als het definiëren van euthanasie als een medisch in plaats van een sociaal probleem. Juristen, politici en artsen schenen levensbeëindiging liever te willen beperken tot een deel van het behandelingspakket voor terminale ziekten, dan het uit te breiden tot een sociaal program ter reductie van menselijk lijden in de maatschappij of ter bevordering van de menselijke autonomie. Euthanasie werd, volgens de medisch-socioloog Rob Houtepen, een soort medisch-juridische aangelegenheid – gepleegd op verzoek van de patiënt, goedgekeurd door de arts en uitgevoerd volgens vastgelegde juridische criteria. Veel voorstanders van euthanasie hebben zich soms bitter beklaagd over de macht die artsen behielden en de onwilligheid van veel ziekenhuis- en verpleeghuisartsen om euthanasie in hun instellingen bespreekbaar te maken, laat staan uit te voeren.²⁷⁸ Er kan weinig twijfel over bestaan dat artsen en rechters de euthanasiepraktijk nader hebben willen definiëren en dat in dit proces ook meer beperkingen zijn opgelegd: niet iedereen mag levensbeëindiging toepassen en niet alle verzoeken hoeven te worden ingewilligd.

Euthanasie werd dus gemedicaliseerd om deze zware verantwoordelijkheid uit handen te nemen van mensen zoals Sybrandy. Maar hoewel de gewone burger eerst een professionele afstand moest overbruggen voordat een verzoek tot euthanasie ingewilligd kon worden, werd

tegelijktijd die afstand verkleind door veranderingen binnen die medische stand. Artsen werden meer en meer betrokken in de cultuur van medemenselijkheid.

De eerste verandering waarmee artsen te maken kregen, was de aanpassing aan de egalitaire idealen van de jaren zeventig. De medische stand was niet immuun voor de democratisering die het Westen meesleepte en vooral in Nederland leidde tot felle aanvallen op gezagsdragers. Psycholoog L. de Vries had in 1971 goede hoop dat ook huisartsen uiteindelijk zouden veranderen, want ze leefden toch in een land dat zich gelukkig kon prijzen met de voortvarendheid waarmee de egalitaire idealen werden overgenomen in de samenleving:

Het is vooral Nederland, denk ik, dat in dit moderne denken nogal voorop loopt. Een zeer saillant voorbeeld is wel de afschaffing van de groetplicht voor militairen buiten de kazernes, waarmee wordt erkend dat het spel soldaat en meerdere zijn grenzen [...] kent.²⁷⁹

Artsen werden ervan beschuldigd te elitair te handelen; ze zouden te weinig moeite doen om de afstand tot de patiënt te overbruggen. Jonge artsen waren vaak even kritisch als buitenstaanders, zoals blijkt uit het boek *Bolwerk van de beterwetters* (1969) van R.H. van den Hoofdakker. Tijdens de jaren zeventig werd veel druk op artsen uitgeoefend om afstand te doen van de aanduiding 'notabele', de witte jas in de kast te hangen en – zoals Terlouw adviseerde in 1978 – zich niet te laten aanspreken met 'dokter', maar 'gewoon meneer Jansen'. De verticale relatie tussen arts en patiënt verminderde de menselijkheid van beiden, bevestigde De Vries. Alleen door het aangaan van horizontale relaties zou de arts in staat zijn om de patiënt te kunnen zien als 'medemens'.²⁸⁰

De nieuwe idealen werden niet onmiddellijk door de medische stand overgenomen. Veel artsen voelden weinig voor 'democratisering' en 'medemenselijkheid'. Socioloog Henri Hilhorst zei zelfs nog in 1983 tijdens een conferentie van de NVVE: 'Er is geen sprake van een gelijkwaardige positie van patiënt en hulpverleners.' Maar toch won 'humanistic medicine' (zoals het in Engeland en Amerika bekend werd) veel terrein in Nederland. In de jaren zeventig waren Nederlandse artsen schijnbaar minder 'autoritair' dan hun Duitse collega's, en minder 'paternalistisch' dan de Vlaamse artsen.²⁸¹ In 1974 beschreef professor C.L.C. van Nieuwenhuizen de invloed als volgt:

Binnen dit alles verandert de elitaire positie van de arts als een Cesar van de gezondheidszorg (ze zijn er nog!) langzamerhand ten aanzien van zijn patiënt in een vader-zoonsituatie, maar ook deze verhouding ondergaat erosie. Met de toenemende intellectuele bagage van de patiënt wordt het tot een verhouding van gelijkwaardigen, waarin praktisch alle beslissingen moeten worden bediscussieerd.

Van Nieuwenhuizen merkte een aantal organisatorische hindernissen op die nog genomen moesten worden voordat een werkelijk egalitaire verhouding tot stand kon komen, maar hij was ervan overtuigd dat artsen daar wel tegen opgewassen waren, omdat de medische stand 'hier zeker niet zoals in sommige andere landen reactionair conservatief is'.²⁸²

Veel Nederlandse artsen konden zich dus wel verenigen met deze nieuwe idealen van medemenselijkheid en solidariteit, en werden bewust progressief. Het artsenblad *Medisch Contact* – om niet te spreken van andere bladen – stond vol met artikelen waarin deze nieuwe moraal naar voren kwam. Tegen het einde van de jaren zeventig leken meer en meer artsen bereid tot het op gelijkwaardig niveau bespreken van behandelingsopties met hun patiënten. De democratisering van de geneeskunde werd in het midden van de jaren zeventig vooruitgeholpen door overheidsbeleid dat zich richtte op versterking en uitbreiding van de 'eerste lijn' van de medische zorg: de huisartsen. Sinds de jaren vijftig werden Nederlandse artsen opgeroepen om de mens in zijn geheel te behandelen. De 'Woudschoten'-verklaring van 1958 stelde huisartsen verantwoordelijk voor het verschaffen van integrale, persoonlijke gezondheidszorg. Laagtechnisch en laagdrempelig schenen ze buiten bereik van de sinistere krachten van de 'medische macht'.²⁸³ Al in 1976 stond er in de *Discussienota Commissie Eerste Echelon*:

Voor veel patiënten fungeert vandaag alleen nog de huisarts met zekerheid als vertrouwenspersoon. De huidige open maatschappijstructuur staat de mens geen geheimen meer toe. Voor velen is de kerk als hoedster van de intiemste gedachten en als helpster in nood weggefallen. In feite voelen velen zich alleen bij hun huisarts nog geborgen.²⁸⁴

De huisartsen zouden uiteindelijk het vaakst worden belast met de uitvoering van euthanasie en zij zouden zich hiertoe ook het meest bereid

verklaren. Deze taak werd hun niet toebedeeld omdat ze op het gebied van ziekte, lijden en sterven het best waren getraind; in dat opzicht hadden andere Nederlandse artsen en ook hun Amerikaanse collega's ('family practitioners') meer scholing genoten. Bovendien waren ze niet altijd even behendig met het beëindigen van leven; pas na ontvangst van het praktische handboekje *Verantwoorde euthanasie*, dat door Admiraal aan alle Nederlandse huisartsen was opgestuurd, verbeterden hun vaardigheden.²⁸⁵ Huisartsen ontvingen de meeste verzoeken voor euthanasie omdat zij nauwe relaties onderhielden met hun patiënten. Geen andere medische zorgverlener kende diezelfde combinatie van professionele deskundigheid en intieme zorg – wat toch een noodzakelijke voorwaarde voor toepassing van euthanasie was. Aan de ene kant had deze vertrouwensband een beroepsmatig karakter. De arts was medisch deskundig en kon – althans in theorie – inzicht geven in de ziekte en de prognose zonder zó betrokken te zijn bij de patiënt dat het objectieve oordeel verloren ging.²⁸⁶ Bovendien was de kennis van het lijden van de patiënt vanwege het beroepsgeheim bij hem of haar veilig. Aan de andere kant kende de arts de huiselijke omstandigheden en soms ook de sociale kring van de lijdende, en kon hij familie en bekenden op verzoek van de patiënt betrekken in deze moeilijke beslissing (alhoewel sommige artsen vanwege het beroepsgeheim geen derden erbij wilden betrekken). Zo kon huisarts Mariëlle Atjak het wel waarderen 'als anderen mee willen praten, denken en voelen in zo'n moeilijk proces. Een buur, een partner, een vriend, een vriendin – een leek'.²⁸⁷ In dit culturele milieu was de huisarts een primus inter pares, een vertrouwensman in een sociaal gebeuren in plaats van de dokter in de witte jas.

Het ideaal van een egalitaire arts-patiëntrelatie is van essentieel belang om te begrijpen hoe euthanasie in de praktijk geaccepteerd kon worden door artsen en in de Nederlandse samenleving. De macht die met deze handeling aan artsen wordt gegeven is daardoor minder bedreigend, want van huisartsen denkt men niet dat zij meer overwicht zouden hebben in beslissingen dan hun patiënten (en de familie en vrienden).²⁸⁸ Euthanasie toegepast door huisartsen in consultatie met de patiënt (en anderen) werd daarom minder gezien als uitoefening van medische macht en meer als een daad van naastenliefde en betrokkenheid.

De tweede verandering waarmee huisartsen te maken kregen, was de uitbreiding van de zorg voor de mentale en sociale gezondheid van

patiënten. Jonge artsen werden soms zo meegesleept door hun taak om de leefomgeving van hun patiënten te verbeteren, zei Spreeuwenberg, dat zij meer tijd besteedden aan praatgroepen, handtekeningacties en buurtactiviteiten dan aan de dagelijkse zorg voor hun patiënten. Deels werd deze ontwikkeling veroorzaakt door de sterke toename van patiënten die de huisarts niet bezochten vanwege lichamelijke gebreken, maar met klachten kwamen die een sociale of psychische component hadden.²⁸⁹ Bovendien werden huisartsen ook expliciet belast met deze verantwoordelijkheid. De *Structuurnota Gezondheidszorg* van 1974 droeg huisartsen op zorg te dragen voor het sociale en psychische welzijn van hun patiënten. Ze waren niet alleen verantwoordelijk voor het doorverwijzen van patiënten naar specialisten (hun 'verticale' taak), maar ook:

Horizontaal zal hij interdisciplinair werkzaam moeten zijn, bij voorkeur in samenwerkingsverband met de wijkverpleegkundigen, met de deskundigen van de geestelijke gezondheidszorg en met andere werkers in de welzijnszorg.²⁹⁰

Door de medemenselijkheidsideologie van de jaren zestig werden artsen opnieuw gemaand om de mens te zien als een geheel. Dr. W. Metz schreef in 1974 dat de 'huisarts nieuwe stijl' de taal van 'de (totale) mens, zijn ziek-zijn, zijn komen en heengaan uit het leven, [moest] uitspreken en verstaan'. Regelmatig werden huisartsen ertoe opgeroepen om niet te gefixeerd te zijn op klachten van 'somatische' aard, maar acht te slaan op de totale mens. Vooral psychiaters drongen er bij huisartsen op aan oog te hebben voor klachten van psychische aard. De aandacht voor 'de totale mens' maakte Nederlandse huisartsen, volgens een commentator in de jaren zeventig, bereidwilliger om kennis te nemen van alternatieve geneeswijzen (zoals homeopathie) dan hun Britse collega's.²⁹¹

Door hun bekendheid met de patiënt en de taak om zorg te dragen voor de totale mens werden huisartsen in feite welzijnswerkers bij uitstek. Niet alle huisartsen waren daar even gelukkig mee. Sommige huisartsen konden moeilijk aangeven waar de zorg voor hun patiënten eindigde, en voelden zich overbelast.²⁹² Maar deze nieuwe taakomschrijving had ook gevolgen voor het euthanasiebeleid. Want nu kon aan artsen worden gevraagd om lijden niet alleen op de lichamelijke as-

pecten te beoordelen, maar ook de psychische en sociale aspecten te betrekken in hun evaluatie. De KNMG-nota uit 1984, waarin de richtlijnen voor toepassing van euthanasie werden geformuleerd, beperkte gerechtvaardigde euthanasie tot gevallen van 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden'. De KNMG gaf te kennen dat 'ondraaglijk' lijden een subjectieve definitie was, terwijl 'uitzichtloos' lijden objectiever kon worden vastgesteld. Maar door lijden op deze brede manier te definiëren heeft ze de mogelijkheid opengelaten dat ook niet-terminale patiënten voor euthanasie in aanmerking komen.²⁹³ Sinds die tijd hebben sommige artsen deze definitie gebruikt om ook euthanasie toe te passen op enkele psychiatrische, demente of eenvoudigweg oude patiënten en is de toelaatbaarheid van deze daden breder geworden, hoewel ze nog steeds omstreden zijn.

Nederland wordt wel bekritiseerd vanwege de macht die aan artsen wordt gegeven om door middel van soms moeilijk te objectiveren psychische klachten uitspraken te doen over de geschiktheid voor de wao of voor toepassing van euthanasie. Maar de rol van artsen kan ook anders worden benaderd. Het lijkt erop dat huisartsen in hun taakomschrijving de belichaming zijn van idealen uit het einde van de jaren zestig: medemenselijkheid, solidariteit, verbondenheid, betrokkenheid, barmhartigheid en naastenliefde. Het enthousiasme waarmee Nederlanders deze idealen begroetten, legde uiteindelijk de morele basis voor het euthanasiebeleid. Deze gedachte wordt bevestigd door te luisteren naar de omschrijving van modeleuthanasisten zoals Admiraal en Kenter die geven: deskundig en hardwerkend, gevoelig voor de noden en wensen van hun patiënten en bewogen door 'medemenselijkheid'. Leenen, die zich beijverde voor een wettelijke regeling van euthanasie, benadrukte dit in het midden van de jaren tachtig ook. 'De juridische benaderingswijze kan nooit de menselijke relatie vervangen' bij euthanasie. Zelfs in deze tijd wordt de ondertussen wat gedateerde term 'medemenselijkheid' vaak gebezigd door artsen als verklaring voor de beslissing tot euthanasie. Er is wel eens beweerd dat artsen de enige stand zijn die de jaren zestig heeft overleefd. Maar je zou misschien ook kunnen zeggen dat ze de enige groepering zijn die de idealen van de jaren zestig nog belichaamt. De goede verhouding tussen de huisarts en zijn patiënt speelde, volgens Dupuis in 1985, een belangrijke rol in de acceptatie van euthanasie in Nederland.²⁹⁴

Het is opvallend dat Nederlanders nog steeds het woord 'euthanasie' gebruiken. Amerikaanse voorstanders van euthanasie hebben afstand gedaan van dit woord, niet alleen vanwege de (problematische) associatie met nationaal-socialisme, maar omdat ze met bijvoorbeeld de uitdrukking 'the right to die' liever de aandacht vestigen op de patiënt dan op de handeling van de arts. Anderen hebben reeds gewezen op het feit dat Nederlandse rechters (en de Staatscommissie van 1985) zich in hun vonnissen hebben gericht op het doen en laten van artsen, niet op de rechten van patiënten.²⁹⁵ Dit is niet alleen een teken van een zeker elitisme (van de deskundige wordt juist gedrag verwacht), maar ook een morele oproep aan de gemeenschap van artsen en omstanders om het lijdende individu bij te staan. Het openhartige boek van Sybrandy uit 1984, waarin ze verhaalt hoe ze lijdenden heeft geholpen te sterven, is veelzeggend getiteld *Zorg jij dat ik niet meer wakker word?* Sybrandy was zeer teleurgesteld over het feit dat leken zoals zijzelf werden uitgesloten van het toepassen van euthanasie. Maar haar ideaal van 'medemenselijkheid', dat ook in de titel naar voren komt, werd door velen gedeeld. Het stond centraal in de euthanasiediscussie van de jaren zeventig en vormt nog steeds de basis voor het euthanasiebeleid. De titel is een vraag, geen eis. Het veronderstelt een informele, egalitaire en tamelijk nauwe relatie tussen mensen die elkaar kennen en hun noden bespreekbaar hebben gemaakt. Het is vooral ook een oproep aan de humaniteit van de helper die weet dat hij morele verplichtingen heeft ten opzichte van de lijdende.

De vraag veronderstelt een hoge mate van gemeenschap, een hoge mate van medeleven. In welk opzicht deze gemeenschap ooit op micro- of macroniveau in Nederland is gerealiseerd, is moeilijk vast te stellen, maar in de 21ste eeuw is er meer scepsis ten aanzien van de verwezenlijking van dit ideaal dan in de jaren zeventig. Nu dat huisartsen minder tijd met hun patiënten kunnen doorbrengen dan in het verleden en patiënten zelf ook minder geïnteresseerd blijken te zijn in de ontwikkeling van de arts-patiëntrelatie, schijnen de grenzeloze verplichtingen van 'medemenselijkheid' mensen minder aan te spreken. En in dit opzicht is de recente euthanasiewet meer thuis in de wereld waarin ze was verwekt dan in de wereld waarin ze werd geboren.

4 Zelfbeschikking

De eerste politieke partij die een degelijk rapport over euthanasie zou publiceren, was de Volkspartij voor Vrijheid en Democratie (vvd). Dit rapport kwam uit in 1981 en noemde als een van de uitgangspunten van ethisch aanvaardbare euthanasie 'het zelfbeschikkingsrecht van de mens over zijn eigen leven en dood'. Maar dit zelfbeschikkingsrecht was niet absoluut:

In de eerste plaats heeft de mens feitelijk niet de vrije keuze over zijn leven en dood. Ziekte of ongeval zullen voor een belangrijk deel het tijdstip bepalen waarop hij zijn leven zal eindigen. Bovendien leeft de mens in een gemeenschap en draagt hij verantwoordelijkheid jegens de andere leden van die gemeenschap. Hij zal zijn rechten alleen kunnen uitoefenen in het licht van die verantwoordelijkheid. Ten aanzien van de euthanasie houden bovengenoemde uitgangspunten in, dat de samenleving een ernstig en uitdrukkelijk verlangen van een mens om zijn leven te beëindigen in beginsel moet respecteren. Hij die om euthanasie vraagt zal zijnerzijds zijn verantwoordelijkheid jegens zijn omgeving moeten beseffen. Aangezien hij voor de beëindiging van zijn leven de hulp van een ander of anderen inroept, betreft hij deze medemensen bij zijn levens-einde en maakt hij hen mede verantwoordelijk. Ook hun belangen en gevoelens moeten dus worden geaccepteerd.²⁹⁶

Zelfbeschikking stond centraal in het rapport: de samenleving behoorde de wens van personen die wilden sterven te respecteren. Maar de stervende die om euthanasie verzocht moest ook rekening houden met de samenleving. Zo herinnerde de vvd ernstig zieke patiënten eraan dat rechten en plichten samengaan. Van deze personen – die misschien ondraaglijk lijden te verduren hadden – werd verwacht dat zij zich verantwoordelijk wisten voor andere mensen. Wat betekent 'zelfbeschikking' in het Nederlandse euthanasiedebat? Is het een opzichzelfstaand onvervreembaar recht zoals in de Verenigde Staten? Of kan

het niet los worden gezien van de plicht om rekening te houden met anderen?

In de jaren zeventig werden in bijna alle westerse landen aan patiënten steeds meer rechten toegekend, waaronder het recht om uitleg over een behandeling en het recht om behandeling te weigeren. In de Verenigde Staten werd het recht op het weigeren van behandeling de spil waarom de 'right to die'-beweging draaide. Wilsbekwame patiënten zouden dat recht moeten hebben, maar wat te doen met wilsonbekwame patiënten? De twee rechtszaken rond het toepassen van 'passieve' of 'actieve' euthanasie in de Verenigde Staten die het meest de aandacht trokken, gingen over het lot van twee vrouwen die al jaren in coma lagen en bij wie verbetering vrijwel was uitgesloten: Karen Ann Quinlan en Nancy Cruzan.²⁹⁷

Ook in Nederland ontstond een debat over het wel of niet 'euthanaseren' van twee vrouwelijke comapatiënten. Aan het eind van de jaren zestig was er belangstelling voor Mia Versluis, die in 1966 een voetoperatie onderging om overtollig bot te verwijderen zodat zij bij haar aanstaande huwelijk hoge hakken zou kunnen dragen. Zij zou nooit meer bijkomen uit de narcose en stierf vijf jaar later. Een decennium later ging de aandacht uit naar Ineke Stinissen, die door ademnood tijdens de narcose niet meer ontwaakte na een keizersnede in 1974. Het verpleeghuis waar Ineke lag weigerde in te gaan op het verzoek van haar man om haar te laten sterven. Hij verloor de rechtszaak die hij aan het eind van de jaren tachtig aanspande tegen het verpleeghuis. Pas na een rechterlijke uitspraak in 1989 dat kunstmatige toediening van voeding gerekend kon worden tot 'medisch handelen', zette een arts de voeding stop, waarna ze in januari 1990 overleed.²⁹⁸

Hoewel er een onmiskenbaar verschil bestaat tussen wilsbekwame en wilsonbekwame patiënten, leken Nederlanders zich daar aan het begin van het euthanasiedebat niet bijzonder druk om te maken. Volgens de medische wetenschapper Paul van der Maas braken Nederlanders zich het hoofd niet over de zaak-Stinissen, omdat men vond dat zij gewoon de mogelijkheid moest krijgen om te sterven. En enquêtes uit 1976 en 1985 laten zien dat Nederlanders opvallend openstonden voor het idee om euthanasie toe te passen bij comateuze patiënten en demente bejaarden, zelfs als daartoe geen verzoek was ingediend.³⁰⁰ De Staatscommissie Euthanasie, de NVVE en de KNMG hadden rond 1985 ook weinig bezwaar tegen het onder stringente voorwaarden opnemen

van wilsonbekwamen in de euthanasiewetgeving. Maar verzet tegen euthanasie bij wilsonbekwamen groeide snel, ook onder voorstanders van actieve levensbeëindiging. Van Till van de VVE vond het discriminerend om 'euthanasie' (ruim gedefinieerd) toe te passen op comapatiënten en verschillende politici lieten weten wilsonbekwame mensen niet te willen opnemen in euthanasiewetgeving. Sommige voorstanders van euthanasie hamerden erop dat het onvrijwillig toepassen van euthanasie strafbaar en strafwaardig bleef.³⁰¹ Al snel veranderden de NVVE en andere organisaties hun standpunten – meer uit tactische dan uit principiële overwegingen – en stelden vast dat euthanasie uitsluitend vrijwillig mocht zijn, toegepast op wilsbekwame patiënten. Dit idee werd algemeen overgenomen in het euthanasiedebat en over het lot van wilsonbekwamen werd nauwelijks meer gesproken. Pas toen de KNMG aan het eind van de jaren tachtig meer helderheid wilde over de taak van de arts die werd geconfronteerd met het lijden van wilsonbekwamen, werd een aantal studies over dit onderwerp gelanceerd – de zogenaamde CAL-rapporten.

Het belang van een vrijwillig verzoek tot euthanasie van een wilsbekwame patiënt werd ook niet altijd even duidelijk verwoord. Eind 1975 werd bijvoorbeeld in de Nederlandse kranten verslag gedaan van het terminale lijden van generaal Franco, wiens leven met behulp van moderne medische technologie door zijn artsen zo veel mogelijk werd verlengd. De NVVE voelde zich daarop gedrongen om de Spaanse ambassadeur per telegram te laten weten dat zij 'met afschuw en verbijstering' hadden vernomen hoe het Franco 'onmogelijk wordt gemaakt om zijn leven op een menswaardige manier te beëindigen'. Al snel zeiden sommige Nederlanders, onder wie voorstanders van euthanasie zoals Klazien Sybrandy, dat de NVVE geen recht had gehad om dit telegram te versturen, omdat zij niet wist wat Franco's eigen wensen waren. NVVE-bestuurslid B. Engers betuigde na deze kritiek publiekelijk spijt, maar dit nam het wantrouwen van een aantal tegenstanders niet weg. Zo schreef Van der Sluis in 1977 dat het de euthanasiebeweging soms niet leek te deren of de mensen die naar haar idee voor euthanasie in aanmerking kwamen daar zelf ook toe bereid waren. En hoewel Van Till het niet eens was met het oordeel van Van der Sluis, merkte ze toch op dat 'dikwijls in commissievergaderingen' mensen ongemerkt van vrijwillige vormen van euthanasie overgingen op onvrijwillige vormen.³⁰² Voorstanders van euthanasie, bewogen door 'barmhartigheid' en

'medemenselijkheid', lieten niet altijd evenveel ruimte voor autonomie en vrijwilligheid. Door de jaren heen bleef het gebrek aan respect voor menselijke autonomie een zorg; de Nederlandse euthanasiebeweging werd er regelmatig van beticht te weinig belang te hechten aan het zelfbeschikkingsrecht of goedwillend paternalisme te maskeren door gebruik van deze term.

Deze beschuldigingen zijn niet geheel zonder grond. De euthanasiebeweging leek inderdaad soms een duidelijk beeld te hebben over wat aanvaardbare kwaliteit van leven genoemd kon worden en wanneer leven 'onwaardig' was geworden, ongeacht de overtuiging van de stervende zelf (zoals Franco). Gedeelde opvattingen zoals deze zijn ook moeilijk te vermijden in een sociale beweging waarin 'de goede dood' wordt nagestreefd. Maar dit betekende niet dat de Nederlandse euthanasiebeweging menselijke autonomie en individuele keuzes niet hoog in het vaandel hield of dat zij schijnheilig omging met het zelfbeschikkingsrecht. Het was een kwestie van wennen; tegen het einde van de jaren zeventig benadrukten voorstanders steeds vaker zelfbeschikking als basis voor euthanasie of hulp bij zelfdoding. In 1982 definieerde de Gezondheidsraad euthanasie als 'actief' en 'vrijwillig', en dit werd algemeen overgenomen in de Nederlandse samenleving.³⁰³

Zelfbeschikkingsrecht is, als een van de rechten van de mens, erg belangrijk in de Angelsaksische wereld. Het individu moet de vrijheid worden gegeven om te doen wat het zelf wil. In Nederland wordt het individu minder gezien als een opzichzelfstaande entiteit met rechten, maar als een persoon die opgenomen is in een sociaal netwerk. Maar ondanks de ongebreidelde vrijheid en het ongebreidelde individualisme in Amerika is dit land nog niet tot de overtuiging gekomen dat zelfbeschikkingsrecht een recht op het verkrijgen van euthanasie (of hulp bij zelfdoding) inhoudt. Een van de redenen die tot dit verschil leiden, en die ik in dit hoofdstuk zal bespreken, is de Nederlandse bereidheid om het zelfbeschikkingsrecht te relativiseren. Deze term, die zo absoluut klinkt, was vaak niet zo absoluut bedoeld.

Nederlanders hebben de vrijheid om hun leven in te richten zoals ze zelf willen, mits ze rekening houden met hun omgeving. Deze verwachting klonk ook door in het vvd-rapport. De patiënt behoorde zijn keuze rond het levenseinde 'verantwoord' te maken, rekening houdend met zijn omgeving. Nederlanders hebben weinig op met 'individualisme'. Zelfs het recht op sterven mag geen daad zijn van pure indi-

viduele autonomie. De aanmaning om verantwoorde keuzes te maken rond de dood kwam in vele geschriften uit de jaren zeventig en tachtig naar voren. Mondigheid van de patiënt, zei W.B. van der Mijn in 1975, is 'niet mondig in de zin van alleen rechten te hebben, maar ook in de zin van plichten kennen'.³⁰⁴ Dat deze rechten en plichten enorm varieren van persoon tot persoon en van situatie tot situatie, hoeft geen verbazing te wekken. Het kon ook niet tot de taak van de autoriteiten worden gerekend om deze rechten en plichten nader te definiëren. Nederlanders behoorden ieder persoonlijk in staat te zijn hun keuzes te verantwoorden.

Het lijkt erop dat het Nederlandse euthanasiebeleid is opgebouwd rond een modelpersoon. Niet rond de Amerikaanse burger (wilsbe-kwaam of comateus) die zich tot de tanden toe had bewapend met rechten in de strijd tegen de arts, niet rond de Duitse jonge Werther, de melancholieke eenling die zijn einde vond in een eenzame *Freitod*,³⁰⁵ maar rond de sociaal geïntegreerde, verantwoordelijke persoon. Euthanasie en hulp bij zelfdoding vereisen vaak verbale en schriftelijke vaardigheden van de persoon die zijn stervenswens wil overbrengen aan de persoon die hem daarmee van dienst kan zijn. Actieve levensbeëindiging moet volgens de Nederlandse moraal in gemeenschap gebeuren. De verwachting is dan ook dat de persoon die een verzoek indient, iemand moet zijn die veel heeft nagedacht over hoe hij wil sterven en wanneer. Hij weet wat redelijk is voor zichzelf en zijn omgeving, wanneer de tijd om te sterven is gekomen en wanneer niet. Bovendien is hij een waardig gesprekspartner, iemand die zijn wensen bespreekbaar kan maken en in samenspraak met anderen bereid is om zo nodig zijn mening te veranderen. Cas Wouters heeft in zijn boek over de veranderende omgangsvormen rond de dood in Nederland gewezen op de opkomst van het 'omgangsideaal van sensitiviteit', waarbij zelfs aan het sterfbed sprake zou moeten zijn van 'een omgang tussen gelijkwaardige mensen en naar een wederzijds verwachte zelfregulering binnen gelijkere (machts)verhoudingen'.³⁰⁶ Stervenden zijn niet langer overgeleverd aan de zorgzame handen van paternalistische hulpverleners, maar zijn volwaardige gesprekspartners geworden van hen die om hen heen staan. De Nederlander is niet gemakkelijk los te maken uit zijn sociale omgeving. Dit kan worden verduidelijkt met een metafoor: het is alsof de Amerikaan alleen staat op de foto en de Nederlander wordt gefotografeerd in zijn omgeving – zijn huisje, boompje

en beestje staan er ook op. Het is daarom eerlijker om te zeggen dat het Nederlandse euthanasiebeleid dat zich in de jaren zeventig ontwikkelde, werd gefundeerd op de 'mondigheid' van de patiënt, niet op zijn absolute zelfbeschikking.

Hoewel in de jaren zeventig veel werd gesproken over de 'mondigheid' van de patiënt, leek dit steeds meer te worden vervangen door 'zelfbeschikking'. Eveneens veranderde de woordkeuze in de zinsnede 'euthanasie in het belang van de patiënt' naar 'euthanasie op verzoek van de patiënt'. Een discussienota van de PPR uit 1979 genereerde een intern debat over de vraag of er geschreven moest worden dat euthanasie in het belang was van 'de mens en diens naaste omgeving' of eenvoudigweg in het belang van 'de mens'. Ze besloten uiteindelijk tot het laatste.³⁰⁷ Na verloop van tijd werd de retoriek die gebezigd werd in de euthanasiediscussie meer individualistisch en minder collectief. Toch bleven veel voorstanders zelfbeschikking niet benaderen als de ongebonden wil van een autonoom mens, maar als een relationeel ideaal dat in gesprek met anderen kon worden geactualiseerd. Keer op keer werd het individu ertoe opgeroepen om uitdrukking te geven aan 'verantwoordelijkheid in zelfbeschikking'. Zo probeerden Nederlanders te komen tot een evenwichtig euthanasiebeleid, de gulden middenweg tussen grove sociale druk en asociaal individualisme. Het was niet gebaseerd op een libertijns idee van het individu – hoewel buitenstaanders soms die indruk kregen – maar op een beperkter, gemeenschappelijker 'ik'.³⁰⁸ Kortom, het Nederlandse euthanasiebeleid ging niet alleen uit van de barmhartigheid en medemenselijkheid van de arts, maar ook van het sterke verantwoordelijkheidsgevoel van de patiënt.

Baas over eigen dood

Aan het eind van de jaren zeventig werd de term 'zelfbeschikkingsrecht' geïntroduceerd in het Nederlandse euthanasiedebat. In de loop van de tijd raakte het gebruik ervan ingeburgerd, terwijl de term 'mondigheid' aan overtuigingskracht verloor. Dit werd in de eerste plaats veroorzaakt door een grotere nadruk op tolerantie. De Nederlandse samenleving had al eeuwenlang van de nood een deugd gemaakt in die zin dat men levend op een klein oppervlak tolerantie moest beoefenen ten aanzien van verschillende groeperingen en overtuigingen. Twee

jaar nadat de rechtbank Leeuwarden zijn vrouw schuldig had bevonden aan euthanasie, schreef Andries Postma, appellerend aan de Nederlandse geschiedenis:

Mijn vrouw en ik zijn kort geleden voor vrijwillige euthanasie in ons hemd gezet [...]. Laat ons dit hemd als ereteken dragen over rechte ruggen en laat ons niet bereid zijn zonder openlijk verzet toe te geven aan groeperingen die ons hun normen op willen dringen waar wij hun de hunne in vrijheid en verdraagzaamheid van harte gunnen. Vive les gueux [leve de geuzen].³⁰⁹

Volgens deze zienswijze hadden burgers de taak om afwijkende opvattingen een plaats te gunnen in de samenleving, en gezagsdragers wisten dat zij zich behoorden te onthouden van het opleggen van hun eigen normen en waarden op andere leden van de samenleving. In het vvd-rapport over euthanasie uit 1981 komen beide elementen ook naar voren. Belangrijk was:

[...] het wederzijds respect dat de mensen moeten hebben voor elkaars diepste overtuiging. De ene groep in de samenleving mag niet zonder zeer goede reden bepaalde normen opleggen aan een andere groep. Dit betekent dat de wetgever zich terughoudend moet opstellen bij het uitspreken van ethische oordelen.³¹⁰

Eén zienswijze binnen het euthanasierapport van de Gezondheidsraad uit 1982 was dat de veelheid van meningen in de samenleving het niet meer mogelijk maakte dat religieuze of ideologische zienswijzen opgelegd konden worden aan het publiek. Het was de taak van de staat om zodanige omstandigheden te creëren dat elk individu persoonlijk welzijn kon bereiken in een door hem gekozen leven (en dood). In 1980 be-toogde Heleen Dupuis dat 'een pleidooi voor het aanvaarden van (vrijwillige) euthanasie [...] een pleidooi [is] voor tolerantie', waarmee ze de christen-democraten op de hak nam voor het gebrek aan tolerantie in hun weigering anderen te laten sterven zoals zij willen.³¹¹

Niet alleen politici, maar ook kerkleiders en artsen moesten zich bewust onthouden van het opdringen van hun eigen gezichtspunten aan anderen. Aan individuen moest ruimte worden gelaten om hun eigen leefwereld vorm te geven. In de 'zorgzame samenleving', waarover zo

veel werd gesproken in de jaren zeventig, konden mensen door specifieke zorgverlening wortelen in hun eigen leefwereld en verantwoordelijkheid nemen voor zichzelf en hun omgeving. Voor bejaarden werd deze zorg bijvoorbeeld vormgegeven in speciale woonvoorzieningen, die hun de mogelijkheid gaven om zelfstandig te blijven wonen met professionele hulp binnen handbereik.³¹² Het was belangrijk voor Nederlanders om in vrijheid hun eigen leven vorm te geven door middel van kleine gemeenschappen. Begin 1986, bij de verdediging van haar wetsvoorstel tot regeling van euthanasie, wees Elida Wessel-Tuinstra op deze ontwikkeling:

Meer kleinschaligheid, meer buurtgemeenschappen, centrale woningprojecten waardoor bejaarden zelfstandig kunnen blijven, terugdringen van instituties. Het zijn nog maar de eerste stappen in de richting van een meer humane maatschappij.³¹³

Mensen kregen niet alleen de mogelijkheid om hun eigen leven vorm te geven. Ze moesten ook de kans krijgen om hun eigen dood vorm te geven. Zo kon het zijn dat familieleden en vrienden die onverwacht waren geconfronteerd met de zelfdoding van een geliefde, toch besloten om onder aan de rouwadvertentie te zetten: 'We respecteren je besluit'. Ook het sterven behoorde tot de persoonlijk vormgegeven levenswereld. Artsen werden opgeroepen om patiënten ruimte te geven om hun eigen levensvisie naar voren te brengen.³¹⁴

De tweede reden waarom 'zelfbeschikking' een belangrijker factor werd in de euthanasiediscussie, is de opkomst van het 'gezondheidsrecht', dat eerst werd genoemd (in verband met euthanasie althans) door de jurist J.F. Rang en vervolgens onvermoeibaar door dé voorvechter van euthanasie, H.J.J. Leenen, aan het publiek werd voorgehouden. Gezondheidsrecht, zei Rang in 1975, was een recht binnen het recht, en was meer dan strafrecht gericht op de belangen van de patiënt. Rang vond 'dit verschil in uitgangspunt [...] essentieel: de samenleving als zodanig (onpersoonlijk en abstract) in het strafrecht, de patiënt (persoonlijk en concreet) in het gezondheidsrecht'.³¹⁵ Leenen ontwikkelde de notie van zelfbeschikkingsrecht binnen de gezondheidszorg. Volgens Leenen hield dit recht op zelfbeschikking binnen de persoonlijke leefwereld niet alleen in de vrijheid om voor abortus te kiezen (zoals was geaccepteerd in andere landen), maar ook de mogelijkheid tot

het verkrijgen van euthanasie of hulp bij zelfdoding. De maatschappij, zei hij in 1978, had het recht niet om haar eigen zienswijzen op te leggen aan het individu, ook niet als het ging om zelfdoding:

Zelfmoord bijvoorbeeld kan, ondanks negatieve oordelen in de samenleving, voor een bepaald individu een positieve betekenis hebben. Een erkenning in een samenleving van een zelfbeschikkingsrecht dat alleen mag zijn gericht op de in die samenleving geldende waarden is slechts een half beschikkingsrecht. Zelfbeschikking van de mens houdt in principe ook in dat de mens over zichzelf kan beschikken op een wijze die in de samenleving als negatief wordt bestempeld.³¹⁶

Leenen stond erop dat het individuele zelfbeschikkingsrecht een 'basisrecht' of een 'grondrecht' was en alleen geweigerd kon worden op dringende gronden.³¹⁷ Het recht op euthanasie of hulp bij zelfdoding was volgens hem deel van dit zelfbeschikkingsrecht. Hij wilde dat patiënten hun stem zouden durven verheffen tegen artsen die hun het recht op sterven niet wilden verlenen, en dat zij zouden staan op een contractuele arts-patiëntrelatie. Bovendien wilde hij verzekerd zijn van het feit dat patiënten de durf hadden om hun echte wensen duidelijk te maken. En deze moed kon alleen worden verkregen door de algemene aanvaarding van euthanasie:

Erkenning van vrijwillige euthanasie zou een aantal patiënten verlossen van schuldgevoelens, omdat zij door de maatschappelijke druk niet durven vragen wat zij willen. Er wordt onnodig leed aan bepaalde mensen toegebracht door hen te belemmeren in hun vrije wilsbeschikking.

Leenen geloofde dat euthanasie draaide om de wil van de patiënt; euthanasie zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt kon geen euthanasie genoemd worden. Mensen konden niet voor anderen beslissen; alleen de patiënt had het recht om het moment van zijn sterven te kiezen.³¹⁸

De principiële argumenten van Leenen beïnvloedden het euthanasiedebat sterk aan het einde van de jaren zeventig; zelfbeschikkingsrecht werd een nieuwe rechtvaardiging voor euthanasie, en de definitie van euthanasie werd daardoor beperkt. Hij was niet de eerste die de aandacht vestigde op het recht van de patiënt in plaats van op de weldadig-

heid van de arts (dat had Van Till ook gedaan) en hij was ook niet de bedenker van de term 'zelfbeschikkingsrecht'. Maar dankzij Leenen werd het zelfbeschikkingsrecht een centraal concept in de euthanasiediscussie. Deze aandacht voor de rechten van de patiënt was deels veroorzaakt door een veramerikanisering van de Nederlandse samenleving. Zo sprak men aan het einde van de jaren zeventig over de noodzaak van 'informed consent' en baseerden Nederlandse ziekenhuizen hun protocol meer op de rechten van de patiënt.³¹⁹

Aan het einde van de jaren zeventig was het merendeel van de politici ervan overtuigd dat euthanasie een persoonlijke keuze was die gerespecteerd moest worden, zo bleek uit onderzoek van de socioloog Hilhorst. Deze keuze werd gemaakt in een intieme arts-patiëntrelatie en veel politici waren ervan overtuigd dat wetgeving geen zin had omdat het geen openbare aangelegenheid was die aan regels onderworpen kon worden. De steun voor euthanasie van parlementariërs van de PvdA en de PSP draaide om het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Ook voor de parlementariërs van D66, DS'70 en de PPR was zelfbeschikking een belangrijk argument. D66 zou uiteindelijk de 'euthanasiepartij' van Nederland worden, dankzij het belang dat deze partij hechtte aan de rechten van de patiënt en effectief bestuur van de maatschappij. Zo werden progressieve liberalen – en niet de sociaal-democraten – dé voortrekkers in de vormgeving van het Nederlandse euthanasiebeleid. Door de liberale nadruk op 'privacy' en 'zelfstandigheid' van de burger werd euthanasie geassocieerd met grotere vrijheid voor het individu – en met zelfbeschikking.³²⁰

Het recht op zelfbeschikking werd eind 1981 door de rechtbank Rotterdam tijdens de rechtszaak-Wertheim genoemd als basis voor legitieme hulp bij zelfdoding. 'Het recht om over eigen leven te beschikken wordt meer en meer aanvaard,' zei *de Volkskrant* na deze rechtszaak in een redactioneel artikel getiteld 'Doorbraak'. En inderdaad was het ook het 'zelfbeschikkingsrecht' van de 95-jarige vrouw waardoor de rechtbank Alkmaar besloot de huisarts P.L. Schoonheim in 1983 vrij te spreken, nadat hij op haar herhaald verzoek euthanasie had toegepast. De rechter voegde hieraan toe 'dat in steeds bredere kring wordt aanvaard het zelfbeschikkingsrecht inzake de beëindiging van het eigen leven'. Ook het wetsvoorstel van Elida Wessel-Tuinstra uit 1984 zei dat de rechten van de patiënt vroegen om het beschikbaar maken van euthanasie. Ieder die in een 'uitzichtloze noodsituatie' zat – gezien vanuit het sub-

jectieve perspectief van de patiënt en bevestigd door de arts – had het recht op sterven, vonden voorstanders van euthanasie zoals PvdA-parlementslid Haas-Berger in de jaren tachtig. Deze betoogde: 'In een uitzichtloze situatie [...] mag de patiënt zelf over zijn leven beschikken [...] en daar een ander dan ook mee belasten.' Bovendien was zij van mening dat kinderen die er geestelijk rijp voor waren ook recht op zelfbeschikking hadden, zelfs als de ouders ertegen waren.³²² Zowel in de jaren tachtig als in de jaren negentig wezen voorstanders van euthanasie vaak op het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt om over eigen leven en dood te beschikken. Dit concept speelde een centrale rol in de beleidsbepalende discussies rond euthanasie en hulp bij zelfdoding.

Maar was elke Nederlander nu 'baas over eigen dood', zoals R. van der Veen van de Nvve zich in 1988 afvroeg?³²³ Toch niet helemaal. Daarvoor werd dit recht te veel ingeperkt in Nederland. In de eerste plaats waren er veel Nederlanders die weinig moesten hebben van een zelfbeschikkingsrecht. Het CDA, de katholieke kerk en de orthodox-protestantse kerken vonden dat er geen sprake was van een zelfbeschikkingsrecht aan het levenseinde. Alleen God had beschikking over leven en dood, zeiden ze. Maar het wantrouwen tegenover het zelfbeschikkingsrecht bleef niet beperkt tot het CDA of de tegenstanders van euthanasie. Voorstanders van euthanasie associeerden zelfbeschikking soms met ongebreideld individualisme en wezen het af als gevaarlijk of immoreel. Ook christelijke voorstanders van euthanasie waren niet helemaal op hun gemak met zo veel nadruk op rechten. De protestantse arts Cor Spreeuwenberg vond euthanasie een noodzakelijk kwaad, alleen toepasbaar in noodsituaties. Hij was bang dat euthanasie te vaak zou voorkomen als aan mensen een recht op sterven werd gegeven. Verder vond hij Leenens principe dat zelfbeschikking altijd voorrang zou moeten krijgen te absoluut. Artsen die werden geconfronteerd met het lijden van mensen of baby's die hun eigen wil niet duidelijk konden maken, moesten ook gerechtigd zijn om euthanasie uit medemenselijkheidsoverwegingen toe te passen, zei Spreeuwenberg.³²⁴ Voorstanders waren verdeeld in twee kampen. Het ene kamp vond euthanasie een recht, het andere vond het een laatste toevlucht. Sommigen waarschuwden tegen zelfbeschikking als 'het toppunt van individualisering' – een gevaar voor de sociale solidariteit. Psychiater F. van Ree beklagde zich over de 'uitsluitend op het "individuele model" stoelende uitspraak: "Iedereen heeft recht op zelfdoding", die er nogal eens toe

leidt dat men iemand aan zijn of haar lot overlaat'.³²⁵ Kortom, er waren zowel tegenstanders als voorstanders van euthanasie die actieve levensbeëindiging liever benaderden als het gevolg van medeleven en medemenselijkheid dan als een van de universele rechten van de mens.

In de tweede plaats erkenden de meeste voorstanders van euthanasie dat de noodzaak om een derde persoon te betrekken bij het sterven grenzen stelde aan het zelfbeschikkingsrecht. Patiënten hadden in Nederland wél het recht om een medische behandeling te weigeren (het zogenaamde schildrecht), maar niet om van hun arts een handeling te eisen die hij niet medisch gerechtvaardigd vond (het zogenaamde claimrecht). Patiënten konden er daarom niet van verzekerd worden dat zij ook daadwerkelijk konden sterven op het moment van eigen keuze. De Nederlandse notie van zelfbeschikking of autonomie hangt af van anderen, merkte Van der Maas op. Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn daarom geen rechten in Nederland, in elk geval niet zo absoluut dat Amerikanen ze als zodanig zouden kunnen herkennen. Veel Nederlanders begrepen het ook niet. Arend Jan Heerma van Voss signaleerde dat veel Nederlanders de neiging hadden om het recht op sterven (waar hij een voorstander van was) te vereenzelvigen met het recht om geholpen te worden met sterven. En de gereformeerde ethicus G. Manenschijn merkte in 1985 wrang op dat het recht op euthanasie na een wetswijziging niet een persoonlijk recht was, maar: 'Anderen krijgen het recht mij uit de wereld te helpen als zij menen dat ik dat wil.' Sommigen bleven spotten met het idee dat Nederlanders een zelfbeschikkingsrecht hadden als het ging om euthanasie en hulp bij zelfdoding.³²⁶

Hoe konden Nederlanders dan vragen om 'zelfbeschikking over leven en dood' als de medewerking van de arts was vereist? Eén mogelijke reden is dat Nederlanders de arts zagen als een verlengstuk van hun eigen zelfbeschikkingsrecht. In een maatschappij waar de patiënt meer ruimte kreeg en van artsen solidariteit verwacht werd, leek het normaal dat artsen het direct eens zouden zijn met de patiënt die wilde sterven. Veel Nederlanders schenen in de praktijk toch uit te gaan van een claimrecht: artsen waren hulp verschuldigd aan patiënten die vanwege hun ernstig lijden wilden sterven.

Maar de Hoge Raad was het daar op 27 november 1984 niet mee eens en verwierp in hoger beroep de uitspraak van de rechtbank Alkmaar

waardoor zelfbeschikkingsrecht zou zijn geaccepteerd als de legale basis voor euthanasie. In plaats daarvan formuleerde de Hoge Raad een sociaal conservatievere maatstaf: de 'noodtoestand' van de arts. Hiermee werd de reeds toegepaste norm bevestigd; het recht op euthanasie en hulp bij zelfdoding bleef afhankelijk van het oordeel van de arts of hij zich in een noodtoestand bevond. Patiënten konden er niet van verzekerd worden dat hun stervenswens zou worden ingewilligd, niet alleen omdat artsen over de morele aanvaardbaarheid van euthanasie van mening verschilden, maar ook omdat artsen – die in principe bereid waren tot toepassing van euthanasie – in vrijheid mochten beslissen om in de specifieke situatie hun medewerking te weigeren, zelfs als werd voldaan aan de subjectieve en objectieve criteria van 'uitzichtloos lijden'.

De onvoorspelbaarheid van het kunnen uitoefenen van een zelfbeschikkingsrecht irriteerde veel voorstanders van euthanasie, vooral diegenen die gerechtvaardigde euthanasie in een wetsvorm probeerden te vatten zodat patiënten zouden weten wanneer en hoe ze een verzoek konden indienen. Tegelijkertijd erkenden veel belangrijke voorstanders – onder wie Dupuis en Leenen – dat het zelfbeschikkingsrecht niet absoluut was en ook niet kon zijn. Hulpverlening kon niet worden afgedwongen; over medewerking moest worden onderhandeld, ze kon niet worden geclaimd. Er bestond geen 'hard recht' op euthanasie, evenmin als op sociale voorzieningen, zeiden Dupuis en P. J. Thung in 1983. Het zelfbeschikkingsrecht kon volgens Dupuis alleen worden gebruikt als recht op verweer tegen een teveel aan medisch handelen, niet als een blanco claim voor autonomie in alle situaties.³²⁷ Ook Wessel-Tuinstra gaf aan dat het zelfbeschikkingsrecht in haar wetsvoorstel niet absoluut was bedoeld:

Ik erken het recht op zelfbeschikking in beperkte mate. Als ik dat niet zou doen, dan hoefde ik hier niet te zitten, want dan mocht die patiënt niet om euthanasie vragen. [...] Een mens is niet alléén op de wereld. Hij leeft in een samenleving met anderen, in een sociale context, met zijn normen en waarden.³²⁸

Kortom, veel voorstanders van euthanasie in Nederland begrepen dat zelfbeschikking (als het al bestond) noodzakelijkwijs minder inhield dan volledige zelfbeschikking over eigen leven en dood. Jan Remme-

link bepleitte voor de Hoge Raad dat zelfbeschikkingsrecht niet de basis had kunnen zijn voor vrijspraak van dr. Schoonheim, omdat 'het grondrecht op zelfdoding [...] een moeilijk operabel rechtsinstituut' was:

Er is [...] ook geen enkele serieuze organisatie of publikatie die het stimuleren van dit zelfbeschikkingsrecht geoorloofd acht. Slechts in een voor de betrokkene onhoudbare noodsituatie acht men gebruik van dit recht toelaatbaar.³²⁹

En niet alleen de patiënt had recht op ruimte voor zijn eigen mening, maar ook de arts. De herontdekking in de jaren zeventig en tachtig van de waarde van tolerantie in de euthanasiediscussie leidde tot de overtuiging dat ook het geweten van de arts niet mocht worden bezwaard. In het begin van de jaren tachtig riep Cor Spreeuwenberg op tot een maatschappelijke discussie om vast te stellen hoe er tegemoet kon worden gekomen aan individuele stervenswensen zonder dat betrokkenen ertoe zouden worden gedwongen om hun principes op te geven.³³⁰ Tolerantie voor de meningen van zowel de patiënt als de arts, zoals dat werd verwoord door Spreeuwenberg en vele anderen, werd ook deel van het zich ontwikkelende euthanasiebeleid. Artsen en verplegend personeel behielden in de euthanasiewetgeving de vrijheid om hun medewerking te weigeren, deels uit respect voor hun onafhankelijk medisch oordeel en deels uit respect voor hun geweten.

Samengevat betekende de verontrusting over asociale implicaties van het zelfbeschikkingsrecht en de beperkingen op dit recht door de noodzaak anderen daarbij te betrekken, dat gesprekken en onderhandelingen vooraf moesten gaan aan de uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Dit vereiste van het individu dat euthanasie en hulp bij zelfdoding overwoog, dat het bereid moest zijn om te laten zien dat zijn keuze verantwoord was en dat het in zijn overwegingen rekening had gehouden met zijn omgeving. Zoals verwoord in een svf-rapport over hulp bij zelfdoding in 1980: een zelfbeschikkingsrecht kon niet betekenen dat mensen net konden doen alsof ze 'losse eenheden' waren.³³¹ De acceptatie van euthanasie en hulp bij zelfdoding in Nederland was vaak gebaseerd op het geloof dat mensen hun zelfbeschikkingsrecht op een sociaal verantwoorde manier zouden gebruiken.

De verantwoordelijkheden van de stervende

Een opvallend element in het euthanasiedebat in Nederland is de vraag in hoeverre anderen baat mogen hebben bij – of geschaad mogen worden door – een keuze voor euthanasie of hulp bij zelfdoding. In hoeverre mogen patiënten hun euthanasieverzoek motiveren door te wijzen op anderen? De voormalige antirevolutionaire politicus Hanne van Leeuwen, een zelfbewust progressieve CDA'er op het gebied van euthanasie, vond dat een keuze voor 'passieve euthanasie' mocht worden gebaseerd op de voordelen die daaruit zouden voortvloeien voor anderen:

Kijk, de regering heeft gesteld dat de gezondheidszorg betaalbaar moet blijven. Dat brengt mij op het vraagstuk van de solidariteit. Solidair met anderen, ook in relatie tot je eigen leven. Als ik tachtig ben en er moet aan mij via medische ingrepen voor honderdduizenden guldens verspijkerd worden, terwijl er elders in de wereld kinderen sterven of de meest eenvoudige medicijnen niet verkrijgbaar zijn, dan vraag ik die gemeenschap een bom geld die men veel beter kan besteden [...]. In die afweging mag ik zeggen: 'Het is genoeg geweest. Ik kost zoveel, ik heb al zoveel gehad, ook mijn dienst volbracht, mag ik nu uitstappen?' Ik durf dat op volstrekt christelijke wijze te verantwoorden. Het zelfbeschikkingsrecht van de mens, de eigen verantwoordelijkheid.³³²

Weinigen verantwoordden hun steun voor euthanasie door te zeggen dat het geld dat zou worden besteed aan levensrekkend handelen beter kon worden besteed aan kinderen in de derde wereld, maar toch werd regelmatig gehoord dat een verzoek om euthanasie mocht worden gebaseerd op de wens om niet een belasting te zijn voor anderen of de maatschappij. De invloedrijke hervormde ethicus Roscam Abbing zei in het begin van de jaren zeventig dat ook bejaarden zich moesten realiseren dat ze niet voor altijd konden leven, en moedigde hen aan God te vragen of hun leven nog zin had. In deze overbevolkte maatschappij kon het in sommige gevallen iemands roeping zijn om zelf te besluiten deze aarde vaarwel te zeggen. Roscam Abbing wilde niet dat iemand zich ertoe gedwongen voelde om een verzoek tot euthanasie in te dienen, maar vond alleen maar dat 'sociaal-ethische' aspecten – zoals de kosten om iemand in leven te houden – een dergelijke keuze moreel konden rechtvaardigen. De svf verzette zich tegen het euthanaseren

van wilsonbekwamen en diegenen die konden worden gezien als last voor de samenleving, maar vond wel dat het opstellen van een levenstestament een goede manier was om zowel uitdrukking te geven aan de eigen stervenswens, als de sociaal-economische druk op de maatschappij te verlichten.³³³ Het was niet ongewoon dat mensen hun steun voor euthanasie rechtvaardigden met hun tegenzin om anderen tot last te zijn. Het NVVE-boek *Een milde dood* (1983) publiceerde de brief van een zeventigjarige vrouw wier man na een hersenbloeding half verlamd was geworden, en die zelf in de toekomst niemand tot last wilde zijn:

Ik heb altijd gezegd: Als je niet mee kunt in deze maatschappij en je alleen maar tot last van anderen komt, dat zou ik niet kunnen verdragen. Ik vind dat als je werkelijk lijdt en bij je volle verstand bent dat je dan zelf moet beslissen dat er een einde aan gemaakt wordt. 't Is toch je eigen lichaam! Zelfs een hond laat je een spuitje geven om hem uit zijn lijden te verlossen. En al dat rekken, waar dient dat toe? 't Kost alleen maar geld en veel ellende.³³⁴

Elders schreef een man over zijn eigen 83-jarige vader, die levensmoe was en wilde sterven, maar geen medewerking kreeg van zijn artsen. De zoon was van mening dat veel van diegenen die een arts vroegen om te sterven 'bij hun volle verstand zeggen "ik ben oud, afgeleefd, onnuttig in de hedendaagse maatschappij, voor mij hoeft het allemaal niet meer"'. Hij voegde er deze retorische vraag aan toe: 'Heeft zo iemand dan niet het volste recht zelf te beslissen over verdere levensduur?'³³⁵

Niet iedereen in de euthanasiebeweging was bereid deze vraag bevestigend te beantwoorden. Sociaal-economische motieven werden zelden geaccepteerd als gerechtvaardigde motieven voor een verzoek tot euthanasie, maar het verlangen om door een gewenste, vroegtijdige dood geen emotionele of psychische belasting te hoeven vormen voor de familie was minder problematisch. Het NVVE-rapport uit 1978 zei dit expliciet:

Het kan bijvoorbeeld ook zijn, dat een patiënt bevreesd is een ernstige en voortschrijdende ontluistering te moeten doormaken of reeds ondergaat, een ontluistering die hij of zichzelf en/of degenen die hem dierbaar zijn het liefst wil besparen. Hij wil dan zijn eigen voortgaande afta-

keling niet langer beleven, of de daarmee gepaard gaande lasten en zorgen aan zijn verwanten besparen.³³⁶

De rol die de sociale plaats van het individu speelde in verzoeken tot euthanasie, bleef een gevoelig onderwerp. Er was wel sprake van algemene overeenstemming dat mensen nooit onder druk mochten worden gezet om te sterven, zeker niet om sociale redenen. Ook waren artsen noch politici bereid om euthanasie toe te staan aan mensen die wilden sterven omdat ze vonden dat ze hun sociale waarde hadden verloren. Maar euthanasieverenigingen als de NVVE (en veel voorstanders) hebben nooit gezegd dat vereenzaming of vergevorderde leeftijd niet mochten meespelen in de overwegingen bij een verzoek tot euthanasie. Als deze factoren daadwerkelijk bijdroegen aan ernstig lijden of het zelfs deels veroorzaakten, dan konden ze toch niet bij voorbaat worden verworpen.³³⁷ Het serieus nemen van zelfbeschikking betekende ook dat deze overwegingen een plaats moesten krijgen. Bovendien lijkt het erop dat het laten meewegen van dergelijke factoren (naast andere factoren, zoals het lijden aan een ongeneeslijke ziekte) bij een verzoek tot euthanasie soms werd gezien als teken van een weloverwogen beslissing. In Amerika, waar het minder belangrijk lijkt om opgenomen te zijn in een sociaal netwerk, zouden dergelijke sociale redenen het omgekeerde effect hebben gehad. Als iemand zou klagen over vereenzaming of ontluistering werd niet alleen geen medewerking verleend aan levensbeëindiging, maar zouden artsen geneigd zijn het probleem te lijf te gaan door toediening van antidepressiva. Nederlanders leken iets meer geneigd om sociale factoren in een euthanasieverzoek te zien als teken van een zorgvuldige analyse van iemands *Sitz im Leben*, van een weloverwogen en verantwoord verzoek.

Maar deze Nederlandse bereidheid om een plaats te geven aan sociale factoren bij een euthanasieverzoek moet niet de indruk wekken dat er snel gehoor werd gegeven aan deze verzoeken. Patiënten werden er ook toe aangemoedigd om de grote stap niet te snel te zetten. Van den Berg schreef in 1980 dat euthanasie bedoeld was voor 'de zieke, de gebrekkige, de wanhopige' en niet voor de 'cynicus' die lichtzinnig omging met zijn dood. Een toekomstige wettelijke regeling van euthanasie zou de arts er naar zijn mening ook voor moeten beschermen om deze mensen te laten sterven.³³⁸ Een verzoek tot euthanasie mocht niet in een opwelling worden gedaan; het moest verklaard en beredeneerd

kunnen worden. De verwachting dat verzoeken verantwoord zouden zijn, werd vooral verwoord door protestanten. In *Een gewenste dood* had Kuitert veel van zijn medechristenen gechoqueerd door te suggereren dat mensen de beschikking hadden over hun eigen leven. Maar hij voegde hieraan toe:

Het geloof dat ons leven een gave van God is verzet zich niet tegen het beschikken over onszelf maar tegen willekeurige, niet zorgvuldig overwogen zelfbeschikking [...]. Lichtvaardige zelfbeschikking is één ding; als mensen na beraad, gebed en gesprek tot de overtuiging komen dat ze niet verder willen en van God ook niet verder hoeven, is iets anders. Ik zie in zo'n overtuiging niets verkeerd en dus ook niet in het daaruit voortvloeiend verzoek om euthanasie.³³⁹

Voor Kuitert werd zelfbeschikking verantwoord door haar te funderen in gebed en in de gemeenschap met anderen. Professor C. van der Meer, hoogleraar geneeskunde aan de Vrije Universiteit en in het midden van de jaren tachtig een voorzichtig voorstander van euthanasie, wees erop dat het zelfbeschikkingsrecht van een individu beperkt was, onder meer omdat hij in gemeenschap met anderen leefde:

Zijn sterven brengt repercussies in de gemeenschap teweeg. Hij dient daar rekening mee te houden. De mens heeft dus in zijn zelfbeschikking verantwoordelijkheid tegenover zichzelf en zijn naaste.³⁴⁰

Protestantse artsen beraadden zich in een boek over de manier waarop zelfbeschikking gerelateerd kon worden aan 'verantwoordelijkheid ten opzichte van anderen'. Ze waren geen tegenstanders van euthanasie, maar vonden wel dat het alleen op een sociaal verantwoorde manier mocht worden beoefend, rekening houdend met alle betrokkenen in wederzijds vertrouwen.³⁴¹ Deze verantwoordelijkheidsretoriek was het sterkst in religieuze en humanistische kring, maar beïnvloedde ook het algemene euthanasiedebat: je verantwoordelijkheid ten opzichte van anderen moest niet te snel overboord worden gezet wanneer je klaar was om dit leven en de problemen ervan te verlaten.

Deze zorg voor de naaste werd vooral verwacht van mensen die zich het eigen leven wilden benemen, want die patiënten konden ook meer sociale verantwoordelijkheid dragen dan bijvoorbeeld terminale pa-

tiënten. De sve vond in haar *Discussienota* uit 1980 dat de mondige mens het recht had om zich zijn eigen leven te benemen, mits de sociale omstandigheden het toelieten:

We zijn van mening dat, als men uitgaat van de mondige mens die zijn eigen leven leidt, ethisch de bevoegdheid tot het zelf beëindigen van een blijvend als ondragelijk ervaren leven moeilijk te ontkennen valt. Er is echter één beperking: mits door de omstandigheden waaronder de zelfdoding plaatsvindt [...] niet méér leed voor anderen ontstaat dan toch al onvermijdelijk is [...]. Het erkennen van een menselijk zelfbeschikkingsrecht mager ons de ogen niet voor doen sluiten dat de mens een relatiewezen is en temidden van anderen leeft. Ethisch is de vrijheid tot zelfdoding naar onze mening dus beperkt. Het z.g. 'recht' op zelfdoding wordt zwakker en dus de zelfdoding ethisch minder aanvaardbaar, naarmate meer mensen erger onder die zelfdoding zouden lijden (bijvoorbeeld één van de ouders van een groot gezin die zichzelf doodt). Anderzijds wordt die vrijheid groter naarmate de toestand van degene, die zich van het leven wil beroven, ondragelijker en uitzichtlozer is en minder mensen onder zijn zelfdoding lijden.³⁴²

Deskundigen zoals Dick van Tol en René Diekstra (die betrokken was bij de opstelling van de *Discussienota*) moedigden diegenen die zelfdoding overwogen, aan om eerst goed na te denken over de gevolgen voor anderen voordat ze tot de daad overgingen of om hulp bij zelfdoding wilden vragen. Samen met zijn collega Nicolaas Speijer suggereerde Diekstra dat het gepast kon zijn dat de hulpvrager niet alleen met de hulpverlener sprak, maar ook met de toekomstige nabestaanden, zodat het lijden van anderen kon worden verminderd. Van Tol vond dat mensen wier besluit tot zelfdoding psychisch weloverwogen was, ook in staat moesten zijn om zich verantwoordelijk te weten voor de nabestaanden. Zelfdoding kon een legitieme optie onder 'tragische' omstandigheden zijn, vond Kuitert, maar het was goed om iemand die het van plan was, te herinneren aan zijn 'verplichtingen' in het leven. Ook de rechterlijke macht was van mening dat artsen alleen diegenen hulp bij zelfdoding mochten geven als 'door de dood geen onnodig leed aan anderen wordt toegebracht', zo luidde een van de stipulaties uit het vonnis van de rechtbank Rotterdam in 1981 bij de zaak-Wertheim. Mondige mensen mochten kiezen voor zelfdoding, maar hun zelfbe-

schikking moest verantwoord zijn – rekening houdend met het lijden van anderen.³⁴³

De overweging om te komen tot zelfdoding of euthanasie moest plaatsvinden in een morele en rationele gemeenschap. Een patiënt die bij zijn arts kwam en zei: 'Ik heb besloten dat voortleven zinloos is, ik wil nu dood. Help me alsjeblieft', zou niet onmiddellijk worden geholpen en vaak worden afgewezen. Het Nederlandse euthanasiebeleid gaat uit van een patiënt die een constante en weloverwogen vraag heeft om vroegtijdige levensbeëindiging, van artsen die objectief kunnen vaststellen dat de situatie inderdaad wanhopig is, en het verzoek verantwoord. Dit vereiste – in elk geval in theorie – een relatie waarin de arts en de patiënt elkaar begrepen. De huisarts-professor Spreuwenberg heeft dit ideaal misschien het best omschreven. Hij stelde een 'participatiemodel' voor, waarin arts en patiënt samen tot moeilijke afwegingen konden komen. De arts behield hierin zijn professionele objectiviteit en respecteerte tegelijkertijd het menszijn van de patiënt. Niet 'autonomie' stond centraal in deze relatie, maar 'mondigheid'. 'Bij autonomie ligt het accent op de zelfstandigheid zonder meer, terwijl het bij mondigheid veeleer gaat om de erkenning van het zelfstandige in relatie met de omgeving.' Zo kon een goede arts-patiëntrelatie worden ontwikkeld die noodzakelijk was voor het verlenen van stervenshulp – en euthanasie.³⁴⁴ Meer en meer raakten huisartsen ervan overtuigd dat het ontwikkelen van een dialoog met hun patiënten de beste manier was om te weten te komen wat hun patiënten voor ogen stond rond het levenseinde. In deze professionele en tegelijkertijd persoonlijke relatie kon euthanasie of hulp bij zelfdoding weken-, maanden- of zelfs jarenlang worden besproken, voordat de werkelijke beslissing uiteindelijk zou moeten worden genomen. Bekendheid met de patiënt en zijn situatie was daarnaast een effectieve manier om je te beschermen tegen druk van familieleden, die anders de vrijwilligheid van een verzoek zouden kunnen ondermijnen.

Euthanasie vindt niet uitsluitend plaats in de context van deze arts-patiëntrelaties. Zo maakt een verblijf op de eerstehulpafdeling met onbekend personeel de ontwikkeling van intieme vertrouwensrelaties moeilijk. Maar de diepgang van de arts-patiëntrelatie was een belangrijke ethische basis voor de toepassing van euthanasie door het medeleven dat erin kon worden uitgedrukt, en de ruimte die aan de patiënt werd gelaten om zijn eigen mening naar voren te brengen. De patiënt

wist dat hij met zijn noden en zorgen terecht kon bij de deskundige arts, die hem begreep en bereid was naar hem te luisteren. Als de arts op deze manier sprak met zijn patiënt en overtuigd raakte van de integriteit van het verzoek om euthanasie, zei de uitgave *Euthanasie* uit 1975 van het Nederlands Gesprek Centrum (een organisatie waar verschillende levensbeschouwelijke groeperingen deel van uitmaakten), 'dan zal de arts zijn medewerking niet spoedig mogen weigeren, ondanks strijdigheid met het eigen geweten'.³⁴⁵ Hoewel niet veel artsen bereid waren om hun eigen geweten geweld aan te doen, waren vooral huisartsen wel in toenemende mate overtuigd van het belang van het aangaan van een gesprek met hun patiënten.

Een aspect in het Nederlandse euthanasiebeleid dat bij buitenlanders vaak grote verbazing wekt, is het feit dat artsen het onderwerp van euthanasie zelf mogen aansnijden in de relatie met hun patiënt. De KNMG had zich daar in het begin van de jaren zeventig, bij de publicatie van de eerste nota over euthanasie, nog tegen uitgesproken. Er waren in de jaren zeventig ook weinig artsen die het initiatief namen om euthanasie met hun patiënten te bespreken. Sommigen beweerden dat het onderwerp ook door de patiënt nooit ter sprake werd gebracht. Maar euthanasieverenigingen riepen de artsen er in de jaren tachtig toch toe op om meer bereidheid te tonen om euthanasie te bespreken. Pieter Admiraal, de Delftse anesthesist en vooraanstaand voorstander van euthanasie, vond dat euthanasie 'in een vroeg stadium bespreekbaar [moest] zijn'.³⁴⁶ Hij stelde in 1980:

Dat een patiënt niet om euthanasie zou durven vragen, heeft ook met de houding van de arts zelf te maken. Als die met een patiënt over een eventuele euthanasie praat, blijken er velen daar al over nagedacht te hebben en blij te zijn erover te kunnen spreken. Ik heb er allang een gewoonte van gemaakt met patiënten die ik in hun laatste levensfase ga begeleiden over de mogelijkheid van euthanasie te spreken en ik moet zeggen: Dat is altijd een schot in de roos. Steeds weer hoor ik, ja dokter, daar heb ik over gedacht. Ik ben er ook van overtuigd, dat als ik dat niet zou doen, men er in een veel kleiner percentage om zou vragen.³⁴⁷

Admiraal zei euthanasie tot een minimum te willen beperken, het te behandelen als een laatste toevlucht als de traditionele pijnbestrijding faalde. Maar euthanasie moest wel bespreekbaar worden gemaakt

binnen de arts-patiëntrelatie om de wil van de patiënt te leren kennen. Rond 1980 waren veel voorstanders van euthanasie ervoor bezorgd dat patiënten uit psychische of morele gereserveerdheid het zelf niet aandurften om euthanasie aan te snijden, zelfs niet als ze er graag met hun arts over wilden praten. Als artsen euthanasie bespreekbaar zouden maken, verkregen de patiënten niet alleen meer opties, maar werd hun ook de gelegenheid gegeven om uiting te geven aan hun emoties.

Niet iedereen was het hiermee eens. Maar de KNMG besloot in 1984 bij het opstellen van de richtlijnen voor gerechtvaardigde euthanasie niet langer het aansnijden van het onderwerp door artsen af te keuren, en na verloop van tijd werd deze praktijk overgenomen door een meerderheid van Nederlandse artsen.³⁴⁸ Het tijdig bespreekbaar maken van alle opties rond het levenseinde – waaronder ook euthanasie – werd gezien als een andere manier om de zelfstandigheid van de patiënt te bevorderen.

De zelfstandigheid van de patiënt kon het best in een professionele relatie worden uitgeoefend, vond de NVVE. Mensen moesten niet zonder consultatie met hun arts een einde maken aan hun leven. Daarom keurde de NVVE en ook Van Till van de SVE het pamflet uit 1980 van de Schotse euthanasievereniging Scottish Exit sterk af. Dit pamflet bevatte praktische informatie over het toepassen van zelfdoding en werd naar alle leden toegestuurd. Tijdens een conferentie over euthanasie en hulp bij zelfdoding in Oxford in datzelfde jaar reageerde Van Till gechoqueerd toen ze een spreker hoorde beweren dat het aanleren van de juiste methode om zelfmoord te plegen leek op het aanleren van een doe-het-zelfloodgietersklusje. Het effect van een mislukte zelfmoord was wel even anders dan het effect van een gefaalde poging om de klusjes van een loodgieter te klaren, zei ze. De NVVE verwierp deze strategie omdat het kon leiden tot misbruik of aanleiding kon geven tot een zelfmoord die 'onvoldoende doordacht' was, waarbij alternatieven de revue niet waren gepasseerd. Het was noodzakelijk om deskundigen erbij te betrekken om te kunnen beoordelen 'of een weloverwogen verzoek om hulp ter tafel ligt'. In scherp contrast met de Schotten besloot de NVVE haar eigen praktische handleiding *Verantwoorde euthanasie*, geschreven door Admiraal, alleen aan 19.000 artsen en 2000 apothekers te sturen.³⁴⁹ Volgens de NVVE behoorde zelfbeschikking bij zelfdoding niet geuit te worden in een radicale daad van autonomie, maar in een 'weloverwogen' beslissing waarvan de rationaliteit en

doordachtheid door competente artsen moest worden vastgesteld, die vervolgens hulp zouden kunnen bieden bij de uitvoering.

De Ledenhulpdienst van de NVVE – de enige in zijn soort in de wereld – vormde een andere manier waarop zelfbeschikking werd geplaatst in de bredere context van wederzijdse verantwoordelijkheid en dialoog. Deze hulpdienst was opgezet om te reageren op telefoontjes van leden verspreid over Nederland die wilden sterven, en bestond uit vrijwilligers die erop uitgingen om deze leden te bezoeken en van advies te dienen. In het midden van de jaren tachtig waren er ongeveer 35 vrijwilligers, voornamelijk vrouwen, die honderden bezoeken aflegden. Op het hoogtepunt van de belangstelling voor de diensten van de Ledenhulpdienst, in 1984, kwamen bijna 800 verzoeken binnen. De juriste Engers verklaarde in 1975 dat de NVVE-vrijwilligers bij hun bezoeken de mensen niet voorzagen van pillen, maar hun een luisterend oor verschaften. Nadat wanhopige mensen te vaak hadden gehoord: 'Het valt wel mee', waren ze blij, zei Engers, om van de NVVE-vrijwilligers te horen: 'Het valt helemaal niet mee. U heeft gelijk dat u dood wil.'³⁵⁰ Aan de andere kant moesten vrijwilligers van de Ledenhulpdienst mensen soms ontmoedigen in hun stervenswens, vooral als ze er niet reëel van konden uitgaan dat artsen op hun verzoek tot levensbeëindiging zouden ingaan. De vrijwilligster D. Hoffenaar vertelde een man met multiple sclerose in een verpleeghuis dat hij niet hoefde te verwachten dat hij in aanmerking zou komen voor levensbeëindiging. Bovendien zei ze:

Ik heb hem ook verteld, dat hij goed moet bedenken dat hij een gezin heeft. Als we over leven en dood praten moeten we niet vergeten dat een mens nooit alleen geleefd heeft. Er zijn altijd mensen die om je geven.³⁵¹

Hoffenaar zag zichzelf voornamelijk als 'praatpaal'. Maar dat betekende niet dat de Ledenhulpdienst zich beperkte tot het luisteren naar de verhalen en mensen bemoedigde of ontmoedigde in hun stervenswensen. Vrijwilligers zagen het ook als hun taak om een dialoog op gang te brengen met artsen en familieleden om zo de kans op levensbeëindiging te vergroten. Patiënten werden ertoe aangezet om hun stervenswens bekend te maken bij hun arts en familieleden, en vrijwilligers moedigden de betrokkenen aan om de wensen van de patiënt te respecteren. Zoals Gerlings Huurman zei in 1983: 'De Hulpdienst draagt ertoe bij dat er gesprekken plaatsvinden tussen de juiste personen en wel in de juiste volgorde.'³⁵²

Ten slotte moest de vraag beantwoord worden of familieleden inspraak mochten hebben in een besluit tot euthanasie of hulp bij zelfdoding. Niemand vond het goed dat familie of vrienden druk uitoefenden op een ernstig zieke patiënt om te sterven, zeker niet als de patiënt wilsbekwaam was. Hilhorst zei in 1983 dat de meeste verzoeken tot euthanasie van de familie van de patiënten kwamen, niet van de patiënten zelf. De KNMG was daar fel tegen gekant, zoals van een professionele organisatie mag worden verwacht: euthanasie was een zaak van de arts en de patiënt – en niemand anders. Maar anderen vonden dat familie en vrienden niet buitengesloten moesten worden. Zo was dé voorvechter van zelfbeschikkingsrecht in Nederland, Sybrandy, van mening dat een bewoner van het mogelijk op te richten besluthuis zelf mocht bepalen wie betrokken werden bij het nemen van een besluit tot levensbeëindiging. Ook Piet Muntendam, erevoorzitter van de NVVE, zei in 1983 dat iedereen uiteindelijk geconfronteerd zou worden met 'de vraag of wij van dit leven afscheid mogen nemen in een sterven dat aanvaardbaar is voor ons en voor hen die ons liefhebben'.³⁵³ Zelfs de KNMG vond dat het de arts geoorloofd moest zijn om de familie te consulteren. En veel artsen maakten van deze gelegenheid gebruik. De NVVE-arts R. Rombach liet zijn collega's in het begin van de jaren tachtig weten onder welke omstandigheden hij euthanasie overwoog:

Voorts heb ik de vaste regel, dat naaste vrienden en familie op de hoogte moeten zijn en dat je anders niet moet helpen. *Het werkt haast altijd heilzamer de dingen te bespreken dan de dodelijke middelen te verstrekken* [cursivering in het origineel].³⁵⁴

De Ledenhulpdienst zag het ook als zijn taak om de familie zover te krijgen dat ze de beslissing van de patiënt zouden accepteren.³⁵⁵ Ook anderen waren overtuigd van het nut van gesprekken met vrienden en familie. Gesprekken konden een middel zijn voor de patiënt om een beter zicht te krijgen op de situatie. In relatie met anderen kon de wil van het wanhopige individu kenbaar worden gemaakt en kon worden toegevoerd naar een beslissing.

Gesprekken met anderen als middel om een beperkte autonomie te verwezenlijken werden een van de kenmerken van het Nederlands euthanasiebeleid. Euthanasie vond zeker niet altijd plaats als resultaat van diepgaande discussies binnen intieme vertrouwensrelaties. Maar

het lijkt er wel op dat de zich ontwikkelende Nederlandse euthanasiepraktijk werd gestoeld op de veronderstelling dat individuen voor zichzelf konden opkomen en sociale vaardigheden hadden. Kuitert verklaarde in 1986 dat in bepaalde omstandigheden 'doorleven niet meer geboden' was en voegde hieraan toe:

Hebben anderen daarover niets te zeggen? Zeker wel. Niemand leeft voor zichzelf, niemand sterft ook voor zichzelf. Wij zijn met duizend draden met onze naasten, dichtbij en veraf, verbonden. Zij mogen een beroep op ons doen, ze mogen ons op de betekenis wijzen die wij alsnog voor hen hebben en op de verplichtingen die daaruit voortvloeien. Maar ze hebben niet het laatste woord, ze behoren terug te wijken en het laatste woord te geven aan stervenden die niet verder willen. Willen we dat niet waar hebben, dan dringen we een ander alsnog, met wellicht de beste bedoelingen, tegen zijn zin het leven op.³⁵⁶

Uiteindelijk moesten de wensen van de patiënt de doorslag geven, zei Kuitert, maar gegeven de menselijke aard was het niet te verwachten dat deze beslissingen zouden worden genomen zonder hulp van anderen. Veel voorstanders van wettelijk geregelde euthanasie wilden niet eens zelfbeschikking zonder invloed van anderen. 'Mijn fractie,' zei Haas-Berger van de PvdA in 1986, 'heeft nooit het zelfbeschikkingsrecht op een voetstuk verheven, dat men altijd zelf zou mogen beschikken over het eigen lichaam en leven. Ik heb het heel duidelijk geplaatst in juridische en relationele verantwoordelijkheden.'³⁵⁷ Zelfbeschikking bij euthanasie en hulp bij zelfdoding bleef een relationeel recht, een recht dat voor toepassing afhankelijk was van anderen en ook van de belangen van anderen. Zodoende hing het zelfbeschikkingsrecht op euthanasie en hulp bij zelfdoding voornamelijk af van het vermogen van de patiënt om zijn zaak te verdedigen en de bereidwilligheid van zijn naasten om naar zijn verhaal te luisteren.

De reikwijdte van 'verantwoorde zelfbeschikking'

Sleutelfiguren in het Nederlandse euthanasiedebat, zelfs fervente verdedigers van het zelfbeschikkingsrecht, moesten van het eind van de jaren zestig tot het midden van de jaren tachtig dus weinig hebben van

een radicaal individualisme en een absoluut recht op sterven. Maatschappelijke tolerantie met betrekking tot persoonlijke levenskeuzes werd in Nederland op atypische wijze gecombineerd met de verwachting dat het individu sociaal geïntegreerd was en verantwoorde keuzes maakte. Deze 'relationele zelfbeschikking' was misschien zo gek nog niet rond euthanasie en hulp bij zelfdoding. In de eerste plaats werden individuele beslissingen door gesprekken met anderen vaak aangescherpt en verbeterd, vooral bij ernstig zieke patiënten. De euthanasiecommissie van het Nederlands Gesprek Centrum stelde in 1975: 'Vrijheid kan in diepe eenzaamheid, zonder persoonlijke communicatie met anderen nauwelijks functioneren.'³⁵⁸ In plaats van slecht door-dachte keuzes van wanhopig zieke mensen onmiddellijk te respecteren, werden betrokkenen er in Nederland toe aangezet om 'weloverwogen' beslissingen te nemen, waarbij rekening werd gehouden met anderen. Om dit te bereiken moest euthanasie en hulp bij zelfdoding 'bespreekbaar' gemaakt worden. In de tweede plaats had het relativeren van de zelfstandigheid van de patiënt het voordeel dat hem de gelegenheid werd gegeven om zijn problemen met sterven en dood te delen met de (huis)arts, zo merkte de Amerikaanse historicus Peter Filene op. Dit plaatste hij in scherp contrast met de nadruk op autonomie in Amerika, waar de patiënt werd gedwongen de last alleen te dragen.³⁵⁹ Ten slotte was een relationeler begrip van autonomie waarschijnlijk een betere weerspiegeling van de realiteit. Een beslissing om een medische handeling te weigeren of actieve levensbeëindiging toe te passen werd zelden afgedwongen door de patiënt. Omdat artsen de medische deskundigen zijn moeten dergelijke vragen met hen worden doorgesproken; het had daarom weinig zin voor een patiënt om te staan op absolute zelfbeschikking.

Maar door deze relationele zelfbeschikking is het ook moeilijk om te bepalen wie wat doet of besluit. Het Nederlandse euthanasiebeleid is gebaseerd op een samensmelting van belangen, namelijk de veronderstelling dat de wil van de patiënt samenvalt met de goede bedoelingen van de arts in wat Kuitert een 'gedeelde verantwoordelijkheid' noemde. Tegenstanders van euthanasie hebben vaak beweerd dat het de arts is die de uiteindelijke beslissing neemt voor zijn ernstig zieke en vaak angstige patiënt. De arts zou volgens hen gebruikmaken van op zijn best een 'flinke dosis bevoogding' en op zijn slechtst een 'license to kill'. Deze angst voor bevoogding werd gevoeld door uitspraken als 'een

mens mag net zo waardig of onwaardig sterven als hij zelf wil', zoals Kuitert schreef in *Een gewenste dood*.³⁶⁰ Dergelijke uitspraken suggereren dat de 'objectieve' criteria van de arts of de maatschappij voor wat waardig en onwaardig leven inhoudt, mede invloed hebben op de 'subjectieve' wil van de patiënt, zodat er twijfel kon ontstaan of er werkelijk sprake was van een samenvallen van belangen. Kortom, een stervenswens in Nederland (en wellicht ook elders) wordt niet alleen bepaald door de autonome patiënt, maar ook door zijn sociale omgeving.³⁶¹

Is dit problematisch? Een van de interessantste kenmerken van het Nederlands euthanasiedebat is het gebrek aan belangstelling voor het morele verschil tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. De debatten in andere landen, zoals Zwitserland en de Verenigde Staten, hebben zich geconcentreerd op hulp bij zelfdoding – niet op euthanasie –, juist omdat de menselijke autonomie meer gewaarborgd lijkt te zijn als het individu de handeling van het doden zélf uitvoert. En sinds de publicatie van het rapport van de Gezondheidsraad in 1982 zijn Nederlanders langzamerhand ook in die richting gaan denken, culminerend in de publicatie van de KNMG-richtlijnen in 1995, waarin artsen werden aangemoedigd om patiënten die daartoe in staat waren hulp bij zelfdoding te verlenen in plaats van om als arts euthanasie toe te passen.³⁶² Maar de vraag blijft knagen: waarom hebben Nederlanders zich relatief op hun gemak gevoeld bij euthanasie? Een antwoord lijkt te zijn dat ze er meer op vertrouwen dat er sprake is van een samenvallen van belangen aan het sterfbed. Ze gaan ervan uit dat de arts medemenselijk is en de patiënt weloverwogen – en daarom vinden ze het minder belangrijk om het individu te verdedigen door harde eisen te stellen aan de handelingen rond actieve levensbeëindiging. De bijdragen van artsen, familie en vrienden werd over het algemeen zeer gewaardeerd. Juist omdat een precieze bepaling van de inhoud van zelfbeschikking en de daaruit voortvloeiende veeleisende normen van minder belang waren in het Nederlandse euthanasiedebat, kon het beleid vrij snel ontwikkeld worden en werd het spoedig geaccepteerd in de samenleving.

Dit beleid werd ook mogelijk gemaakt door het beeld dat voorstanders van euthanasie en hulp bij zelfdoding hadden van de patiënt. De filosoof W.N.A. Klever betwijfelde of euthanasie ooit vrijwillig kon zijn in het geval van stervende patiënten want, zei hij in 1985, 'we hebben immers met een gedesintegreerd hoopje ellende te maken, met organische en psychische anarchie'. Maar zó kon de patiënt niet worden

aangeduid, vonden voorstanders van actieve levensbeëindiging. Het (zelf)beeld van de patiënt voldeed niet meer aan deze karakterisering. Volgens de socioloog Wouters hadden technisering, emancipatie en secularisering geleid tot veranderende relaties, waarin 'artsen, verplegenden en stervenden steeds vaker met elkaar [praten] over euthanasie'. Praten over euthanasie werd een manier voor de patiënt 'om tot het laatst toe als volwaardig gesprekspartner te worden erkend. Dat is vaak de enige manier om niet te hoeven inboeten aan maatschappelijk respect en aan zelfrespect.' De psychiater Boudewijn Chabot schreef in 1982: 'Om niet-neurotisch te leven is er voor de psychologisch volwassene een bescheiden ideaal weggelegd: in onderhandeling met intimi en met zichzelf te leren geven en nemen, vrij van illusies.'³⁶³ Hoewel hij niet direct sprak over mensen die vroegen om actieve levensbeëindiging, leek dit ideaal niet ver verwijderd van het type mens voor wie het euthanasiebeleid scheen te zijn ontworpen: de zelfbewuste persoon die tijd had genomen om zijn belangen tegen elkaar af te wegen en in staat was om ze met anderen te bespreken. En het is mogelijk dat juist naar dit type mensen werd geluisterd. Eén onderzoek suggereerde dat verzoeken tot euthanasie van goed opgeleide, welbespraakte patiënten in de jaren negentig vaker werden gehonoreerd dan verzoeken van sociaal geïsoleerde mensen die hun wensen minder goed konden verwoorden.³⁶⁴ Hoe het ook zij, de verwachting dat mensen rationeel en meevoelend hun eigen dood konden benaderen – van het tekenen van de wilsverklaring tot de uiteindelijke beslissing tot sterven – leefde in brede kring. Nederlanders stelden hoge eisen aan hun patiënten en verwachtten van hen dat zij zich verantwoord zouden gedragen bij het naderen van hun dood.

Ten slotte moeten we ons afvragen of het mogelijk is om de inhoud van de begrippen 'zelfbeschikking' en 'zelfbeschikkingsrecht' te relativeren. Ondanks de pogingen van veel voorstanders van euthanasie leenen deze begrippen zich daar niet goed voor. Vrijwel vanaf het begin stonden twee interpretaties ervan naast elkaar. De eerste was relatief – zelfbeschikking hing af van de sociale gemeenschap – en was afgeleid van mondigheid; deze vorm van zelfbeschikking vormde de basis van het Nederlands euthanasiebeleid. Maar de tweede was absoluut – zelfbeschikking betekende dat het individu mocht sterven wanneer hij maar wilde. Deze interpretatie won kracht aan het einde van de jaren tachtig en in de jaren negentig, toen meer en meer Nederlanders actie-

ve levensbeëindiging wilden benaderen als een grondrecht, zodat een pessimistische Jan Rolies in 1993 schreef:

In de euthanasie-discussie heeft uiteindelijk de Angelsaksische opvatting van vrijheid het gehaald: het individu mag doen wat het wil indien autonomie en 'informed consent' gerespecteerd worden. Door het beroep op ieders persoonlijke vrijheid werd het moreel beraad kortgesloten.³⁶⁵

Deze ideeën werden misschien het duidelijkst belichaamd in de Stichting Vrijwillig Leven, een afsplitsing uit de jaren negentig van de NVVE. De stichting wilde geen enkele beperking op het recht op sterven accepteren. Het idee dat je over je eigen dood moest onderhandelen, was in hun ogen een niet te verdragen beperking van het zelfbeschikkingsrecht. Ook de NVVE radicaliseerde enigszins in de jaren negentig en sommige leden hamerden zo op een absoluut recht op sterven dat Leenen – die toch zelf geen tegenstander was van zelfbeschikkingsrecht – er spijt van had dat deze 'drammers' naar voren waren gekomen. Maar ik denk dat de meeste Nederlanders in werkelijkheid beide interpretaties door elkaar halen. Ze relativeren of bestendigen dit recht naargelang het uitkomt voor hun betoog. Maar het afwisselend gebruik van beide definities is de helderheid van het Nederlandse euthanasiedebat de laatste decennia niet ten goede gekomen.³⁶⁶

In 1998 presenteerde de NVVE *Mijn leven! Mijn dood? Beschouwingen over verantwoorde zelfbeschikking*. In de lijn van het voorafgaande betoogden John Blad en verschillende andere auteurs dat euthanasie moest worden gedaan op 'een sociaal verantwoorde manier' waarbij het individu niet alleen zijn eigen belang voor ogen hield, maar ook dat van zijn 'naasten'. De humanistisch raadsvrouw I.A.H.T. Bunte sprak over 'verantwoorde zelfbeschikking' als 'een harmonische afweging van de belevingen en belangen van alle betrokkenen, waarbij het belang van de verzoeker het zwaarst dient te wegen'. Maar de voorzitter van de NVVE, H. Schraven, die was gevraagd om het slotwoord te schrijven, moest hier niets van hebben. Schraven deed zijn uiterste best om het bijvoeglijke naamwoord 'verantwoord' zó te definiëren dat het acceptabel was voor hem, maar kwam weinig verder dan de uitspraak dat de persoon die wilde sterven, omwille van anderen zijn keus duidelijk moest kunnen verwoorden. Hij verwierp het idee dat anderen het recht

hadden om een oordeel uit te spreken over de stervenswens van de patiënt. 'Ik kon en kan me niets voorstellen bij onverantwoorde zelfbeschikking.'³⁶⁷ Schravens idee van zelfbeschikking was duidelijker en absolueter dan het relationele begrip waarop het Nederlandse euthanasiebeleid rustte. Maar een dergelijke opvatting dreigt het evenwicht tussen zelfbeschikking en verantwoording, waarop het Nederlandse euthanasiebeleid is gebaseerd, uit balans te brengen.

5 Toetsbaarheid

In 1985 kreeg het Nederlandse publiek les in euthanasie. Twee verschillende artsen werden voor het gerecht gedaagd om verantwoording af te leggen van de wijze waarop zij euthanasie hadden toegepast. Twee geheel verschillende situaties resulteerden in twee geheel verschillende vonnissen.

Bij het eerste proces in juni 1985 stond dr. Pieter V. Admiraal, anesthesioloog in het Sint-Hippolytusziekenhuis in Delft, achter het verdachtenhekje. Admiraal publiceerde vanaf het eind van de jaren zeventig over euthanasie en zijn handleiding *Verantwoorde euthanasie* uit 1980 kreeg grote nationale belangstelling toen het prompt door de nvve naar alle artsen en apothekers in Nederland werd gestuurd. Admiraal was dus geen vreemde als het ging om euthanasie. Hij had het zelf ook meerdere malen toegepast. Als anesthesioloog raakte hij niet snel van zijn stuk door het toepassen van euthanasie. 'Ik ben het als het ware gewend om mensen weg te maken,' zei hij schertsend. Bovendien maakte hij er geen geheim van dat zijn ziekenhuis euthanasie 'in de meest actieve vorm' beoefende, zoals hij zich begin 1983 uitdrukte – een uitspraak die het Gpv-parlementslid Schutte ertoe bracht om van de minister van Justitie, Korthals Altes, te eisen dat hij een onderzoek zou starten naar de praktijken in dit ziekenhuis. Maar de inspecteur van volksgezondheid in Zuid-Holland kon tijdens een bezoek geen misstanden aan het licht brengen.³⁶⁸

In 1983 werd Admiraal door de nvve gevraagd om als consultant Karin L. te bezoeken, een 34-jarige multiple-sclerosepatiënt, die in een nabijgelegen verpleeghuis verbleef. Na zeven jaar ziekte had Karin vrijwel al haar spierkracht verloren, ze had moeite met spreken en kon alleen nog haar linkerhand optillen. Bovendien was ze bang voor de toe-

komst: voor toename van het lijden en mogelijk kunstmatige beademing. Ze wilde sterven en toen haar eigen arts zijn medewerking weigerde, had ze zich gewend tot de NVVE om hulp. Admiraal geloofde stellig in de positieve effecten van uitgebreid overleg tussen alle betrokken partijen, en ook met Karin. Nadat Karin van het verpleeghuis naar het ziekenhuis was overgebracht, besloot hij de zaak eerst voor te leggen aan het stervensbegeleidingsteam van dit ziekenhuis, dat volgens de juridische documentatie bestond uit [de] verdachte, zuster D., de hoofdzuster van de afdeling waar patiënt X [Karin] zou worden opgenomen, en de pastor, rector E'. Dit werd gevolgd door overleg met Karins ouders, haar zus en de geestelijke (rector E.). In de weken die volgden was er opnieuw uitgebreid overleg met het team, dat werd afgesloten met een bijeenkomst van familieleden en de geestelijke, waarin Karin uiting gaf aan haar wens om snel te sterven. Uiteindelijk, nadat Admiraal eerst nog contact had opgenomen met de ethicus Harry Kuitert, kwam het team tot de conclusie dat Karins wens in vervulling mocht gaan en op 4 november 1983 injecteerde Admiraal haar eerst met thiopental en daarna met curare, waarna ze spoedig stierf.³⁶⁹

Evenals hij dat in het verleden had gedaan, documenteerde Admiraal de dood als onnatuurlijk, waarna dit werd gerapporteerd aan de politie en de officier van justitie. Volgens de anesthesioloog was er al snel een 'vertrouwensband' ontstaan tussen hem en adjudant Van Strien van de Delftse politie, die besloot de zaak met tact aan een onderzoek te onderwerpen. De vijf Nederlandse procureurs-generaal die sinds 1982 met elkaar overleg hadden gepleegd over het handjevol euthanasiegevallen waarmee ze te maken kregen, besloten Admiraal te vervolgen. De rechtszaak begon pas achttien maanden na Karins dood. De officier van justitie was van mening dat Admiraal een neuroloog en een psychiater had moeten consulteren voordat euthanasie kon worden toegepast op een patiënt met multiple sclerose. Bovendien vond hij dat Admiraal niet het recht had gehad om Karin onder de hoede van haar eigen huisarts weg te nemen en haar naar zijn ziekenhuis te verhuizen om zodoende euthanasie mogelijk te maken. Maar zelfs de officier van justitie wilde Admiraal het leven niet te moeilijk maken; hij gaf toe dat de arts 'te goeder trouw [...] heeft gehandeld' en vroeg alleen om een schuldigverklaring, niet om toepassing van straf. Admiraal zelf blaakte van zelfvertrouwen, zowel voor als tijdens het proces, omdat hij (zoals hij later zei) er vast van overtuigd was 'dat ik niet veroordeeld kón worden.

Ik vond dat iedere arts had moeten handelen zoals ik dat in mijn situatie had gedaan.' Kuitert getuigde ook voor de rechtbank ter verdediging van Admiraal. Uiteindelijk gaf de Haagse rechtbank de Delftse arts gelijk en verklaarde dat Admiraal zich had bevonden in een noodtoestand, waardoor zijn daad 'objectief' en ook gezien de 'bijzondere omstandigheden' gerechtvaardigd was. Op 21 juni 1985 werd hij vrijgesproken.³⁷⁰

Na zijn vrijspraak moedigde Admiraal artsen aan om 'euthanasie' in te vullen als doodsoorzaak, in plaats van het eenvoudige 'natuurlijk' of 'onnatuurlijk'. Op grond van geruchten dacht Admiraal dat zo'n vijf- à zesduizend gevallen van euthanasie jaarlijks niet werden gemeld. Dit vond hij een bedroevende zaak:

Mijn persoonlijke opvatting is dat als ik met het team en de patiënt tot euthanasie besluit, dat de uitvoering toetsbaar moet zijn. Ik ben ervoor dat ik eerlijk en open kan invullen hoe een patiënt overleden is, met overlegging van de medische gegevens aan de inspecteur van volksgezondheid.³⁷¹

Ondertussen – als ware het een onderstreping van Admiraals vermoeden dat actieve levensbeëindiging in het verborgen geschiedde – bekende een 32-jarige huisarts die verbonden was aan het verzorgingstehuis De Terp in Den Haag, in april 1985 aan de politie dat hij in de loop van 1983 en 1984 euthanasie had toegepast op zes bejaarde bewoners. Hoewel ze waren overleden aan zijn insuline-injecties, had de huisarts (geïdentificeerd als D.W.B.) de doodsoorzaak gedocumenteerd als 'natuurlijk'. Ook de eveneens 32-jarige hoofdverpleger van De Terp, John Sprangers, was verdacht omdat hij in een aantal gevallen getuige was geweest van het toepassen van euthanasie door de verdachte. De huisarts werd in de zomer van 1985 vervolgd voor de dood van vier inwoners en de officier van justitie eiste acht jaar gevangenisstraf. De huisarts verdedigde zich door te verklaren dat de patiënten, die zich allen in comateuze staat bevonden, ernstig leden en hem duidelijk hadden gemaakt dat ze wilden sterven. Maar hij had niet voldoende bewijs om deze bewering te staven. Hoewel de verdachte een andere huisarts, namelijk zijn eigen vader, zijn daden had bekendgemaakt, was er verder geen sprake geweest van 'collegiaal overleg'. Uiteindelijk werd de huisarts schuldig bevonden aan het doden van drie patiënten, omdat hij

niet voldeed aan de criteria van 'noodtoestand'. De rechtbank veroordeelde hem op 6 augustus 1985 tot één jaar gevangenisstraf. Maar hoe-wel zijn daden ernstig genoeg waren om hem in de gevangenis te doen belanden, wilde de rechtbank hem niet beschuldigen van 'moord', omdat de gebruikelijke motieven voor moord afwezig waren. In plaats daarvan zei de rechtbank:

Het gaat hier om medische thanasie op een aantal bejaarde, ernstig zieke mensen, waar de verwanten, op een enkele uitzondering na, vrede mee hadden. Wat de verdachte ernstig te verwijten valt, is dat hij alle voorwaarden, die met name de laatste jaren in de rechtspraak zijn geformuleerd en waaraan voldaan moet worden, wil er sprake *kunnen* zijn van een verantwoorde medische thanasie, totaal heeft genegeerd.³⁷²

In hoger beroep werd het vonnis op technische gronden ongeldig verklaard (bewijs was op onacceptabele manier verkregen) en na vier maanden gevangenschap werd de arts vrijgelaten en gecompenseerd voor de tijd dat hij onterecht had vastgezet. Maar hij werd wel vanwege zijn daden berispt door het medisch tuchtcollege.

De praktijken van de huisarts in De Terp kregen erg veel publieke belangstelling. Voor tegenstanders van euthanasie waren de gebeurtenissen in het Haagse verzorgingstehuis een voorafschaduwning van de toekomst. Het toepassen van euthanasie op kwetsbare bejaarden was huns inziens een gevolg – en vervolgens ook een oorzaak – van de voortschrijdende waardevermindering van menselijk leven. De veroordeling zelf was slechts een schrale troost, omdat de rechter meer verontwaardigd leek over het feit dat de arts zich niet had gehouden aan de door de rechterlijke macht vastgestelde richtlijnen dan dat een einde was gemaakt aan het leven van 'bejaarde, ernstig zieke mensen' in coma. De gebeurtenissen in De Terp schenen hun idee te bevestigen dat zich heel wat gevallen van 'cryphanasie' voordeden, zoals dr. Richard Fenigsen het een paar jaar later omschreef: 'het sluipend doden van zieke, oude of gehandicapte mensen buiten hun willen of weten'.³⁷³

Aan de andere kant waren er ook mensen die vonden dat de arts 'ongewoon hard [was] aangepakt', zoals de juriste W.R. Vroom-Kastelein en dr. J.C. van Es het zeiden in *Medisch Contact*.³⁷⁴ Ook Heleen Dupuis, voorzitter van de NVVE, uitte haar ongenoegen over de rechtszaak en het vonnis:

Het is terecht dat deze man vervolgd is omdat hij buitengewoon slordig te werk is gegaan, maar het is heel tragisch dat hij, terwijl hij de beste bedoelingen had, als een misdadiger is behandeld. Justitie heeft daarmee een erg slechte beurt gemaakt.³⁷⁵

Anderen vonden dat het vonnis onheilspellend was voor de toekomst van euthanasie; als deze arts tot gevangenschap kon worden veroordeeld voor wat hij deed, wie kon dan gevrijwaard blijven? De advocaat van de huisarts pleitte tegen veroordeling omdat er te weinig bewijs was tegen zijn cliënt, en bovendien omdat de onwil om een arts op zijn woord te geloven een verdergaande 'juridisering' van de Nederlandse euthanasiepraktijk tot gevolg zou hebben.³⁷⁶

Ook verpleegkundigen maakten zich zorgen over het feit dat ze vervolgd konden worden of (zoals in het geval-Sprangers) hun baan zouden kunnen kwijtraken als ze werkten voor artsen die euthanasie toepasten. 'Als je alle gevallen wilt vervolgen waarin verpleegkundigen betrokken waren bij euthanasie,' zei verpleegster Marianne van Diepen in oktober 1985, 'dan moeten er heel wat gevangnissen worden gebouwd', want het incident in De Terp 'is niet meer dan het topje van de ijsberg'. In een interview dat gepubliceerd werd in 1986, betwijfelde de ontslagen Sprangers zelf of de meeste euthanasiegevallen aan het licht zouden komen. 'Ik denk dat bij 99 procent van de euthanasiegevallen procedurefouten worden gemaakt zodat het wel heimelijk moet gebeuren.'³⁷⁷

Beslissingen die aan het levenseinde werden genomen, waren dikwijls zo kwetsbaar voor procedurefouten dat het heel moeilijk – of misschien zelfs onmogelijk – zou zijn om erachter te komen wat er werkelijk heeft plaatsgevonden, zo zeiden enkele commentatoren. Sommigen (óók voorstanders van euthanasie) begonnen zich medio jaren tachtig zorgen te maken over het feit dat euthanasie in Nederland misschien niet altijd even vrijwillig was. Hoe dan ook, bijna alle partijen waren het erover eens dat er iets moest gebeuren om herhaling van de gebeurtenissen in De Terp zo veel mogelijk te voorkomen. Het antwoord, zeiden de meeste voorstanders van euthanasie, was dat euthanasie meer 'toetsbaar' gemaakt moest worden. En de enige manier om dat te bereiken zou zijn om euthanasie meer 'bespreekbaar' te maken, voor patiënten, artsen en betrokkenen – evenals Pieter Admiraal het had gedaan bij de begeleiding van zijn patiënt Karin bij een zelfgekozen dood.

De opvatting dat euthanasie optimaal kan worden gecontroleerd door ermee naar buiten te treden – een van de hoekstenen van het Nederlandse euthanasiebeleid – wordt niet gedeeld door de meeste andere landen. Buiten Nederland wordt deze praktijk gewoonweg verboden. Ik laat in dit boek buiten beschouwing of deze verboden effectief zijn in het voorkomen van de activiteiten die ze willen tegengaan. Maar het lijkt zinvol om de vraag te stellen waarom Nederlanders vasthouden aan de veronderstelling (die ook door regeringsministers wordt meegedeeld aan de buitenlandse pers) dat misbruik aan het sterfbed het best wordt tegengegaan door artsen ervan te overtuigen dat ze hun daden meedelen aan de autoriteiten.

Nederlanders hechten erg veel belang aan de toetsbaarheid van euthanasie. Dit is ten dele een gevolg van de heersende consensuspolitiek. Het spreken over 'toetsbaarheid' is dan een effectieve manier om een moreel geladen onderwerp minder explosief te maken. Vooral sinds het midden van de jaren tachtig hebben voorstanders van het Nederlands euthanasiebeleid beheersbaarheid, toetsbaarheid en controle benadrukt als bijna vanzelfsprekende deugden waar iedereen zich in kon vinden, ongeacht de meningen over euthanasie. Naarmate euthanasie breder werd geaccepteerd in de maatschappij werd toetsbaarheid steeds vaker gebruikt als troef in het debat voor liberalisering van euthanasie. Het Lindeboom Instituut – dat tegen euthanasie is – beklagde zich er in de jaren negentig over dat euthanasie niet langer werd gezien als een moreel onderwerp, omdat discussies over dit onderwerp telkens weer terecht kwamen op het neutrale terrein van toetsing.³⁷⁸ Evenals de veronderstelling dat euthanasie onvermijdelijk was, werd toetsbaarheid een samenbindend concept. Alle partijen waren het erover eens dat misbruik voorkomen moest worden en ze werkten samen aan het opstellen van zorgvuldigheidseisen, waardoor euthanasiepraktijken die voldeden aan de regels konden worden geaccepteerd of getolereerd.

Het *Standpunt inzake euthanasie* van de KNMG uit 1984 is een mees terlijk voorbeeld hiervan. Het hoofdbestuur liet onmiddellijk in de inleiding weten: 'Het gaat er niet om de toelaatbaarheid van euthanasie ter discussie te stellen. In een pluriforme samenleving als de onze zal daar altijd [...] verschillend over worden gedacht.' Vervolgens ging de KNMG over tot het uitvaardigen van richtlijnen voor diegenen die deze praktijk aanvaardbaar vonden, terwijl ze zelf even daarvoor een oordeel

hierover uit de weg was gegaan.³⁷⁹ Deze vorm van conceptuele gymnastiek kom je zelden tegen in andere landen. Regulatie van deze praktijk was voor veel politici een constructieve manier om dit beladen onderwerp te benaderen zonder te verzanden in een onnodige en onprettige controverse. Zodoende kan het benadrukken van toetsbaarheid worden gezien als een politieke beslissing om een onderwerp dat zo veel verdeeldheid zaait minder gespannen te maken.

Er is nog een reden waarom Nederlanders zo veel belang hechten aan de toetsbaarheid van euthanasie. De groei van het aantal formele regels en eisen rond euthanasie – zoals de 'zorgvuldigheidseisen' die in de jaren tachtig opkwamen – bevestigt de indruk dat Nederland een land is van netheid en orde. Nederlanders kunnen niet leven met illegale activiteiten. Of zoals Marja Verhoef en Barney Sneiderman het uitdrukten, uit het Nederlandse euthanasiebeleid blijkt het 'culturele karakter van pragmatisme – als de vrijwillige daad niet kan worden onderdrukt, dan moet het aan het licht gebracht worden en gereguleerd'.³⁸⁰ Of je dit nu wilt aanduiden als 'pragmatisme' of niet, een aantal Nederlanders vreesde dat euthanasie (of wat daarvoor doorging) uit de hand zou lopen als er geen effectieve maatregelen werden getroffen om misbruik te voorkomen. En de kans dat euthanasie misschien zodanig zou worden onderdrukt dat er absoluut geen controle meer op was, bezorgde zowel voor- als tegenstanders de rillingen in de jaren tachtig. Geen ander volk lijkt het bestrijden van illegale activiteiten zo grondig aan te pakken als de Nederlanders; er is in elk geval geen enkel land dat zo veel richtlijnen en protocollen heeft opgesteld als Nederland.

Maar de regels rond euthanasie moeten ook niet overgewaardeerd worden. Velen in het buitenland – en ook in het binnenland – hebben zich hooglijk verbaasd over de inhoud van de richtlijnen en protocollen rond euthanasie in Nederland. Ze vonden ze té vaag en té open voor interpretatie om daadwerkelijk uitvoerbaar te zijn. De Engelsman John Keown vond het misleidend om de Nederlandse euthanasierichtlijnen 'strikt' of 'precies' te noemen, hoewel dit 'vele malen onkritisch en bijna mechanisch werd herhaald in Nederlandse krantenartikelen over dit onderwerp'. Richtlijnen die het 'lijden' reguleren, kunnen gewoonweg niet precies geïnterpreteerd worden.³⁸¹ Een aantal Nederlanders heeft vergelijkbare kritiek geuit op het euthanasiebeleid. Maar het Nederlandse euthanasiebeleid draait daarom ook niet om de richtlij-

nen. Natuurlijk zijn ze van belang geweest in het vormgeven van actieve levensbeëindiging aan het sterfbed. Maar duidelijk is dat euthanasie in Nederland geen scherp afgebakende activiteit is, maar het product van een open overlegcultuur. Het schijnt belangrijker te zijn dat artsen kunnen vertellen en uitleggen waarom ze besloten tot hun daden, dan dat zij zich noodzakelijkerwijs nauwkeurig hebben gehouden aan alle bepalingen.

Tekenend voor deze houding is de belofte van de NVVE in de jaren tachtig om alle juridische kosten te betalen voor artsen die voor het toepassen van euthanasie zouden worden vervolgd 'als zij de geldende normen in het oog hebben gehouden'.³⁸² Ondanks het feit dat juristen moeite zouden hebben met deze formulering, leek het toch van groter belang dat artsen zich hielden aan de geest van de wet dan aan de precieze eisen. De zorgvuldigheidseisen waren geen absolute regels; gerechtvaardigde euthanasie kon ook worden verkregen als artsen zich bij benadering hielden aan deze eisen. Veel voorstanders van euthanasie dachten dat het bespreekbaar maken van euthanasie voor alle betrokkenen (de patiënt, de arts en de rechterlijke macht) meer garantie bood tegen het afwenden van misbruik dan waterdichte regels. Als euthanasie en hulp bij zelfdoding openlijk zouden worden toegepast, zodat de patiënt en de betrokkenen hun wensen expliciet konden bespreken en deskundigen toezicht konden houden, dan was het probleem van de 'toetsbaarheid' opgelost. Pieter Admiraal mocht bij de voorbereiding op de dood van Karin L. dan niet alle deskundigen hebben geraadpleegd die de richtlijnen wellicht van hem hadden geëist, toch was hij hét model van openheid: hij organiseerde gesprekken, waardoor alle betrokkenen actief deelgenoot werden gemaakt van Karins wensen, en meldde vervolgens zijn daad aan de autoriteiten. De toetsbaarheid van euthanasie hing eerst en vooral af van het creëren van een omgeving waarin euthanasie bespreekbaar was, niet van regels die maar voor één interpretatie vatbaar waren.

Het geloof in het nut van bespreekbaarheid voor de patiënt en de maatschappij bleef aanwezig in het euthanasiedebat. In 1978 beklagde de NVVE zich erover dat een onvoorwaardelijke afwijzing van euthanasie de bespreekbaarheid – die toch een voorwaarde was voor de vrijwilligheid van de daad – verhinderde. En de commissie die het SVE-rapport uit 1980 over hulp bij zelfdoding schreef, was er unaniem van overtuigd dat in het belang van de lijdende en in het 'algemeen belang'

moest worden gestreefd naar 'betere bespreekbaarheid van zelfdoding en ruimere toelaatbaarheid van hulp daarvoor', zodat 'het aantal gruwelijke zelfdodingen' zou afnemen.³⁸³ De adviseur van dit rapport, René Diekstra, en zijn collega Nicolaas Speijer (de bejaarde professor die in 1981 samen met zijn vrouw zelfmoord zou plegen) verklaarden in datzelfde jaar waarom bespreekbaarheid het aantal onnodige zelfdodingen zou doen afnemen:

[...] het afwijzen en niet bespreekbaar stellen van suïcidale voornemens belet een hulpverlener goed te beoordelen, bij welke personen suïcide wel en bij welke suïcide een niet adequaat (dat wil meestal ook zeggen voorkoombaar) gedrag is, en verhoogt soms de kans op onnodige suïcides. Bovendien leidt het er toe dat de kans op onverwachte suïcides toeneemt.³⁸⁴

Ook de 'Commissie Euthanasie' van de Christelijk-Historische Jongeren Organisatie (CHJO) was overtuigd van het nut van bespreekbaarheid. 'Veel gesprekken' over euthanasie zou garanderen dat 'onzuivere motieven uitgezuiverd worden', zei ze in 1978. Legalisatie van euthanasie was niet nodig en zelfs niet wenselijk, schreef SVE-bestuurslid H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouill in het *NRC Handelsblad* in 1977; het was beter om de euthanasiepraktijk te bevestigen middels 'intensieve breedgespreide voorlichting' en open discussie. In 1983 liet Admiraal weten dat hij zich de angst van tegenstanders wel kon indenken voor een toekomst waarin bejaarden door bijvoorbeeld bezuinigingen haast gedwongen zouden worden tot vroegtijdige levensbeëindiging. Maar door euthanasie 'zo open en eerlijk' mogelijk te benaderen, zouden deze angstgevoelens wellicht kunnen worden weggenomen.³⁸⁵ Admiraal geloofde stellig in het nut van eerlijkheid:

Wat kan er nu een grotere garantie zijn voor de tegenstanders van euthanasie en voor de patiënten [...] dan eerlijkheid? Deze eerlijkheid wordt mij door een heleboel artsen niet in dank afgenomen. Die stellen dat zij al jaren op de achtergrond euthanasie toepassen, dus waarom die openheid, waarom een regeling?³⁸⁶

De eerste opgave, schreef een *NRC Handelsblad*-redacteur in 1983, was om artsen zover te krijgen dat ze euthanasie bespreekbaar maakten. Al-

leen daardoor kon onvrijwillige euthanasie worden voorkomen en het zelfbeschikkingsrecht aan het levenseinde voor individuen worden bevorderd.³⁸⁷ Veel voorstanders van euthanasie zagen bespreekbaarheid als hét middel tegen misbruik. Zo schreef de NVVE in een open brief van april 1986:

Het belangrijkste knelpunt binnen de euthanasieproblematiek wordt gevormd door de ontoetsbaarheid van verleende hulp, onbespreekbaarheid van de hulpvraag en daarmee de reële mogelijkheid van 'afglijden'. Alleen door artsen te 'verleiden' eerlijk te zijn kan inzicht worden verkregen in de aard en omvang van de problematiek en strikte vrijwilligheid worden bewaakt en het hellend vlak worden voorkomen.³⁸⁸

Maar hoe konden toetsbaarheid, bespreekbaarheid en eerlijkheid worden bevorderd en aangemoedigd? Het nut leek duidelijk, maar er ontstond een controverser onder voorstanders van euthanasie over de beste manier waarop deze deugden konden worden gerealiseerd.

Angst voor misbruik

Reeds in 1968 zei J.J.C. Marlet: 'Euthanasie is blijkbaar voorgekomen en gebeurt waarschijnlijk vaker dan men geneigd is aan te nemen.' Waarom was er niet méér kwantitatieve informatie over de toepassing van euthanasie? Marlet dacht dat dit te wijten was aan het gebrek aan onderlinge communicatie onder artsen over euthanasie en aan het feit dat euthanasie wettelijk niet was toegestaan. Dit gevoel werd in de jaren erna steeds sterker. Aan het begin van het euthanasiedebat streefden voorstanders ernaar om euthanasie beschikbaar te stellen voor ernstig zieken die daar belang bij hadden. Het feit dat deze praktijk vaak onzichtbaar was, kwam niet vaak op in de discussie. Toch werd in het midden van de jaren zeventig in NVVE- en SVE-kringen de roep al gehoord om legalisatie van euthanasie. Toen de Maastrichtse ziekenverpleger Frans H. in 1976 voor de rechter werd gedaagd en later veroordeeld tot 18 jaar gevangenis vanwege het injecteren van fatale doses insuline in dementerende patiënten onder zijn zorg, werd de roep om legalisatie sterker. Andries Postma wees er in een interview in datzelfde jaar op dat hier absoluut geen sprake was geweest van euthanasie.

Hij en zijn vrouw Truus grepen deze zaak aan om te wijzen op de noodzaak van 'regeling' van euthanasie, omdat 'de zaak momenteel gewoon uit de hand begint te lopen'. Ook H.J.J. Leenen greep de zaak van 'broeder Frans' en andere gevallen van onvrijwillige, passieve euthanasie aan tijdens een NVVE-conferentie in Utrecht in 1978 om te pleiten voor regulatie.³⁸⁹

Bovendien waren er velen bang dat gebrek aan regelgeving zou leiden tot misbruik van euthanasie als leken verantwoordelijkheid zouden nemen voor deze daad en ondanks de beste bedoelingen zouden stranden. Zo werd de 53-jarige Utrechtse Cornelia van Ee eind 1977 pas na veel pijn en lijden op haar verzoek gedood door haar twintig jaar jongere vriend – die ook haar pleegzoon was. Eerst probeerde ze zelfmoord te plegen door slaappillen in te nemen en haar polsen door te snijden. Maar dat lukte niet. Toen probeerde haar pleegzoon haar te verhangen. Uiteindelijk overleed ze pas nadat hij haar had gewurgd. De rechtbank vond bewezen dat het verzoek tot levensbeëindiging vrijwillig was, concludeerde dat de gedaagde verminderd toerekeningsvatbaar was, maar veroordeelde hem in 1978 toch tot anderhalf jaar gevangenisstraf omdat hij de wet had overtreden.³⁹⁰ Jan Ekelmans, de toenmalige voorzitter van de NVVE, dacht dat uit deze geschiedenis een les kon worden getrokken:

Het behoeft geen betoog dat een daad als die van de man [de vriend van Cornelia van Ee] als zodanig zeer onwenselijk is; indien echter de samenleving de betrokken problematiek niet onderkent, en voor de betrokkenen (psychisch) onaanvaardbare alternatieven aanbiedt, ontstaan crisissituaties, waarin volstrekt begrijpelijk opgetreden kan worden als in feite waarschijnlijk is geschied.³⁹¹

Ook hulp bij zelfdoding moest worden gereguleerd, vonden veel Nederlanders. Het aantal zelfdodingen was tussen 1969 en 1978 gestegen van 1027 tot 1458 gevallen en sommige mensen waren bang dat depressieve mensen te snel hulp kregen aangeboden bij het beëindigen van hun leven. Van Till dacht dat 'vrijbeschikking' van medicijnen om iedereen die zelfmoord wilde plegen toegang te geven tot de benodigde middelen – zoals Klazien Sybrandy dat voorstelde – het gebruik van dodelijke middelen zou bevorderen. Dit was haars inziens een ongewenste ontwikkeling en blijkbaar deelden vele Nederlanders haar mening.

Ook de zaak-Wertheim in 1981 illustreerde de gevaren van het (in de woorden van René Diekstra) 'solistisch te werk gaan', vooral als hulp werd gegeven door een onervaren leek. Ekelmans riep naar aanleiding van deze zaak op tot 'maatschappelijke regulering' om vast te leggen dat alleen artsen gerechtigd waren tot het toepassen van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Hoewel professionalisering het risico in zich droeg dat aan artsen te veel macht werd gegeven over leven en dood, leek dit zeer te prefereren boven de 'beunhazerij' van leken.³⁹²

Aan de andere kant verzette de NVVE zich tegen het idee om deze bevoegdheid exclusief te geven aan speciaal opgeleide 'thanatologen', specialisten op het gebied van het euthanasieren van patiënten. Ze wilden voorkomen dat euthanasie een 'schemerbestaan' zou leiden onder de hoede van een kleine groep deskundigen en stond erop dat euthanasie werd gezien als deel van normaal medisch handelen.³⁹³ De bereidheid van de NVVE om alleen aan artsen de bevoegdheid te geven tot toepassing van euthanasie werd gewaardeerd in sommige medische kringen. De KNMG vond dat de behandeling van ernstig zieke en stervende mensen op hun terrein lag en uitte nog meer zorgen dan de NVVE over de gevolgen van 'beunhazerij'.

Maar hoe kon de artsenstand zelf aan controle worden onderworpen? Artsen waren dé autoriteit aan het sterfbed – hoe kon hun handelen toetsbaar worden gemaakt? Sybrandy had er al vaak op gewezen dat je er niet van uit kon gaan dat artsen zouden luisteren naar het verzoek tot euthanasie van hun patiënt. Maar ze wantrouwde ook de artsen die wél euthanasie toepasten. 'Ik ben boos op de artsen,' fulmineerde ze in een interview uit 1979, 'die wel doen maar niet praten.' Niemand wist natuurlijk hoe vaak euthanasie jaarlijks werd toegepast. Sinds 1976 verzamelde de Continue Morbiditeitsregistratie gegevens over het aantal euthanasieverzoeken dat was gericht aan ongeveer 60 huisartsen uit hun bestand. Het aantal verzoeken steeg van 15 in 1976 tot 30 in 1981, zodat geconcludeerd kan worden dat huisartsen binnen deze groep in 1981 gemiddeld eens per twee jaar werden geconfronteerd met een euthanasieverzoek.³⁹⁴ Dit was de betrouwbaarste statistiek op dit gebied in Nederland, maar helaas gebaseerd op een kleine groep huisartsen.

Aan de hand van de cijfers van de Continue Morbiditeitsregistratie werd geconcludeerd dat het aantal verzoeken tot euthanasie in Nederland in 1980 ongeveer 2500 was. Dit aantal steeg sterk tijdens de ja-

ren tachtig. De genoemde statistieken gaven geen inzicht in de vraag hoeveel verzoeken door de arts werden gehonoreerd, en er werd algemeen verondersteld dat duizenden artsen dood ten gevolge van euthanasie op de overlijdensakte onjuist omschreven als 'natuurlijk'. A.D. Belinfante, voorzitter van de commissie euthanasie van de Gezondheidsraad, zei in 1982: 'Duizenden keren per jaar wordt er in ons land stilzwijgend euthanasie toegepast.' Op basis van diverse bronnen (waaronder ook euthanasie die wel gemeld was) schatte men medio jaren tachtig dat het aantal daadwerkelijke euthanasiegevallen waarschijnlijk was gestegen tot 6000 per jaar. Een Nederlandse huisarts zou volgens deze statistieken gemiddeld eens per drie jaar euthanasie toepassen.³⁹⁵ Zelfs als dit een te hoge schatting is, zei de NVVE-voorzitter Leo Fretz in 1987, dan zouden nog steeds talloze gevallen van euthanasie potentieel voor vervolging in aanmerking komen, waarmee duidelijk werd dat het verbieden van euthanasie niet het gewenste resultaat had omdat de praktijk ondergronds – zonder effectieve regulering – blijkbaar gedijde. Hoewel euthanasie tamelijk vaak werd toegepast, spraken artsen er gewoonweg niet voldoende over, schreef het *NRC Handelsblad* kritisch in 1983.³⁹⁶ Steeds meer Nederlanders raakten ervan overtuigd dat er meer toezicht moest komen op de activiteiten van artsen aan het sterfbed. De D66-parlementariër Elida Wessel-Tuinstra vond dat artsen te veel macht hadden rond het levenseinde. Om de patiënten die zich in een kwetsbare positie bevonden te verdedigen, besloot ze daarom in 1984 een voorstel tot wetswijziging in te dienen.³⁹⁷

Het probleem met artsen was niet alleen dat ze niet over euthanasie wilden spreken, maar ook dat ze soms druk konden uitoefenen op patiënten om een verzoek tot euthanasie in te dienen. De arts J.H. Mulder vertelde zijn collega's in 1983 dat de belangstelling van een patiënt voor euthanasie afhing van de manier waarop hij door zijn arts werd behandeld. Als de arts weinig deed aan pijnbestrijding en geen tijd nam voor de patiënt, dan werd een dergelijk verzoek sneller gedaan. 'Met opzet wil ik het cru stellen: Al mijn patiënten kan ik dwingen tot een verzoek er een einde aan te maken.' Sommigen vreesden dat artsen zelfs zouden besluiten om zonder overleg fatale injecties toe te dienen aan patiënten die geen kans op verbetering hadden. Het waren vooral christelijke organisaties zoals de Stichting Schuilplaats en de Nederlandse Patiëntenvereniging (met omstreeks 9000 leden in 1985) die medio

jaren tachtig de alarmklok luidden. Deze organisaties gaven zelfs 'levenswensverklaringen' uit, waarin de drager verklaarde geen euthanasie te willen.³⁹⁸

De angst voor onvrijwillige euthanasie leefde niet alleen onder behoudende christenen. De sterfgevallen in De Terp zorgden ook voor veel onrust onder andere Nederlanders, die bang waren dat artsen achter de schermen niet te vertrouwen waren. Meer en meer raakten beleidsmakers ervan overtuigd dat de afname van het publieke vertrouwen in de artsenstand aangekaart moest worden. Dr. F. Bierens, in het midden van de jaren tachtig voorzitter van de KNMG en zelf huisarts uit Wehl, merkte in een interview in 1985 op dat de discussies over euthanasie soms ongewenste effecten hadden, vooral bij bejaarden:

Dezer dagen had ik een patiënt op mijn spreekuur met een onschuldige aandoening. Daar kunt u wel honderd jaar mee worden, zei ik. Dat haal ik niet, want voor die tijd hebt u me allang een spuitje gegeven, was de reactie van die patiënt.³⁹⁹

Maar patiënten waren niet de enigen die niet precies wisten waar ze aan toe waren, ook artsen voelden zich onzeker. Artsen werd steeds vaker gevraagd om medewerking te verlenen aan een daad die volgens de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht nog steeds kon worden bestraft met gevangenschap. De kans op vervolging was weliswaar klein. Tussen 1973 (de zaak-Postma-van Boven in Leeuwarden) en 1983 (de zaak-Schoonheim in Alkmaar) was geen enkele arts voor de rechtbank gedaagd voor het toepassen van euthanasie. Officiëren van justitie waren maar matig geïnteresseerd in het vervolgen van zaken die werden gezien als behorend tot het terrein van artsen; bovendien werd euthanasie breed aanvaard door het Nederlandse publiek. Maar toch was er nog steeds sprake van grote rechtsonzekerheid voor de arts en de patiënt, zei de KNMG in 1984, en daaraan moest 'zo spoedig mogelijk een eind' gemaakt worden. 'De huidige rechtsonzekerheid over eventuele toelaatbaarheid van euthanasie' was volgens Wessel-Tuinstra dan ook de voornaamste reden om het Wetboek van Strafrecht te wijzigen.⁴⁰⁰

Ten slotte uitten sommige voor- en tegenstanders hun zorg over het feit dat de brede sociale aanvaarding van euthanasie kon leiden tot té lichtzinnige toepassing van euthanasie. Patiënten konden zich onder

druk voelen gezet tot aanvaarding van euthanasie voordat ze zelf klaar waren om te sterven, of wilsonbekwame patiënten werden misschien te snel uit het leven geholpen. De opmerkelijkste bedenking kwam van de kant van de academicus Fretz, die na het vertrek van Dupuis in 1985 voorzitter van de NVVE was geworden. In maart 1986 zei hij:

Het is bepaald verontrustend hoe makkelijk mensen 'ja' zeggen op de vraag of op coma-patiënten euthanasie mag worden toegepast. Ook het rapport van de Staatscommissie doet nogal makkelijk over patiënten in een irreversibel coma [...]. De grootst mogelijke voorzichtigheid is hier geboden. Ook in de verdere toekomst zal onze Vereniging nog een taak hebben: een corrigerende op mogelijk te ver doorslaande acceptatie van euthanasie.⁴⁰¹

Waarschuwendes uitspraken waren blijkbaar niet erg populair onder de NVVE-leden. Ook zijn bereidheid om, in navolging van het CDA-voorstel, zich tevreden te stellen met een gedoogbeleid voor euthanasie in plaats van een wettelijke regeling, werd hem niet in dank afgenomen. Medio 1987 werd hij tijdens een ledenvergadering weggestemd als voorzitter, om later vervangen te worden door Andries Postma. Maar hoewel Fretz' meningen niet geheel bon ton waren onder voorstanders van euthanasie, werden ze medio jaren tachtig toch vaak verwoord. Regelgeving leek opnieuw de beste oplossing voor het tegengaan van overhaaste besluiten tot euthanasie.

In de eerste helft van de jaren tachtig waren er kortom twee redenen waarom voorstanders van euthanasie regulatie wilden. De eerste was de angst voor misbruik. Zelfs onder optimale omstandigheden, zo erkenden diverse voorstanders, was er altijd gevaar voor ontsporing. Reeds in 1975 had Sybrandy gewaarschuwd dat legale wijzigingen noodzakelijk waren om patiënten te beschermen tegen de 'hyena's' die hen om verkeerde redenen wilden doden. Waarborgen waren essentieel in het toestaan van activiteiten zoals euthanasie, waarbij mensen toestemming kregen elkaar te doden, zei Belinfante in 1982.⁴⁰² Anderen betoogden dat de introductie van euthanasie in de moderne samenleving gevaren in zich droeg. Zo kon worden gelezen in een NRC-hoofdartikel uit 1980:

Zonder direct met de Hitlertijd aan te komen zetten moet het tot voorzichtigheid manen dat in onze technocratische en meritocratische samenleving impulsen aanwezig zijn die de roep om een goede dood in vrijwilligheid – die respect verdient – kunnen perverteren.⁴⁰³

Uitwassen en onbedoelde neveneffecten moesten tot een minimum worden beperkt door het vaststellen van effectieve controles. Omdat patiënten ongewild beïnvloed kunnen worden door anderen, zo zei de jurist en euthanasieactivist Eugène Sutorius, is het 'juist daarom [...] van zo groot belang dat er normen worden gesteld en dat die normering kan worden getoetst'. Dit verdiende de voorkeur boven de huidige 'ongenormeerde situatie'.⁴⁰⁴

De tweede reden waarom Nederlanders regulering wensten, was het verlangen naar helderheid. Zonder richtlijnen wist niemand zeker wat was toegestaan en wat niet. Maar als er meer duidelijkheid was, dan wisten vooral die mensen die vroegen om euthanasie of hulp bij zelfdoding tenminste waar ze aan toe waren, was een veelgehoord commentaar.⁴⁰⁵ Om beide redenen scheen de toetsbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding zeer wenselijk.

De grote vraag was natuurlijk hoe een klimaat van bespreekbaarheid kon worden gecreëerd waarin artsen hun daden meldden en tegelijkertijd de mogelijkheid werd behouden om artsen te bestraffen die zich, zoals de huisarts van De Terp, niet hielden aan de vastgestelde grenzen. Deze moeilijke kwestie bleef het euthanasiedebat in Nederland plagen.

Wie moet toetsen, en hoe?

In het begin van de jaren tachtig nam de Nederlandse rechtspraak de eerste systematische stappen om te komen tot openheid rond euthanasie met instandhouding van regelgeving. Al eerder hadden rechters geprobeerd om de artsen tegemoet te komen in het scheppen van duidelijkheid rond actieve levensbeëindiging. Zo stelde de rechtbank van Leeuwarden in 1973 richtlijnen op en toonde het openbaar ministerie in Den Haag zich in 1974 bereid om vooroverleg te plegen met artsen van verpleeghuizen over mogelijke euthanasiegevallen. Maar pas in 1982 zou de minister van Justitie het parlement kunnen informeren dat ook de vijf procureurs-generaal een nationaal vervolgingsbeleid

voor euthanasie hadden vastgesteld: alle gevallen van gerapporteerde euthanasie zouden door hen worden besproken en bij misbruik zou tot vervolging worden overgegaan. De beoordeling zou geschieden op basis van gestandaardiseerde normen, die ontwikkeld waren naar aanleiding van de uitspraken in het vonnis van de rechtbank Leeuwarden (1973) en dat van de rechtbank Rotterdam (1981). Wat interesse wekt, is dat deze rechterlijke richtlijnen zelf niet waterdicht waren.

Rekbare begrippen als 'ondraaglijk' stonden centraal in het evalueren van gerapporteerde euthanasie of hulp bij zelfdoding. De richtlijnen waren voor meerdere uitleg vatbaar, en toch werd deze vrijheid van interpretatie niet werkelijk beschouwd als een probleem. Waarom niet? In de eerste plaats erkenden veel deskundigen dat euthanasie en hulp bij zelfdoding gecompliceerde kwesties waren, die niet gemakkelijk konden worden onderworpen aan regels die zowel universeel als empirisch waren. De richtlijnen voor hulp bij zelfdoding die de rechtbank Rotterdam in 1981 opstelde waren gebaseerd op regels ontworpen door de NVVE. Voorzitter Ekelmans van de NVVE verwierp in zijn betoog het idee dat waterdichte regels konden worden ontworpen voor legalisatie van euthanasie:

Van achter een studeerkamertafel kan men geen exacte regels voor toelaatbaarheid van euthanasie stellen [...]. Daarom is het gewenst, dat spoedig een regeling tot stand komt, die euthanasie toelaatbaar stelt en voldoende flexibel is om aan de behoefte van de praktijk tegemoet te komen.⁴⁰⁶

De praktijk liet niet toe dat regels rond actieve levensbeëindiging te rigide werden geformuleerd omdat, volgens de PSP-parlementariër Van Es in 1986, 'het altijd om individueel te beoordelen situaties gaat, om individueel lijden, om de individuele grenzen daarvan en een individuele toetsing'.⁴⁰⁷ Elke situatie, elke patiënt was anders en daarom moest de wet ruimte laten voor interpretatie.

De tweede reden is misschien nog belangrijker. Precieze regels werden niet gezien als strikt noodzakelijk, omdat de relatie tussen justitie en de artsen werd gekarakteriseerd door vertrouwen en openheid. J. Rimmeling omschreef de richtlijnen van de rechtbank Rotterdam als 'zeer stringente en wellicht in de praktijk niet "werkende" want grotendeels op goed vertrouwen gebaseerde voorwaarden'. De notie dat

artsen moesten worden 'verleid' om in de openbaarheid te treden en hun daden in vertrouwen te melden, werd nu deel van het Nederlandse toetsbaarheidsbeleid. Volgens John Blad was de vertrouwensrelatie tussen juristen en artsen nergens beter gecultiveerd dan in het arrondissement Alkmaar, waar A.N.A. Josephus Jitta in het begin van de jaren tachtig diende als hoofdofficier van justitie. Josephus Jitta adviseerde Wessel-Tuinstra en werd later adviseur van de NVVE. Openheid van de kant van justitie kon naar zijn mening heel wat lijden en spanning voorkomen. De arts die euthanasie toepaste moest leven met de mogelijkheid dat hij door zijn daad of door het onjuist invullen van de overlijdensakte veroordeeld kon worden. Maar als de rechterlijke macht openheid betrachtte, kon niet alleen de arts worden gerustgesteld, maar kon ook met meer vrijmoedigheid worden ingegaan op verzoeken van patiënten om euthanasie. Op initiatief van de inspecteur van volksgezondheid L. Bienfait begon in 1983 in heel Noord-Holland overleg tussen artsen en de rechterlijke macht.⁴⁰⁸ En vooral Josephus Jitta beijverde zich om artsen ervan te verzekeren dat het rechtssysteem niet tegen hen was gekeerd. Hij verklaarde in 1986:

Bij veel artsen leeft een zeker wantrouwen. Men vindt dat euthanasie een zuiver medische zaak is en dat niet-medici er eigenlijk niets mee te maken hebben. Ze vinden het gek dat hun handelen wordt beoordeeld door een officier van Justitie, een jurist. Dat wekt weerstand op. Ik vind dat je die weerstand moet proberen weg te nemen door het vertrouwen te winnen en door middel van een rationele in plaats van een emotionele benadering [...]. Dat gaat niet per brief of in één gesprek. Men moet in de praktijk ook zien dat als er een collega een geval van euthanasie heeft aangegeven, wij handelen op de wijze die wij met de artsen hebben afgesproken. Dat er geen politie-auto met loeiende sirene voor het sterfhuis of bij de dokter verschijnt. Zodra men heeft ervaren dat het inderdaad kan zonder veel toestanden, stijgt de bereidheid vanzelf om voor euthanaserend handelen uit te komen.⁴⁰⁹

Josephus Jitta ging ervan uit dat euthanasie 'meestal wel verantwoord geschiedt' en dat de meeste artsen niet bang hoefden te zijn voor de politie als ze eerlijk zouden documenteren dat het overlijden was veroorzaakt door toepassing van euthanasie. Het draaide om wederzijds vertrouwen, betoogde Blad.⁴¹⁰ Het eerlijk melden van de doodsoorzaak

was essentieel om zeker te weten dat euthanasie verantwoord werd toegepast, met toestemming van de patiënt. Maar als de autoriteiten niet duidelijk zouden maken dat zij de artsen vertrouwden aan het sterfbed, dan zouden volgens deze redenering minder artsen ertoe besluiten om de overlijdensakten eerlijk in te vullen.

Deze 'nuancering' van de artikelen 293 en 294 (zoals Josephus Jitta het noemde) had snel het beoogde effect. Het aantal gemelde gevallen van euthanasie in het arrondissement Alkmaar schoot omhoog tot 38 gevallen in 1986 en 31 in 1987, beduidend meer dan in voorgaande jaren en in andere regio's. In het hele land steeg het aantal gemelde euthanasiegevallen van 31 (1985) tot 81 (1986) tot 125 (1987). In het laatste jaar werden slechts twee artsen voor het toepassen van euthanasie vervolgd.⁴¹¹ Hoewel deze cijfers hoger waren dan in de jaren ervoor, was het aantal gemelde gevallen haast te verwaarlozen bij de – volgens schatting – duizenden keren dat euthanasie daadwerkelijk plaatsvond per jaar. Na 1985 verfiende het ministerie van Justitie het vervolgingsbeleid voor artsen, maar het beleid bleef gebaseerd op het respect voor de 'noodtoestand' waarin de arts die tot euthanasie besloot zich kon bevinden. Artsen werden er door de rechterlijke macht toe aangemoedigd om euthanasie in openheid en vertrouwen te benaderen en het bespreekbaar te maken. Medio jaren tachtig werden artsen die volgens dit model werkzaam waren, zoals Admiraal, openlijk geprezen door de officieren van justitie. Zo zwaaide P.F.J. van Benthem van Breda in 1984 bijvoorbeeld een arts lof toe die de autoriteiten deelgenoot had gemaakt van zijn voornemen om euthanasie toe te passen, en hij verklaarde dat hij van deze arts 'een openheid die weldadig aandoet' had ervaren.⁴¹²

Waarom waren Nederlandse juristen zo gewillig om artsen ruimte te geven in het toepassen van euthanasie en hulp bij zelfdoding? Sommigen sympathiseerden met artsen die zich in deze benarde toestand bevonden, en ze wilden het hen niet nog moeilijker maken – Josephus Jitta was een van hen. Anderen wilden artsen niet vervolgen omdat ze verongelikt waren dat politici hen hadden opgezadeld met te veel verantwoordelijkheid voor het door vervolging en veroordeling 'oplossen' van een politiek gevoelig onderwerp als euthanasie (dit was de mening van 81 procent van de rechters in 1991).⁴¹³ Enkele buitenlandse commentatoren stonden ervan versteld dat inspecteurs zo weinig enthousiasme aan den dag legden om overtreders op te sporen, dat zo weinig euthanasiegevallen werden vervolgd en dat de straffen die aan overtre-

ders werden opgelegd zo mild waren. De 'vertrouwensstrategie' die hieraan ten grondslag lag, kon Herbert Hendin, Carlos Gomez en Keown weinig imponeren; naar hun idee stond dit gelijk aan het geven van een carte blanche aan artsen. Ze waren verbijsterd dat juristen zo veel eerbied bleken te hebben voor artsen. Ook voorstanders van euthanasie waren niet altijd even gelukkig met het vervolgingsbeleid, omdat het alleen effectief was bij euthanasiegevallen waarbij (vrijwel) alles volgens de richtlijnen was geschied. Artsen die overtredingen hadden begaan, zouden zichzelf niet snel aangeven door dit openlijk te melden. Maar zelfs artsen die wel naar eer en geweten hadden gehandeld, konden door dit beleid niet allemaal worden aangemoedigd om hun daden te melden. Vanaf het begin werd betwijfeld of het vervolgingsbeleid van de procureurs-generaal afdoende zou zijn.⁴¹⁴

Al dachten critici dat het toetsingsbeleid van de procureurs-generaal weinig voorstelde, artsen bleven zich verzetten tegen het idee dat ze euthanasie zouden moeten melden en kans liepen om gesommeerd te worden om te verschijnen in het politiebureau of voor de rechtbank. Toen in 1982 de vervolgingsrichtlijnen voor euthanasie van kracht werden, waren Nederlandse artsen de enigen in de wereld die aan systematische rechterlijke toetsing werden onderworpen. Hoewel de kans op vervolging zeer gering was, waren artsen toch niet blij met het feit dat ze onder toezicht van het openbaar ministerie stonden. Daarnaast vonden sommigen dat justitie geen recht had om zich te mengen in strikt medische aangelegenheden. Artsen die gekant waren tegen euthanasie vonden dat deze praktijk niets met de geneeskunde gemeen had. Maar artsen die euthanasie toepasten of daartoe bereid waren, schaalden euthanasie en hulp bij zelfdoding vaak onder normaal medisch handelen; zij beschouwden dit als een medische interventie waarover de arts en de patiënt tot overeenstemming waren gekomen. Deze artsen begrepen niet waarom euthanasie wel gemeld moest worden, en operatief ingrijpen niet. Maar de voornaamste reden waarom artsen zich verzetten tegen het vervolgingsbeleid was van pragmatische aard: hoe kon er voldoende rechtszekerheid worden verkregen om te weten dat ze niet voor euthanasie vervolgd zouden worden? De KNMG erkende in het begin van de jaren tachtig dat toetsbaarheid noodzakelijk was, maar zag ook in dat de vrees voor vervolging onder artsen een belemmering zou blijven voor het volledig toetsbaar kunnen maken van euthanasie.

Deels om de onrust onder huisartsen weg te nemen en tegelijkertijd de toetsbaarheid te vergroten stelde het hoofdbestuur van de KNMG in het *Standpunt inzake euthanasie* (1984) voor om 'consultatiemogelijkheden' in het leven te roepen waarvan de arts gebruik kon maken voordat hij actieve levensbeëindiging zou toepassen bij een patiënt. De mogelijkheid tot overleg met anderen achtte het bestuur essentieel voor het bereiken van 'zorgvuldige besluitvorming'. De KNMG vond dat deze consultaties 'collegiaal' plaats moesten vinden, zonder inmenging van buiten. Door informeel overleg met collega's kon de arts die toepassing van euthanasie overwoog volgens het *Standpunt* voorzien worden van een 'klankbord':

Deze vorm van consultatie vooronderstelt uiteraard een persoonlijke relatie tussen de consulterende en geconsulteerde arts, een gezamenlijke betrokkenheid bij en bekendheid met de medische, sociale en religieuze achtergronden van het euthanasieverzoek alsook een gemakkelijke onderlinge bereikbaarheid.

Daarnaast stelde de KNMG voor om formelere, regionale toetsingscommissies op te zetten, die zouden bestaan uit drie tot vijf andere artsen en de objectiviteit van het besluitvormingsproces moesten bewaken. Deze commissies zouden dienen als het belangrijkste toetsende orgaan. Tevens zouden ze centraal gegevens verzamelen over de euthanasiegevallen die onder hun aandacht kwamen. De KNMG wilde niet dat artsen zich zouden laten intimideren door het bestaan van deze commissies en zouden afzien van melding. Om dit te voorkomen oordeelde het *Standpunt* dat de commissieleden 'een zo onafhankelijk mogelijke eigen mening over het euthanasievraagstuk hebben, dat wil zeggen in ieder geval niet a priori afwijzend tegenover de toepassing van euthanasie staan'. Later werd hieraan toegevoegd:

Overigens is het niet de bedoeling van het hoofdbestuur de consulterende arts met de voltallige toetsingscommissie te confronteren. Het hoofdbestuur vreest namelijk dat dit het beoogde karakter van de toetsingen niet ten goede zal komen [...]. [Het lijkt] het hoofdbestuur beter dat als regel slechts één van de commissieleden [...] het gesprek met de consulterende arts voert en dat de overige commissieleden daarbij desgewenst als 'achterland' van het toetsende commissielid fungeren.⁴¹⁵

Evenals juristen als Josephus Jitta wilde ook het hoofdbestuur van de KNMG dat artsen openlijk durfden uitkomen voor toepassing van euthanasie. Het consulterende 'gesprek' was niet bedoeld als een onderzaging of gerechtelijk onderzoek, maar als een kans om euthanasie toetsbaar te maken onder collega's. En hierin kwamen ze blijkbaar tegemoet aan de wensen van de artsen. Artsen stelden een informeel, collegiaal gesprek over euthanasie op prijs, zo bleek ook uit de ervaringen die huisartsen deelden tijdens een nascholingscursus oncologie in 1986 in Groningen. Van de 63 deelnemers hadden er 51 euthanasie toegepast, in totaal 90 keer over de afgelopen twee jaar. De overgrote meerderheid had vooraf overleg gepleegd met anderen. De groep huisartsen was zeer te spreken over de voordelen van 'onderlinge toetsing', vooral als die toetsing zou geschieden door personen die bekend waren met de medische situatie van de patiënt, die informatie konden geven over de juiste wijze om euthanasie uit te voeren en die de psychische druk die gepaard gaat met het beëindigen van iemands leven konden delen. Bovendien verklaarde huisarts G.Th. van der Werf uit Haren: 'Discussie over euthanasie en de uitvoering ervan in een bepaald geval draagt bij aan het expliciteren van de gehanteerde normen, evenals aan de zorgvuldigheid van het handelen.' Met andere woorden, onderling overleg en discussie waren gewenst om vast te stellen wat euthanasie precies was en hoe het zorgvuldig kon worden toegepast. Veel huisartsen zeiden 'grotere openheid' te waarderen en beloofden euthanasie te melden zodra het wettelijke en politieke klimaat waarbij euthanasie in een 'criminaliserende sfeer' terecht was gekomen, was veranderd.⁴¹⁶

De KNMG was er niet helemaal gelukkig mee dat artsen euthanasiegevallen moesten melden aan de rechterlijke macht. Hoewel het hoofdbestuur in 1984 toegaf dat de kans op vervolging van artsen die hadden voldaan aan de zorgvuldigheidscriteria gering was, vond het dat 'hier toch meer duidelijkheid op zijn plaats [is]' en wenste meer 'overleg' tussen het ministerie van Justitie en de KNMG.⁴¹⁷ Haar voorstel van toetsingscommissies die waren samengesteld uit artsen, werd op korte termijn niet gerealiseerd – toetsing bleef in handen van justitie. Tegenstanders van euthanasie vonden dat ook beter; het was een schrikbeeld in hun ogen om artsen alle macht in handen te geven zonder effectieve controle van buitenaf. Nederlandse rechters verwierpen medio jaren tachtig het argument dat euthanasie deel van normaal medisch handelen was en daarom onderworpen aan regulatie door het

medisch tuchtcollege. Ook voorstanders van euthanasie, zoals Henk Leenen en Heleen Dupuis, waren het er niet mee eens dat euthanasie exclusief het terrein was van medici; het was niet een zuiver medische handeling en moest daarom tevens aan publieke controle worden onderworpen. Omdat het zelfbeschikkingsrecht ook deel was van euthanasie, betoogden Dupuis en Thung, was 'regulatie enkel door artsen en andere medische beroepsgroepen volstrekt ónvoldoende'. De overheid en de maatschappij moesten zich ook verantwoordelijk weten voor het handhaven van de rechten van de patiënt. Bovendien vonden veel juristen en ethici dat artsen euthanasie en hulp bij zelfdoding te vaak eenzijdig benaderden en moedigden hen aan om niet alleen de medische aspecten in ogenschouw te nemen, maar ook de ethische en juridische.⁴¹⁸

Uit het voorgaande blijkt dat de overheid en de artsen onderling stredden om de verantwoordelijkheid voor het toetsen van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Maar er waren ook wetsvoorstellen waarin werd geprobeerd om beide partijen een stem geven. De Staatscommissie Euthanasie stipuleerde in haar wetsvoorstel uit 1985 dat de arts die actieve levensbeëindiging overwoog overleg moest plegen met een geneeskundige die door de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aangewezen was. Hetzelfde voorstel werd gedaan in de *Proeve* van het kabinet (CDA/VVD) in 1986. Wessel-Tuinstra nam in haar wetsvoorstel uit 1984 genoegen met een 'onafhankelijke geneeskundige', hoewel het ook de bepaling bevatte dat de arts vijf jaar lang een 'journaal' zou bijhouden van elk euthanasiegeval, om dit desgevraagd aan de officier van justitie te kunnen overhandigen.⁴¹⁹ De drie voorstellen werden niet aangenomen, voornamelijk omdat de partijen met elkaar van mening bleven verschillen over de mate en wenselijkheid van legalisatie en de samenstelling van toetsingscommissies. Pas bij de aanvang van het tweede paarse kabinet in 1998 werden regionale toetsingscommissies officieel geïnstalleerd. In deze commissies had niet alleen een arts zitting, maar ook een ethicus en een jurist. Zo samengesteld kon het de goedkeuring wegdragen van zowel de medische stand als de voorstanders van een publieke vorm van controle. Maar alle partijen die bij dit getouwtrek betrokken waren – van de procureurs-generaal tot de KNMG en de politici – hadden het verlangen gemeen dat de openheid van de discussie moest worden bevorderd, en dat tegelijkertijd diegenen die de vastgestelde grenzen overtraden moesten kunnen worden

bestraft. Het zoeken was gericht op een praktische vormgeving waardoor beide doelstellingen in evenwicht werden gehouden, 'een voortdurende en waakzame – en vooral openhartige – toetsing van medisch handelen', zoals een hoofdartikel van het *NRC Handelsblad* het in 1983 verwoordde.⁴²⁰ Waakzaamheid was belangrijk, maar openhartigheid was nog belangrijker. Want zonder openheid zou er geen toetsing kunnen zijn.

Wettelijke regeling of medische exceptie?

Het besef dat euthanasie bespreekbaar en toetsbaar moest zijn, bracht steeds meer Nederlanders tot de overtuiging dat wijziging van de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht noodzakelijk was. In een vette kop was op de voorpagina van een *Kwartaalblad* uit 1980 de uitspraak van NVVE-voorzitter Ekelmans te lezen: 'Legaliseren euthanasie nu!'⁴²¹ Maar niet iedereen dacht daar hetzelfde over.

In de eerste helft van de jaren tachtig was de roep om een wetswijziging (niet noodzakelijkerwijs legalisatie) onder voorstanders van euthanasie krachtig. De NVVE liep voorop – ze wilde zekerheid voor de patiënt die een verzoek tot euthanasie indiende, en voor de arts die aan het verzoek tegemoet wilde komen. In de wet zou worden vastgelegd onder welke omstandigheden euthanasie en hulp bij zelfdoding aanvaardbaar was, zodat patiënten wisten of hun wens tot levensbeëindiging gerechtvaardigd was. Als hun eigen arts weigerde om op hun verzoek in te gaan, dan kon de patiënt (of konden de familieleden) het altijd nog aan een andere vragen. Bovendien zou een wettelijke regeling artsen ervan overtuigen – voorzover dat nog nodig was – dat patiënten in bepaalde omstandigheden recht hadden om te sterven.

In dit streven naar een wetswijziging had de NVVE medio jaren tachtig de bestuursleden van de KNMG aan haar zijde. Het KNMG-bestuur kon zich vrij goed vinden in het voorstel van Wessel-Tuinstra, omdat het bescherming bood aan artsen tegen vervolging. Hoewel de KNMG nog officieel geen standpunt had ingenomen over euthanasie, wilde ze niet dat haar artsen voor de rechtbank gedaagd konden worden voor het toegeven aan het groeiend aantal verzoeken om actieve levensbeëindiging (haar vrees in latere jaren dat legalisatie artsen ertoe zou kunnen dwingen om gehoor te geven aan verzoeken tot euthana-

sie, was medio jaren tachtig nog niet echt besproken).⁴²²

Tenslotte werd van de kant van progressieve en vaak liberale politici en juristen (zoals Wessel-Tuinstra) vaak gehoord dat de wet gebaseerd moest zijn op de realiteit, en dat de wet uit 1886 niet langer een weerspiegeling was van het werkelijke leven. D66'er Jacob Kohnstamm merkte in 1981 op dat de euthanasiepraktijk de wet had gepasseerd en dat dit onaanvaardbaar was. Er was te veel rechtsonzekerheid en een te groot zwart circuit van niet-gemelde euthanasiegevallen om de wet nog langer in ongewijzigde vorm te laten voortbestaan.⁴²³ Tegen het midden van de jaren tachtig waren ook veel parlementariërs van vvd, PvdA, PPR en PSP tot de overtuiging gekomen dat wetswijziging nodig was, deels vanwege de uitspraken van enige juristen dat de artikelen 293 en 294 niet toestonden dat euthanasie impliciet als een normale medische handeling kon worden gezien. In artikel 293 wordt het de burger verboden om een mens te doden op zijn verzoek. In artikel 294 wordt het bieden van hulp aan iemand die zelfmoord wil plegen verboden. Maar artsen kunnen zich bij vele medische handelingen beroepen op de 'medische exceptie'; als zij anderen (tijdelijk) lichamelijk letsel aandoen als een natuurlijk gevolg van operatief ingrijpen, dan zijn zij daarom nog geen wetsovertreders.

De juridische discussie rond euthanasie draaide om de vraag of het doden van patiënten op hun verzoek niet kon worden gezien als een normale medische handeling, een medische exceptie op deze wetsartikelen. Sommige juristen vonden euthanasie en hulp bij zelfdoding gerechtvaardigd als 'medische exceptie', anderen waren ervan overtuigd dat de wet uit 1886 deze interpretatie niet toestond. In het begin van de jaren zeventig was de jurist J.F. Rang een van de eersten die concludeerde dat de wetsartikelen weinig ruimte lieten voor het toepassen van euthanasie, en deze mening werd in de jaren tachtig overgenomen door Wessel-Tuinstra, Josephus Jitta en anderen.⁴²⁴ Rechterlijke uitspraken waren hiermee in overeenstemming en in 1984 verwierp ook de Hoge Raad de argumentatie dat euthanasie kon worden gezien als een 'medische exceptie'. In plaats daarvan werd het artsen alleen toegestaan om in het minder vaak voorkomende geval van een noodtoestand actief levens te beëindigen. Velen waren van mening dat het slechts mogelijk was om euthanasie en hulp bij zelfdoding toetsbaar te maken als de wet duidelijk zou maken dat de vormen van actieve levensbeëindiging die aan de zorgvuldigheidseisen voldeden, niet zouden vallen

onder wetsovertreding van de artikelen 293 en 294. Wessel-Tuinstra vond dat patiënten beter beschermd en gediend waren met een duidelijke wet dan met de minder voorspelbare oordelen van rechters, officieren van justitie en artsen, waardoor 'rechtsongelijkheid, rechtsonzekerheid en onvoldoende controle op levensbeslissend ingrijpen' bleef voortbestaan.⁴²⁵

Uiteindelijk ging de wettelijke regeling van euthanasie medio jaren tachtig niet door – zij werd geblokkeerd door de regerende christendemocraten. Het CDA bleef zich als enige grote partij verzetten tegen euthanasie en verwierp het wetsvoorstel van Wessel-Tuinstra, evenals het voorstel tot wetswijziging van de Staatscommissie Euthanasie. Dit beleid stuitte op veel weerstand van hun coalitiepartner, de VVD. Het CDA had niet alleen te kampen met de steun voor het wetsvoorstel onder de VVD-parlementariërs, maar ook met de dreiging dat er een parlementaire meerderheid kon komen die het zich zou kunnen veroorloven om het CDA te negeren. Hoewel het CDA geen eigen wetsvoorstel wilde indienen, besloot de regering onder leiding van Ruud Lubbers wel een *Proeve* van een wetsvoorstel op te stellen. Het kabinet gaf hierin voorkeur aan een beperktere vorm van euthanasie – alleen toegepast bij patiënten in de terminale fase. In 1986 oordeelde de Raad van State dat, gezien de politieke verdeeldheid in het parlement, de tijd nog niet rijp was voor een wettelijke regeling. De mate van eensgezindheid die was vereist voor de Nederlandse consensuspolitiek, was nog niet bereikt.⁴²⁶ Zonder dat er sprake was van overeenstemming over de voortgang van het proces, leken regering en parlement zich vervolgens neer te leggen bij een periode van bezinning en debat. In 1989 werd opdracht gegeven tot het Rammelink-onderzoek, waardoor informatie beschikbaar zou komen voor politici om hen te helpen in het moeilijke besluitvormingsproces. Ondertussen liepen artsen nog steeds gevaar om vervolgd te worden voor levensbeëindigend handelen. Van tijd tot tijd moesten artsen hun daden verantwoorden voor de rechtbank, met als gevolg dat de praktijk in toenemende mate werd afgebakend en artsen meer duidelijkheid kregen over de situaties waarin zij niet vervolgd zouden worden.

Het verzet van het CDA tegen wetswijziging was voorspelbaar. Interessanter is de weerstand tegen wetswijziging onder voorstanders van euthanasie, zoals de *grand homme* Piet Muntendam. Zolang Muntendam medio jaren zeventig voorzitter was van de NVVE, had de organisa-

tie zich tot ongenoegen van veel leden onthouden van steun aan legalisatie. Onder zijn voorzitterschap verscheen er een rapport in 1978 dat wetswijziging niet noodzakelijk noemde. Tot zijn dood in 1986 bleef hij deze overtuiging aanhangen. Muntendam vertrouwde het parlement de oplossing van de euthanasiekwestie niet toe. Het had naar zijn mening ook slecht werk geleverd bij de abortuskwestie door pas na jarenlang politiek geharrewar te komen tot een zwak compromisbesluit. Muntendam vond dat de rechterlijke uitspraken uit het begin van de jaren tachtig voldoende rechtszekerheid gaven aan patiënten en artsen om euthanasie in eigen handen te durven nemen.⁴²⁷

Zijn mening verschilde weinig van die van de vooraanstaande jurist (en NVVE-lid) Ch. Enschedé, die vond dat euthanasie viel onder de medische exceptie en daarom in de huidige wetgeving in feite al geoorloofd was. Enschedé zag weinig reden om het strafrecht op te zadelen met het expliciteren van excepties wanneer die al impliciet waren toegestaan. Bovendien vond Enschedé evenals Muntendam het politieke landschap te verdeeld om verzekerd te kunnen zijn van een kwalitatief goede wet. Hij was niet gelukkig met de beslissing van de Hoge Raad om euthanasie te baseren op een noodtoestand, omdat dit niet de juiste situatie was voor een praktijk die tamelijk frequent en systematisch zou moeten kunnen worden uitgevoerd. De euthanasiepraktijk zou naar de mening van Enschedé moeten worden gecontroleerd door aanvullende medische toetsing en inspecties. Een aantal juristen, onder wie Sutorius, deelden deze mening.⁴²⁸

Een van de meest uitgesproken tegenstanders van een wetswijziging was Van Till, die met haar SVE even hard als de NVVE had gewerkt aan het mogelijk maken van euthanasie. Als juriste was ze er vast van overtuigd dat artikelen 293 en 294 ruimte lieten voor de toepassing van euthanasie en dat de rechterlijke uitspraken van het begin van de jaren tachtig deze interpretatie hadden bevestigd.⁴²⁹ Van Till betwijfelde of wetswijziging verhelderend zou werken, want, zei ze, dat 'brengt ook weer nieuwe interpretatieproblemen met zich mee'. Maar meer dan Muntendam en Enschedé maakt Van Till zich zorgen over de sociale effecten van legalisatie. Zo zei ze in 1977:

Als iedereen weet dat euthanasie 'mag', zal men dan nog het nodige geduld opbrengen om zieken en stervenden zo goed en liefdevol te blijven verzorgen, dat zij *niet* vereenzamen en zichzelf wel blijven ervaren als ie-

mand die nog een menswaardig bestaan leidt? Of zal men zich er dan makkelijker met de franse slag van afmaken 'want als hij zijn bestaan te beroerd vindt vraagt hij wel om euthanasie en dat krijgt hij dan ook' [...]. Samenvattend: is legalisering niet een bedreiging juist voor de zeer zieken en zwakken?⁴³⁰

Van Till herhaalde haar waarschuwing in het begin van 1984.⁴³¹ De *SVE* bleef zich verzetten tegen legalisatie als (in de woorden van Van Till) 'onnodig, ongewenst en onverstandig' totdat zij zich in 1985, toen haar streven naar de sociale aanvaarding van euthanasie was vervuld, als organisatie ophief. Voor Van Till was het instandhouden van het verbod een manier om bij verdenking van misbruik de bewijslast bij de artsen te laten in plaats van bij de nabestaanden van de patiënt. Alleen rechters – niet de wetgeving – waren in staat om de toepassing van de geraffineerde voorschriften te kunnen controleren die noodzakelijk zouden zijn om het proces in de hand te houden.⁴³²

Zelfs prominente artsen die alles in het werk hadden gesteld om van euthanasie een legitieme optie te maken, hadden hun twijfels over wetswijziging. Zo zei Admiraal in 1983: 'In de komende tien jaar zal het niet tot legalisatie komen. Dat wil ik ook niet. Ik zou niet weten hoe je het moet regelen.' Admiraal vond dat de officier van justitie in beeld moest blijven om misbruik te voorkomen. Artsen moesten – evenals hijzelf dat had gedaan – het toepassen van euthanasie openlijk aan de autoriteiten melden.⁴³³ Admiraals ideeën waren deels ingegeven door zijn wens dat toepassing van euthanasie tot een minimum moest worden beperkt. Niet alle artsen waren voorstander van legalisatie. Zelfs artsen die euthanasie in hun eigen praktijk toepasten, wilden soms dat het verbod in stand bleef.

De weerstand tegen een wettelijke regeling onder sleutelfiguren in het debat laat zien dat de euthanasiebeweging niet eensgezind was in deze kwestie. De uitspraak van de Raad van State dat de tijd nog niet rijp was voor legalisatie vanwege gebrek aan consensus sloeg niet alleen op het verschil tussen voor- en tegenstanders, maar ook op het verschil van mening onder voorstanders. Maar de verdeeldheid over de noodzaak van wetswijziging geeft ook aan dat aanpassing van de wet niet het centrale doel van de Nederlandse euthanasiebeweging was, noch dat de euthanasiepraktijk stond of viel met de expliciete opname in het Wetboek van Strafrecht. Het is opmerkelijk dat de periode van 1984 tot 1986,

toen de eerste parlementaire pogingen om te komen tot een wettelijke regeling van euthanasie faalden, niet een zwarte bladzijde was in de geschiedenis van de Nederlandse euthanasiebeweging. Integendeel, het waren jaren waarin het onomstotelijk duidelijk werd dat euthanasie een permanente en legitieme plaats in de Nederlandse samenleving had gekregen. Deze periode markeerde het begin van een maatschappelijk streven naar het verhogen van de toetsbaarheid van euthanasie, wet of geen wet. Er waren wel andere manieren om de euthanasie in Nederland gecontroleerd in praktijk te brengen dan door een wetswijziging.

De euthanasiebeweging stond of viel dus niet met het bereiken van een wetswijziging. Andere zaken waren van groter belang. Toen aan Dupuis in 1985 werd gevraagd wat het belangrijkste was voor de toekomst van euthanasie, antwoordde ze: 'Eigenlijk is de emancipatie van de patiënt en arts nog belangrijker dan legalisatie van de euthanasie.' Het feit dat de patiënt zich bewust werd van zijn rechten en dat de arts deze rechten leerde eerbiedigen, stond volgens haar centraal.⁴³⁴ Admiraal vond dat openheid en eerlijkheid waardevoller waren dan legalisatie; diepgaande discussies en eerlijk rapporteren zouden niet alleen de noodzaak tot wetswijziging tenietdoen, maar waren in zichzelf bovendien de beste bescherming tegen misbruik. Het opkomende euthanasiebeleid in Nederland werd uiteindelijk gefundeerd op het dominerende belang van openheid en eerlijkheid. Toetsbaarheid werd *gebaseerd* op bespreekbaarheid: er kon alleen sprake zijn van toetsing als patiënten spraken over hun wensen en verlangens en als artsen spraken over hun intenties en hun daden. Op hetzelfde moment werd toetsbaarheid ook *beperkt* tot bespreekbaarheid: toetsbaarheid stelde niets voor als de levensbeëindigende activiteiten van artsen niet openlijk werden gemeld of besproken. De Nederlandse overtuiging dat euthanasie toetsbaar gemaakt kon worden was minder gebaseerd op een pragmatisch en nuchter besef van de realiteit dan op een geloof dat een open en egalitaire maatschappij, waarin mensen met elkaar in gesprek waren, zelf de controle zou uitvoeren die nodig was om euthanasie vrijwillig en menselijk te houden.

Dit laatste is een aantrekkelijk ideaal met tastbare voordelen; door het stimuleren van de bespreekbaarheid van euthanasie zijn veel geheimzinnige, eenzijdige en niet-gereguleerde levensbeëindigende activiteiten tot het verleden gaan behoren. Maar de waarde die aan be-

sprekbaarheid wordt gehecht, en de afkeer van expliciete verboden die een open communicatie en een effectieve toetsbaarheid in de weg zouden staan, is een eigen leven gaan leiden in Nederland. Daardoor is onder voorstanders van het euthanasiebeleid het idee ontstaan dat het gebrek aan toetsbaarheid te wijten is aan de onwil van artsen om eerlijk hun daden te rapporteren vanwege de kans op vervolging en straf.

Maar misschien is euthanasie niet helemaal toetsbaar. Het is een daad die geen onomstreden definitie heeft, die soms moeilijk te documenteren is, die omringd is door onzekerheden en vatbaar is voor menselijk falen, misstappen of vormfouten, zodat veel gevallen van euthanasie nooit of niet geheel naar waarheid door artsen zullen worden gemeld. Bovendien is euthanasie in het ideale geval een daad van betrokkenheid en medemenselijkheid; de arts die als vertrouwenspersoon euthanasie toepast in een intieme relatie en in 'gesloten kring', vindt het misschien niet gepast om het daarna openlijk te rapporteren en de privacy van de betrokkenen aan te tasten. Zo staat de publieke deugd van eerlijke melding tot bevordering van de toetsbaarheid op gespannen voet met de persoonlijke deugden van medemenselijkheid en respect voor privacy. Om deze redenen blijft euthanasie misschien een moeilijk toetsbare daad.

De 'euthanasie-elite' aan het roer

In de Nederlandse geschiedenis is altijd sprake geweest van een spanning tussen egalitarisme (mensen moeten niet denken dat ze beter zijn dan anderen – iedereen heeft gelijke rechten) en eerbied voor de notabelen of de deskundigen. Hoewel de patiënt ertoe werd aangemoedigd om zijn verlangens in aanwezigheid van de arts naar voren te brengen, bleef de arts de deskundige met de eindverantwoordelijkheid voor het nemen van een beslissing. De Nederlandse arts inspireerde vertrouwen, niet alleen omdat hij dicht bij zijn patiënten stond, maar ook omdat van hem verwacht werd dat hij deskundig met zijn patiënten om zou gaan. Een enquête uit 1981 liet zien dat artsen hoog in achting stonden bij het Nederlandse publiek.⁴³⁵ Nog belangrijker is dat diezelfde achting ook gevonden kon worden onder beleidsmakers. Zo zei Josephus Jitta dat hij geloofde in de toetsbaarheid van euthanasie omdat hij geloofde in de integriteit van de artsen. Ook Dupuis gaf blijk van haar ver-

trouwen in artsen. Tijdens een interview in 2000 blikte ze terug op de griezelverhalen die in het buitenland de ronde deden over euthanasie in Nederland, en ze zei dat ze wist dat die niet waar waren omdat de artsen in Nederland te vertrouwen waren, want ze had er zelf in de loop van de tijd duizenden ontmoet.⁴³⁶

Voorstanders realiseerden zich dat misbruik in handen van artsen niet onmogelijk was, maar het was naar hun mening ook niet inherent aan de praktijk omdat artsen als deel van de medische stand verantwoordelijke mensen waren. Waren artsen de nieuwe hogepriesters geworden, verheven boven kritiek en controle, zoals sommige critici suggereerden?⁴³⁷ Of zou je de Nederlandse artsen kunnen aanduiden als een bevoorrechte en machtige 'euthanasie-elite'? Hoewel het euthanasiebeleid is gestoeld op de oordeelkundigheid van de arts en daarmee veel macht in zijn handen legt, maakt de verscheidenheid aan publieke ideeën over de rol van de arts – van een gelijkwaardige gesprekspartner tot medisch specialist en ook tot tegenstander – het uitspreken van een generaliserend oordeel moeilijk.

Opmerkelijker dan de exclusieve rol die wordt toebedeeld aan artsen, is het feit dat het Nederlandse euthanasiebeleid is vormgegeven door een klein aantal deskundigen en organisaties rondom een vergader tafel. De richtlijnen en later de zorgvuldigheidseisen werden ontwikkeld zonder veel parlementaire inbreng of inspraak van het publiek. Invloedrijke richtlijnen werden opgesteld door de NVVE (die in 1981 grotendeels werden overgenomen door de rechtbank Rotterdam) en later ook door de KNMG. De zorgvuldigheidseisen werden opgesteld middels overleg tussen vertegenwoordigers van de NVVE, twee ministeries, de KNMG, politieke partijen (één vertegenwoordiger van elke partij) en later ook het kabinet.

Maar het oligarchische karakter van de beleidsvorming is nog beter zichtbaar wanneer gekeken wordt naar de mensen in plaats van de organisaties. Henk Leenen noemde terugblikkend op de jaren zeventig en tachtig vier mensen die onontbeerlijk waren in de aanvaarding van euthanasie: Muntendam, Dupuis, Kuitert en hijzelf.⁴³⁸ Deze uitspraak lijkt zeer aannemelijk als men kijkt naar de sleutelrol die elk van deze personen heeft gespeeld. Muntendam was geboren in 1901 en was hét voorbeeld van een ouderwetse Nederlandse regent: statig, welbespraakt, invloedrijk, overal gezien en overal bekend. Toen hij medio jaren zeventig voorzitter werd van de NVVE, had hij al een lange carrière

achter de rug als bekwaam en kundig bestuurder, een kenner van de Nederlandse politiek en ervaren op medisch en academisch terrein. De NVVE ontwikkelde zich onder zijn driejarig voorzitterschap tot een respectabele organisatie die het politieke spel in Den Haag kon meespeelen. Zelfs na het neerleggen van zijn functie bleef hij zijn persoon en vaardigheden inzetten tot bevordering van de euthanasiebeweging.

Zowel Dupuis als Leenen werd aan het eind van de jaren zeventig door Muntendam binnengehaald in de euthanasiebeweging om zijn werk voort te zetten.⁴³⁹ Muntendam kende Heleen Dupuis via haar vader, een arts. Tijdens de cruciale periode aan het begin van de jaren tachtig was ze de jonge en telegenieke voorzitter, die de NVVE een nieuw en fris gezicht gaf. Ze was ook politiek actief, eerst in D66 en vanaf medio jaren negentig in de VVD. Als ethica verschenen veel geschriften van haar hand en werd ze vaak uitgenodigd om zitting te nemen in invloedrijke commissies.

In tegenstelling tot Dupuis stond Leenen zelden in de schijnwerpers. Zijn centrale rol in de ontwikkeling van het Nederlandse gezondheidsrecht en het definiëren van euthanasie als een uiting van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt is reeds in het vorige hoofdstuk aan de orde geweest. Nog belangrijker dan dat was zijn onvermoeibare lobby om een wettelijke regeling voor euthanasie tot stand te brengen. Leenen blonk uit in het overtuigen van beleidsmakers tot de noodzaak van wetswijziging en betere toetsbaarheid van euthanasie. Evenals Muntendam kende hij de politiek van haver tot gort. Hij maakte ook deel uit van verschillende belangrijke gezondheids- en rechtscommissies. Zijn grootste succes was waarschijnlijk het overreden van de leden van de Staatscommissie Euthanasie zodat de grote meerderheid in 1985 besloot te rapporteren dat verandering van het Wetboek van Strafrecht wenselijk was.⁴⁴⁰

Harry Kuitert liet in het begin van de jaren tachtig zijn stem horen in het euthanasiedebat. Als de buitengewoon heldere auteur van het populaire *Een gewenste dood* overtuigde hij een groot deel van de bevolking van de morele aanvaardbaarheid van euthanasie. Het feit dat hij gereformeerd was, dempte waarschijnlijk een deel van het conservatieve verzet tegen euthanasie. Kuitert werd erg vaak aangehaald in het euthanasiedebat. Maar hij was meer dan een schrijver. Als ethicus aan de Vrije Universiteit werd hij regelmatig gevraagd voor commissiewerk en speelde hij een belangrijke rol in de Gezondheidsraad en bio-ethi-

sche commissies. Naar eigen zeggen was hij bijvoorbeeld grotendeels verantwoordelijk voor het schrijven van de ethische delen van de KNMG-rapporten over wilsonbekwame patiënten (de zogenaamde CAL-rapporten).⁴⁴¹

De invloed van deze 'euthanasie-elite' was niet beperkt tot het uitbreiden van de publieke steun voor euthanasie, hoewel Dupuis en Kuitert hierin wel een grote rol hebben gespeeld. Wat zij gemeen hadden, was hun invloed binnen beleidsvormende organen. Natuurlijk waren ze niet de enige commissieleden. Nederlandse beleidscommissies bestonden over het algemeen uit mensen met verschillende professionele en ideologische achtergronden, die samen de schouders eronder wilden zetten om een compromis te bereiken. In de euthanasiecommissies deelden de genoemde vier personen bijvoorbeeld verantwoordelijkheid met mensen die nieuw waren in het euthanasiedebat (zoals de jurist A.D. Belinfante, voorzitter van de euthanasiecommissie van de Gezondheidsraad in 1982) of er nauw bij waren betrokken (zoals Spreeuwenberg, arts, voormalig bestuurslid van de NVVE en sleutelfiguur bij de beslissing van de KNMG om euthanasierichtlijnen te publiceren in 1984). Deskundigen die in hun commissiewerk uitblonden door hun talenten, werden vaak opnieuw gevraagd voor andere commissies. Zo leerde men elkaar kennen en vertrouwen. Tegelijkertijd gaf dit een klein aantal getalenteerde en ambitieuze voorstanders van euthanasie de kans om veel invloed uit te oefenen in het debat.

Dit alles doet de vraag rijzen of het Nederlandse euthanasiebeleid in besloten kring werd gevormd, bekosttoofd in vergaderkamers door een klein aantal deskundigen zonder veel directe publieke invloed. Leenen erkende het elitaire karakter van de besluitvorming rond euthanasie onmiddellijk tijdens een interview in 2000, maar zei ook dat er sprake was van een open elitisme; iedereen met een volhardende belangstelling voor de besproken zaken kon deel uitmaken van het besluitvormingsproces.⁴⁴² De vraag hier is niet of elitaire besluitvorming goed of slecht is, maar of dit een verklaring kan zijn voor het Nederlandse geloof dat euthanasie toetsbaar is. De geruststellende woorden van deskundigen mogen de Nederlanders ervan hebben overtuigd dat de door de commissies verzamelde informatie voldoende was voor de toetsbaarheid van euthanasie. Maar nog belangrijker is het vertrouwen dat de beleidsvormers in elkaar hadden. Het is mogelijk dat het relatieve optimisme dat euthanasie controleerbaar was, voortkwam uit het re-

gelmatige, uitgebreide overleg met bekende en vertrouwde mededeskundigen, die met elkaar de richtlijnen opstelden en manieren zochten om het proces transparant te maken. Deze competente, verlichte en gewetensvolle bestuurders hadden de zaken in de hand. In tegenstelling tot het idee van veel Amerikanen en andere buitenlanders had het Nederlandse euthanasiebeleid geen precieze regels nodig, zei Spreeuwenberg in 2000. Nee, het was een kwestie van 'bijsturen', van het verfijnen van de richtlijnen rond euthanasie en hulp bij zelfdoding.⁴⁴³ Een klein aantal juristen, artsen en ethici hield de euthanasiepraktijk goed in het oog en zij zouden ingrijpen zodra het uit de hand dreigde te lopen. De toetsbaarheid van euthanasie was dus gegarandeerd door de competentie van de bestuurders en hun bekendheid met de praktijk. Na 1985 zou de besluitvorming worden gecompliceerd door toestroom van vele medici, ethici en juristen die zich hadden gespecialiseerd in de kwesties rond actieve levensbeëindiging, maar het elitaire karakter van de beleidsvoering – en het vertrouwen in eigen bestuur – ging daardoor allerm minst verloren.

Conclusie: De grenzen van de bespreekbaarheid

Op 22 november 2000 beantwoordde Els Borst, de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Sport, vragen uit de Tweede Kamer over de euthanasiewet, die een kleine week later zou worden aangenomen. In haar inleidende opmerkingen zei de minister dat haar wetsvoorstel tegemoetkwam aan de wens van 80 procent van de Nederlandse bevolking, die voorstander was van 'een mogelijkheid waardoor ernstig zieke mensen niet tot het bittere einde behoeven te lijden en waardoor artsen op verzoek het leven mogen beëindigen zonder strafbaar te zijn'. Dit betekende niet dat ieder die ongeneeslijk ziek was om euthanasie kon vragen, noch dat elk verzoek zou worden ingewilligd. In essentie ging het wetsvoorstel volgens de minister over iets anders:

Waar het om gaat, is een geregleerde mogelijkheid waardoor mensen ervan overtuigd kunnen zijn dat zij het gesprek over actieve levensbeëindiging met hun arts kunnen aangaan, wanneer zij naar hun gevoel ondraaglijk lijden, wanneer hun situatie uitzichtloos is of wanneer zij dat zien aankomen. De mensen moeten ook weten dat zij dat gesprek kunnen aangaan zonder hun arts daarbij in strafrechtelijke problemen te brengen. Omgekeerd geeft het de arts de mogelijkheid om open met mensen over zo'n situatie te praten en ook goed te doorgronden wat de achtergrond van de vraag naar euthanasie is. Patiënt en arts moeten daarvoor niet alleen met elkaar in gesprek gaan, maar ook enige tijd in gesprek blijven. Zo gaat het meestal trouwens. In dat gesprek moet duidelijk worden of degene die om euthanasie vraagt, het lijden echt niet meer aan kan, of hij een bepaalde zware behandeling niet meer wil meemaken, of hij angst heeft voor pijn en of hij bang is om alleen gelaten te worden of juist om anderen te veel te belasten. Die dingen moeten alle-

maal in dat contact aan de orde komen. En dat gaat niet allemaal in [één] gesprek.

Borst zei vervolgens dat de arts er moeite voor moest doen om achter de werkelijke motivatie van de patiënt te komen, zodat hij gerichte informatie of aanvaardbare alternatieven kon aanbieden. Ze herinnerde het parlement eraan dat slechts een derde van alle verzoeken om actieve levensbeëindiging werd ingewilligd, en concludeerde 'dat de euthanasiepraktijk in ons land als zorgvuldig kan worden gekenschetst'.⁴⁴⁴

Als het aan de minister lag, was het doel van de euthanasiewet de mogelijkheid voor 'het gesprek'. Aan de ene kant was dit een verrassend bescheiden oogmerk. De wet draaide niet om het bepalen van de morele grenzen voor toepassing van euthanasie, maar om het scheppen van ruimte voor een 'gesprek' over actieve levensbeëindiging. Dit wetsvoorstel was volgens Borst geschreven voor een pluriforme samenleving; de wet opende slechts de mogelijkheid voor patiënt en arts om te spreken over euthanasie als beiden daar belangstelling voor hadden. Niemand werd tot een bepaalde handeling of levensvisie gedwongen. Vanuit een politiek perspectief was de nadruk op 'het gesprek' een mooi voorbeeld van de pacificatiepolitiek in Nederland; zelfs tegenstanders van euthanasie konden moeilijk gekant zijn tegen diepgaande gesprekken tussen de arts en zijn ernstig zieke patiënt. Bovendien kwam hierin tot uiting dat de beslissing om tot euthanasie over te gaan een gezamenlijke verantwoordelijkheid was. Door het aangaan van goede gesprekken tussen arts en patiënt kon worden vermeden dat besluiten eenzijdig werden genomen.

De euthanasiewet van 2001 kent in theorie een paar interne spanningsvelden. Er bestaat een spanning tussen het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt en de eindverantwoordelijkheid van de arts. Zo kreeg de wilsverklaring wel een aparte wettelijke status, maar zijn artsen niet verplicht zich ernaar te voegen. Ook zijn er regionale toetsingscommissies ingesteld opdat artsen niet bevreesd hoefden te zijn voor justitie, maar als de commissie besluit dat de arts zich niet voldoende heeft gehouden aan de zorgvuldigheidseisen, wordt hij toch nog doorgestuurd naar justitie. Maar theoretische spanningen hoeven geen praktische spanningen op te leveren als de verschillende partijen moeite doen voor een diepgaand gesprek dat naar wederzijdse tevredenheid verloopt. Euthanasie is een serieuze en gecompliceerde zaak;

een gesprek lijkt meer houvast te bieden voor een goed verloop dan rechtlijnige en abstracte principes.

Het is al vaak gezegd dat een pragmatische geest centraal staat in de Nederlandse benadering van veel sociale problemen, waaronder euthanasie. De bereidheid om in deze wet minder aandacht te schenken aan scherp afgebakende principes en meer aan het belang van 'het gesprek' zou hiervan een teken kunnen zijn. Maar wat hierin nog meer de aandacht trekt, is de mate waarin het Nederlandse euthanasiebeleid is gebaseerd op een idealistisch beeld van de realiteit. De Nederlandse arts is volgens de wetsverwachtingen meelevend en zeer deskundig, hij kan effectief communiceren met zijn patiënten en is bereid al zijn daden te melden als hij in principe niet voor vervolging in aanmerking zou komen. De ernstig zieke patiënt is geëmancipeerd genoeg om te vragen om een vervroegde dood, hij kan zijn verzoek motiveren, zijn daad ten opzichte van anderen verantwoorden en rationeel een keus bepalen uit de alternatieven die hem worden voorgelegd. De vrijwilligheid van euthanasie hangt af van de kwaliteit van het gesprek tussen de arts en zijn patiënt, en deze kwaliteit wordt bepaald door de voornoemde persoonseigenschappen.

Het geloof in de voordelen van 'het gesprek' geeft niet alleen inzicht in de manier waarop Nederlanders problemen willen oplossen, maar ook in hun collectieve zelfvertrouwen. Het Nederlandse zelfbeeld is dat van een nuchter volk, bevrijd van ideologische denkbeelden, verlicht, egalitair, meelevend, verantwoord en bescheiden. Nederlanders zijn vooruitstrevend in het doorbreken van taboes en vasthoudend als het gaat om de orde in de samenleving. En al deze kwaliteiten zijn het gevolg van een open gesprekscultuur. Nederlanders durven de dialoog met elkaar aan te gaan en zijn open en direct. Het aangaan van een gesprek is niet een neutrale handeling, maar een positieve deugd. Het gesprek heeft morele draagkracht, waardoor participanten ervan verzekerd worden dat ze op het goede spoor zitten. Paul van der Maas was van mening dat de Nederlanders denken dat de kwaliteit van hun eigen beleid beter is dan dat van andere landen, omdat ze alles zo grondig bespreken.⁴⁴⁵ Dit zelfvertrouwen is zeer belangrijk voor het euthanasiebeleid. Landen die een dergelijk positief zelfbeeld missen, durven deze praktijk daarom ook minder snel toe te vertrouwen aan hun burgers.

De bewering dat het Nederlandse euthanasiebeleid is gegrond op een idealistische voorstelling van 'het gesprek', kan suggereren dat

hun geloof in de doeltreffendheid van uitgebreide discussies een illusie is, een afwijking van de realiteit. Maar dit zou ik niet willen zeggen. Hun geloof dat euthanasie bespreekbaar kan en moet zijn, heeft geleid tot daadwerkelijke voordelen. Ze hebben een moeilijke kwestie niet willen laten liggen, maar hebben het aangedurfd om zich eerst af te vragen wat artsen praktisch uitrichten aan het sterfbed, en vervolgens na te denken over wat de morele plicht van de artsen zou moeten zijn. Ze hebben aangetoond dat het onderscheid tussen reeds beoefende vormen van passieve euthanasie en het actief beëindigen van leven in veel opzichten kunstmatig is. Ze hebben het mogelijk gemaakt dat patiënten hun eigen stervenswensen durfden te uiten, zodat het niet alleen voor sommigen mogelijk werd om vervroegd te sterven, maar ook dat anderen rustig een natuurlijke dood konden afwachten, in de wetenschap dat hun arts hun het laatste zetje zou geven als het leven werkelijk ondraaglijk zou worden. Bovendien heeft het bespreekbaar maken van euthanasie veel artsen ervan overtuigd hun daden te melden. Het aantal gemelde euthanasiegevallen is sterk gestegen; was er in het begin van de jaren tachtig sprake van enkele meldingen, op dit moment is dat ongeveer de helft van alle gevallen. Ook heeft het de mogelijkheden voor onderlinge communicatie tussen artsen vergroot; door overleg en informatieverschaffing hebben ze hun kennis over de juiste manier om terminale patiënten te helpen kunnen vergroten. Dit is waarschijnlijk vooral in ziekenhuizen te merken, waar artsen werken in teamverband.

Ten slotte heeft de bespreekbaarheid van euthanasie de reden voor clandestiene – en misschien daarom ook onzorgvuldige – toepassing van actieve levensbeëindiging weggenomen. Er is weinig bewijs voor het feit dat euthanasie lichtzinnig of harteloos wordt toegepast, zoals sommige tegenstanders hebben beweerd. In dit opzicht heeft het spreken over euthanasie geleid tot grotere sociale controle. Door de noodzaak van het voeren van verschillende gesprekken is deze praktijk tamelijk effectief onder controle gebracht. Daarom zou ook betoogd kunnen worden dat samenlevingen die deze gesprekscultuur niet kennen, er goed aan doen euthanasie verboden te houden. Het voornemen van de Belgische regering om evenals hun buurland euthanasie wettelijk te regelen, heeft vanwege de traditioneel grotere geslotenheid in dit land daarom ook enige kritiek te verduren gehad van sommige Nederlanders.⁴⁴⁶

Maar in de veronderstelling dat een moeilijke kwestie als euthanasie het best kan worden aangepakt door erover te praten, schuilen ook gevaren. Terminale patiënten die zelf nog niet hebben willen nadenken over actieve levensbeëindiging, kunnen er door hun arts, familie of vrienden van worden overtuigd dat ze deze optie serieus in overweging moeten nemen.⁴⁴⁷ Het verzoek moet worden gedaan door de patiënt, en door het bespreekbaar maken van euthanasie kan de patiënt zich onder druk gezet voelen om voor een vervroegde dood te kiezen voordat hij er zelf klaar mee is. Ik heb zelf ervaren hoe vrienden van een terminale patiënt in de hospice waar ik tijdens mijn studie in Amsterdam aan het begin van de jaren negentig enige tijd vrijwilligerswerk verrichtte, deze druk uitoefenden. Maar het is moeilijk na te gaan hoe vaak – of hoe zelden – patiënten worden aangemoedigd om door euthanasie een einde te maken aan hun lijden.

Een probleem van algemenere aard is dat het bespreekbaar maken van een taboe (ondanks de daaraan verbonden voordelen) soms kan leiden tot een, in de woorden van psychiater F. van Ree, 'verglijdend normbesef'.⁴⁴⁸ Niet alleen verschuiven de grenzen van goed en kwaad door het doorbreken van het taboe rond euthanasie, maar het hele idee dat er duidelijk morele grenzen zijn wordt door de bespreekbaarheidscultuur ondermijnd. In de dialoog is het bereiken van overeenstemming belangrijker dan het onwrikbaar volgen van vastgestelde normen. Veel mensen met wie ik sprak in Nederland, onder wie verschillende deskundigen, gaven toe dat de morele grenzen tussen goed en kwaad rond euthanasie door de jaren heen haast onmerkbaar aan verandering onderhevig waren geworden. Het was een ontwikkeling die hun enige onrust baarde. Anders gezegd, door het gezamenlijk bereiken van consensus kunnen de participanten aan de discussie een groter enthousiasme over de kwaliteit van hun besluitvorming tentoonspreiden dan buitenstaanders – gezien de inhoud – gerechtvaardigd vinden.

Bovendien heeft het bespreekbaar maken van euthanasie geleid tot het minder bespreekbaar maken van sommige andere kwesties. Door van euthanasie het belangrijkste discussiepunt te maken, zijn zaken die de aandacht zouden afleiden naar de achtergrond gedrongen. Stervensbegeleiding en pijnbestrijding waren van belang, zo was de algemene gedachte in de jaren zeventig, maar konden de vraag om euthanasie toch niet wegnemen. Ondanks de terminale medische zorg – die naar algemeen werd aangenomen uitstekend was – bleef de vraag naar

euthanasie bestaan. Daarom mocht het gesprek over stervensbegeleiding, hoe belangrijk ook, niet overheersend worden in de discussie over euthanasie. In landen zoals Engeland, waar de toelaatbaarheid van euthanasie niet zo'n centrale plaats innam in de maatschappelijke discussie, werd veel eerder serieus aandacht geschonken aan het verbeteren van de palliatieve zorg (een recente term) dan in Nederland, waar deze discussie pas in de jaren negentig op gang kwam.

Ook heeft de nadruk op het reguleren van actieve euthanasie de aandacht afgeleid van het reguleren van passieve euthanasie. Hoewel het aantal keren dat levens worden beëindigd middels actieve euthanasie, in het niet valt bij het aantal keren dat de dood wordt bespoedigd door andere vormen van levensverkortend handelen, zoals het verhogen van pijnbestrijdende middelen, zijn deze laatste handelingen aan weinig controle onderworpen.⁴⁴⁹ In dit geval heeft het spreken over euthanasie de indruk gegeven dat er meer is gereguleerd dan in werkelijkheid het geval is. Tot slot is het aannemelijk dat de maatschappelijke aanvaarding van euthanasie heeft geleid tot het minder bespreekbaar maken van de aanverwante morele en sociale kwesties. Procedurele kwesties, zoals het vergroten van de toetsbaarheid, kregen meer aandacht. In dit opzicht heeft de bespreekbaarheid van euthanasie niet bijgedragen aan de kwaliteit van een breder publiek debat over de sociale en morele aspecten van de zorg voor de zieken en stervenden in Nederland.

Een van de grootste verdiensten van de socioloog Cas Wouters is het naar voren brengen van het inzicht dat door de informalisering van de maatschappij meer wordt vereist van de betrokkenen. In een samenleving die bepaald wordt door gestructureerde, formele regels, is het leven bekend en voorspelbaar. Maar in een gecompliceerde maatschappij met informele omgangsvormen moeten mensen zelf in staat zijn hun wensen te uiten en er zelf achter zien te komen wanneer dat gepast is en wanneer niet. De informalisering van omgangsvormen leidt ook tot hogere verwachtingen van stervenden, betoogt Wouters.⁴⁵⁰ De rationaliteit en de fijngevoeligheid die in het gesprek over actieve levensbeëindiging naar voren moeten komen, vereisen meer van de gesprekspartners dan situaties die afgebakend zijn door regels en vastomlijnde principes. Het is misschien te hoog gegrepen voor veel zieke en gespannen patiënten, die zich bevinden in omstandigheden waar ze niet om hebben gevraagd, en die soms met een arts worden gecon-

fronteerd waar het niet mee 'klikt', om dan rationeel uiting te geven aan hun stervenswens. Niet iedereen zal daartoe in staat zijn. Het vermogen om uitdrukking te geven aan je eigen verlangens en een gesprek daarover op gang te houden is welbeschouwd een aangeleerde vaardigheid, niet een intrinsieke menselijke eigenschap.

Wat betekent dit? Men zou kunnen zeggen dat het Nederlandse euthanasiebeleid niet bedoeld is voor iedereen, maar alleen voor diegenen die 'een gecompliceerd gezelschapsspel' (een term van de antropologe Anne-Mei The) aan het sterfbed kunnen spelen. Er zijn aanwijzingen dat de mensen die om euthanasie vragen en die het verkrijgen over het algemeen vrij veel scholing hebben ontvangen en welbespraakt zijn.⁴⁵¹ Het is mogelijk dat mensen die hun verzoek minder goed kunnen motiveren, ook minder kans hebben op euthanasie of hulp bij zelfdoding. Maar wat er in de werkelijkheid ook gebeurt, de nadruk van Borst op 'het gesprek' suggereert dat het beleid zich niet richt op de zwakken, de gemarginaliseerden en de onwelsprekenden, maar op mensen zoals Borst zelf: gearticuleerd en geschoold, met hoge sociale vaardigheden en een goed besef van geven en nemen.

Het feit dat het Nederlands euthanasiebeleid meer is gericht op de bovenlaag van de samenleving dan op de onderlaag, zou de critici die beweren dat de zwakken het slachtoffer van dit beleid zijn, tot nadenken moeten stemmen. Maar als dit waar is, doet een andere vraag zich gelden. Hoe transparant is het euthanasiebeleid als de uitvoering van de daad afhangt van de impliciete regels van het gesprek en de communicatieve vaardigheden van de gesprekspartners? Het beleid kan dan snel een verkeerde indruk wekken bij diegenen die nog niet aan het gesprek hebben deelgenomen. Aan de ene kant heeft het veel mensen het idee gegeven dat onderhandelingen niet nodig zijn voor het verkrijgen van een 'zachte dood'. Aan de andere kant zijn sommige patiënten – zoals enkele bewoners van de hospice waar ik werkte – in onzekerheid geraakt omdat ze meenden dat euthanasie voor hen bedoeld was, dat het hun plicht was om te sterven. In beide gevallen kan gezegd worden dat het Nederlandse euthanasiebeleid 'slachtoffers' heeft gemaakt zonder hen ooit te hebben geëuthanaseerd.

Er zijn tegenwoordig nog maar weinig mensen die vinden dat euthanasie 'uit de taboesfeer' moet worden gehaald. De kruistocht tegen de taboes rond dood en euthanasie behoort tot het verleden. Er is meer belangstelling voor een persoonlijk vormgegeven uitvaart, het aantal euthanasieverklaringen neemt toe, evenals het aantal meldingen na toepassing van actieve levensbeëindiging. Euthanasie is deel geworden van het morele, juridische en medische landschap in Nederland. Maar de bespreekbaarheid van euthanasie betekent niet dat er ook daadwerkelijk veel over wordt gepraat. Ten eerste blijft euthanasie in sommige opzichten een taboe: mensen denken nog steeds niet graag na over hun dood. Ten tweede zijn de publieke discussies over euthanasie meer en meer het terrein geworden van medische, ethische en juridische deskundigen.⁴⁵² De Nederlandse burgers trekken zich in toenemende mate terug uit een debat dat zich lijkt te beperken tot reguleringsvraagstukken die behoren tot het terrein van deskundigen. Ze schijnen zich tevreden te stellen met de wetenschap dat actieve levensbeëindiging toegestaan is en dat ze erover kunnen spreken met hun arts als ze ooit te maken zouden krijgen met ernstig lijden.

Euthanasie heeft nog wél een emanciperende klank. Zo beweerde het GroenLinks-Kamerlid Fernke Halsema tijdens de parlementaire debatten over euthanasie in 2000 dat de nieuwe wet het individu bevrijdde van 'Kerk, gezin, overheid en vorst'.⁴⁵³ Ook zou je het door D66 aanzwengelen van de discussie over wetswijziging aan het einde van de jaren negentig kunnen interpreteren als een bewuste poging tot emancipatie van het joods-christelijke gedachtegoed rond dood en sterven.

Maar nu euthanasie niet langer een taboe is, zijn er toch ook behoudender krachten zichtbaar geworden. Een vooraanstaand ethicus vertelde me in 2000 dat hij de 'euthanasietrein' had toegejuicht toen deze in het midden van de jaren tachtig 'uit het station' vertrok. Maar toen de euthanasietrein eenmaal voortboemde, wilde hij liever aan de rem trekken dan snelheid maken. Een aantal deskundigen vertelden mij dat ze nu 'conservatiever' waren op het gebied van euthanasie dan een decennium geleden. Deze neiging is misschien deels ingegeven door de uitbreiding van kennis rond palliatieve zorg, waardoor politici en artsen in de jaren negentig – na het hoogtepunt van het euthanasiedebat – meer bekend werden met alternatieven.

Ook is een aantal deskundigen bezorgd dat euthanasie door de inburgering in de Nederlandse samenleving te zeer een routineuze handeling is geworden (of dreigt te worden). Hoewel levensbeëindigend handelen nog steeds een van de zwaarste taken is voor een arts (en de assisterende verpleger), wordt hij er toch met enige regelmaat mee geconfronteerd. Door de zich uitbreidende praktijk zijn de regels duidelijker en omvangrijker geworden. Dit is de 'kwaliteit' van de handeling ten goede gekomen. Toch sprak Leenen zijn zorg uit dat jongere artsen door het routineuzere karakter van euthanasie er niet meer zo bij stil zouden staan dat het leven van een persoon op het spel staat en dat zij het zouden reduceren tot het volgen van een vastgesteld protocol.⁴⁵⁴ Hoe dan ook, het taboe rond euthanasie is grotendeels doorbroken en de inburgering van de praktijk heeft een andere kleur gegeven aan de gesprekken aan het einde van het leven.

Euthanasie wordt niet langer beschouwd als een 'onvermijdelijke ontwikkeling', malthusiaans denken lijkt tot het verleden te behoren en de socio-economische dimensies van het euthanasiedebat komen zelden meer aan de orde.⁴⁵⁵ Hoewel de mogelijkheden tot het toepassen van euthanasie en hulp bij zelfdoding steeds ruimer worden, komt dit niet meer voort uit de drang om donkere toekomstscenario's af te wenden. Er is zelfs meer verdeeldheid onder het Nederlandse volk over uitbreiding van de mogelijkheden tot actieve levensbeëindiging. Zo was er veel weerstand tegen de hulp bij zelfdoding verleend door psychiater Boudewijn Chabot aan een niet lichamelijk zieke vrouw in 1991. De Hoge Raad veroordeelde hem, niet omdat psychiatrische patiënten niet in aanmerking zouden mogen komen voor hulp bij zelfdoding, maar alleen omdat zijn patiënte niet door een onafhankelijk consulent was bezocht voordat zij met hulp van Chabot haar leven beëindigde. Ook wordt nu gespeeld met de gedachte om euthanasie toe te kunnen passen op demente bejaarden of hulp bij zelfdoding beschikbaar te stellen voor ouderen die 'klaar met leven' zijn. Zijn de vereenzaming en aftakeling die gepaard gaan met het bereiken van een hoge leeftijd te definiëren als 'uitzichtsloos en ondraaglijk lijden'? Deze vraag kwam in 2001 aan de orde in de rechtszaak-Brongersma en in politieke discussies.

De steun onder het Nederlandse publiek voor euthanasie in het verleden betekent niet dat deze nieuwe vormen van euthanasie ook 'in steeds bredere kring' worden aanvaard, zo blijkt onder meer uit onder-

zoek van Joop van Holsteyn en Margo Trappenburg. Hoewel Nederlanders zelfbeschikking van de patiënt erg belangrijk vinden, zijn ze niet erg ingenomen met het idee van Huib Drion in 1991 om ouderen de mogelijkheid te geven op het moment van eigen keuze met een pil een einde te maken aan hun leven, omdat hun daardoor de indruk kan worden gegeven dat ze een belasting zijn voor de samenleving. Ook waren de meningen verdeeld over de toelaatbaarheid van 'euthanasie' op demente bejaarden of pasgeborenen. Nederland is dus niet een land waar het publiek zich zonder aarzeling schaart achter de controversieelste vormen van 'euthanasie' en deze beschouwt als 'onvermijdelijk'. Om deze reden wilden Van Holsteyn en Trappenburg ook niet spreken over het bestaan van een 'hellend vlak'.⁴⁵⁶ De kolkende zuigkracht van de toekomst is overkomen; de euthanasiediscussie lijkt in rustiger vaarwater te zijn gekomen.

De Nederlandse medemenselijkheidscultuur van de jaren zeventig was een vruchtbare bodem voor de ontwikkeling van het euthanasiebeleid. Maar is Nederland nog steeds de 'zorgzame samenleving' die het toen was en wilde zijn? Gezien het tekort aan financiën en personeel in de zorgsector kan het antwoord niet gemakkelijk bevestigend zijn. Misschien zal de financiële steun die door het kabinet is toegezegd aan zorginstellingen en aan familieleden die de stervenzorg op zich willen nemen, een verschil maken. Of ligt het probleem dieper? Werken in de zorg wordt in de moderne Nederlandse maatschappij (en ook in de omringende landen) niet gezien als erg aantrekkelijk. 'Onoplosbaar lijden hoort er niet bij,' was de indruk die arts Bert Keizer had in 1996, toen hij zag hoe Nederlanders de confrontatie met ouderen en chronisch zieken schenen te vermijden; en deze zorg wordt door velen gedeeld. Op dit moment zijn er ongeveer 4000 vrijwilligers in de terminale thuiszorg, waardoor 90 procent van diegenen die vragen om thuiszorg kan rekenen op hulp. Maar de toenemende belangstelling voor deze vorm van stervenzorg zou tot een daling van dit percentage kunnen leiden.⁴⁵⁷

Verontrustender is het gebrek aan mankracht in ziekenhuizen en zorginstellingen. Dit hoeft niet te betekenen dat de vraag om euthanasie en hulp bij zelfdoding toeneemt, en helemaal niet dat artsen daarom bereid zijn op verzoeken in te gaan. Maar een samenleving waarin sociale solidariteit en medemenselijke zorg minder duidelijk zichtbaar zijn dan in de jaren zeventig en in het begin van de jaren tachtig, plaatst

de euthanasiepraktijk wel in een ander licht. Hoe kan worden voorkomen dat ernstig zieken er sneller toe geneigd zouden zijn om te denken dat ze een belasting vormen voor de maatschappij; hoe kan een cultuur van ongeduld rond ernstig lijden worden voorkomen?⁴⁵⁸ Het peil van de medische zorg in Nederland is nog steeds erg hoog – er is nog geen sprake van 'Amerikaanse toestanden' – maar hoe hoog is hoog genoeg? De medemenselijkheid van een samenleving is een belangrijke voorwaarde voor toepassing van euthanasie en we mogen hopen dat de naastenliefde aan het begin van de 21ste eeuw nog even sterk is als tijdens de jaren zeventig en tachtig.

Nederlanders schijnen het 'zelfbeschikkingsrecht' de laatste jaren absoluut te benaderen dan voorheen. Steeds vaker komt de 'patiënt-consument' bij de arts aankloppen. Sinds het zogenaamde Chabot-arrest in 1994, dat breed werd geïnterpreteerd als een verlaging van de drempel voor hulp bij zelfdoding, is het aantal verzoeken tot zelfdoding sterk gestegen. Er is goede reden om aan te nemen dat de grootste dreiging tot het té gemakkelijk verkrijgen van actieve levensbeëindiging niet bij de artsen ligt, maar bij de patiënten. In toenemende mate wordt de arts geconfronteerd met een eis van de kant van de patiënt, in plaats van een verzoek. Patiënten hebben nagedacht over de voorkeur verdienende handelingen aan het einde van het leven en zijn minder bereid om een afwijzend antwoord te accepteren. Zo kan de patiënt of zijn familie de arts een wilsverklaring voorhouden en erop staan dat de arts hier onmiddellijk gehoor aan geeft.⁴⁵⁹

Hoewel de uiteindelijke beslissing nog steeds in handen ligt van de arts, wordt het moeilijker om nee te zeggen in een wereld waar geen patiënten meer zijn maar klanten, en waar velen geloven in 'de ideologie van de "makkelijke dood"', zoals Robert Pool het zei.⁴⁶⁰ In deze context lijkt het gesprek tussen de arts en de patiënt in 2001 minder op de 'mens-ontmoetende gesprekken' van de jaren zestig en zeventig, en meer op een verlanglijstje van de patiënt. De huisarts schijnt op dit moment minder een vaderfiguur te zijn dan in de jaren zeventig. Hoewel het nog lang niet zo extreem is als in Amerika – waar artsen regelmatig door hun patiënten voor de rechter worden gesleept – schijnt er toch in toenemende mate sprake te zijn van een relatie waarin de arts en de patiënt tegenover elkaar staan. Het Nederlandse euthanasiebeleid was gegrondvest op het samenvallen van de plicht tot medemenselijk handelen van de arts en de verantwoorde zelfbeschikking van de patiënt,

maar die gelukkige samenhang van belangen is moeilijker voor te stellen in het huidige klimaat.

Gezien vanuit het gezichtspunt van de toetsbaarheid is het Nederlandse euthanasiebeleid er de afgelopen jaren alleen maar op vooruitgegaan. In de eerste plaats is er nu veel meer bekend over euthanasie, hulp bij zelfdoding en andere vormen van levensbeëindigend handelen. De statistische onderzoeken van Van der Maas en Van der Wal, die elke vijf jaar sinds 1991 zijn verschenen, hebben daarop toegezien. In Nederland is meer informatie beschikbaar over levensbeëindigend handelen dan in enig ander land. Bovendien heeft de grote meerderheid van Nederlandse ziekenhuizen en instellingen hun eigen protocollen ontwikkeld voor toepassing van euthanasie. Het institutionele beleid aan het levenseinde is daardoor transparanter en gestandaardiseerder dan voorheen. Ook zijn artsen openhartiger over het toepassen van euthanasie en hulp bij zelfdoding – het aantal gemelde gevallen is flink gestegen sinds de jaren tachtig.

Of de laagdrempelige structuur van de toetsingscommissies die in 1998 zijn ingesteld het percentage van euthanasiegevallen dat wordt gemeld nog verder kan doen stijgen, is nog niet duidelijk. De richtlijnen voor toepassing van actieve levensbeëindiging zijn de laatste paar decennia ook verduidelijkt en soms aangescherpt. Zo is de verplichte medische consultatie op dit moment grondiger dan oorspronkelijk het geval was – telefonische consultaties zijn niet langer voldoende. Ten slotte ontvangen artsen betere scholing op dit gebied, niet alleen tijdens hun opleiding en in nascholingscursussen, maar ook door een nationaal netwerk van artsen die zich specialiseren in het behandelen en bijstaan van stervende patiënten en mensen met een doodswens (de SCEN-projecten).⁴⁶¹ Maar de toetsbaarheid blijft afhankelijk van de openhartigheid van de artsen en de kwaliteit van de gesprekscultuur rond euthanasie.

Het gesprek: de tere kern van het euthanasiebeleid

Ik heb reeds betoogd dat er veel idealen ten grondslag liggen aan het Nederlandse geloof in de bespreekbaarheid van euthanasie. Maar als er al een samenleving is waar openlijk over actieve levensbeëindiging kan worden gesproken, is dat de Nederlandse. Het is niet moeilijk om het

eens te zijn met John Griffiths, Alex Bood en Heleen Weyers toen ze over de kwaliteit van de publieke discussie rond euthanasie schreven:

Waarschijnlijk is het niet altijd zo diepgaand als men zou wensen. Maar nergens anders in de wereld worden deze vragen zo open, zo systematisch, zo rustig, zo bedachtzaam en met zo'n gebrek aan ideologische starheid besproken als in Nederland.⁴⁶²

Hetzelfde zou kunnen worden gezegd van het persoonlijke gesprek tussen de arts en de patiënt. Waarschijnlijk genieten patiënten in Nederland meer dan elders de voordelen van 'het gesprek'. Niet alleen verschaft het hun de mogelijkheid om eerder te sterven, maar bovendien kunnen sommige patiënten door het openhartig bespreken van hun noden verlost worden van angsten voor het sterven. Het gezamenlijk door moeilijke problemen heen worstelen lijkt voor veel Nederlanders van groter belang dan het vaststellen van duidelijke principes en regelgeving. En omdat het persoonlijke en het publieke gesprek waarmee principes en zelfs regels kunnen worden gerelativeerd, zo van waarde is voor Nederlanders, lijkt het nog niet zo gek te stellen dat het Nederlandse euthanasiebeleid staat of valt met de kwaliteit van deze gesprekken.

Maar is 'het gesprek' in Nederland zo goed als het eens was? De idealen van de jaren zeventig en de realiteit die daardoor in het leven werd geroepen, zijn in Nederland aan het begin van de 21ste eeuw zeker niet afwezig. Toch lijken ze niet meer zo sterk te zijn als enige decennia geleden. De culturele waarden die overheersend waren in de jaren dat het Nederlandse euthanasiebeleid werd opgezet – zoals openheid en bespreekbaarheid, medemenselijkheid en verantwoorde zelfbeschikking – hebben misschien de laatste decennia aan kracht ingeboet. Als zodanig hoeft dit niet als een verrassing te komen, want samenlevingen zijn aan veranderingen onderhevig. Bovendien zou het niet goed zijn te veronderstellen dat veranderingen slecht waren of dat het vroeger – in de jaren zeventig – allemaal beter was. Maar de mogelijkheid van een veranderde cultuur doet de vraag rijzen of het euthanasiebeleid even sterk leunt op sociale solidariteit als enige decennia geleden, en of het op vergelijkbare wijze moreel kan worden gerechtvaardigd zoals toen. Stel dat de richtlijnen bureaucratischer worden, dat de Nederlandse samenleving verder individualiseert, en dat de Nederlandse ge-

neeskunde meer service aan de klanten geeft en minder zorg. Dan blijft er misschien te weinig ruimte voor 'het gesprek' – de tere kern van het Nederlandse euthanasiebeleid, waardoor het zowel ingenieus flexibel kon zijn, als ergerlijk ongrijpbaar.

Noten

INLEIDING: BESPREEKBAARHEID

- 1 Zorgen zijn geuit door verschillende Anglo-Amerikaanse tegenstanders van het Nederlandse euthanasiebeleid, onder wie John Keown, 'Euthanasia in the Netherlands: Sliding Down the Slippery Slope?', in: Keown 1995: 261-296. Zie de film *Sex, Drugs & Democracy* (1994) van Jonathan Blank, waarin euthanasie geplaatst wordt binnen het bredere kader van een libertaire Nederlandse mentaliteit. Margaret Battin in 'A Dozen Caveats Concerning the Discussion of Euthanasia in the Netherlands', in: Battin (red.) 1994: 130-144; Filene 1998: 205-212. Tweede Kamer (22 november 2000). Euthanasie. TK 26 (internetversie).
- 2 Voor een statistische samenvatting van de Nederlandse publieke opinie van 1966 tot 1991, zie: Blad 1996: 391. Voor de publieke opinie medio jaren negentig, zie: Holsteynen Trappenburg 1996. Volgens Roel Kuiper in een ongepubliceerde lezing gehouden op het SISWO, Universiteit van Amsterdam, 30 juni 2000. CDA-parlementsleider Jaap de Hoop Scheffer zei in 2000 dat, hoewel zijn Kamerfractie tegen de nieuwe wet stemde, euthanasie als kwestie helemaal niet leefde onder de actieve leden van zijn partij. Interview met Jaap de Hoop Scheffer, Den Haag, 13 juli 2000.
- 3 Lynn Tracy Nerland, 'A Cry for Help. A Comparison of Voluntary, Active Euthanasia Law', in: *Hastings International and Comparative Law Review* 13 (1989) 115.
- 4 Frank Poorthuis en Frits van Veen, 'Minister Borst: "Alle mensen zijn welkom, hoe gehandicapt ook"', in: *de Volkskrant*, 16 juli 1999.
- 5 Voor variabelen zoals gezondheidszorg, zie: Scherer en Simon 1999: 103-114. De staat Oregon heeft van alle Amerikaanse staten het meest complete systeem van algemene gezondheidszorg.
- 6 Vermeld in Quirien van Koolwijk, 'Arts niet opgeleid om levens te beëindigen', in: *NRC Handelsblad*, 10 mei 2000.
- 7 Zie bijvoorbeeld de opinie van Ben Zylicz, specialist in palliatieve zorg, in Enklaar 1999.
- 8 John Griffiths, 'Self-Regulation by the Dutch Medical Profession of Medical Behavior that Potentially Shortens Life', in: Krabbendam en Ten Napel 2000: 173-190. Zie deze en andere culturele factoren die door deskundigen zijn genoemd in Ludovica Pijnenborg, 'The Dutch euthanasia debate in international perspective', in: Pijnenborg (red.) 1995: 119-132.
- 9 Gerrit K. Kimsma en Evert van Leeuwen, 'Euthanasia and Assisted Suicide in the Netherlands and the USA. Comparing Practices, Justifications and Key Concepts in Bioethics and Law', in: Thomasma e.a. 1998: 37-39.
- 10 Volgens Andries van Dantzig in een ongepubliceerde lezing getiteld 'Doodgaan is mensenwerk', gehouden op het SISWO, Universiteit van Amsterdam, 30 juni 2000.
- 11 G.A. Lindeboom, 'Euthanasie', in: *Predikanten dokter* 2 (1932) 207.

- 12 Pauline de Bok, 'Rituele dans rond het sterfbed', in: *de Volkskrant*, 15 januari 2000. Scherer en Simon 1999: 114. Chris Rutenfrans, 'Alles onder controle: eerst het water, nu de dood', in: *De Gids* 7/8 (1997) 576-586. De Amerikaanse medisch antropoloog Frances Norwood richt zich ook op dit culturele thema in haar onderzoek naar de huisarts en euthanasie. Voor een vergelijkend antropologisch onderzoek waarin een aantal van deze thema's wordt geanalyseerd, zie: Lam 1997.
- 13 Van Dantzig 1995: 23. De meest voorspelbare breuklijn tussen voor- en tegenstanders van euthanasie was en blijft de kerkelijke grens; voorstanders staan vaak buiten de kerk, tegenstanders zitten erin. Zie bijvoorbeeld de enquêteresultaten in Van Holsteyn en Trappenburg 1996: 164-176.
- 14 Cas Wouters, 'Euthanasie in historisch-sociologisch perspectief', in: Govaart en Rolies 1993, 73-87.
- 15 C. Spreeuwenberg, 'Ter Inleiding', in: Spreeuwenberg (red.) 1986: 8.
- 16 'Buitenland', in: *Euthanasie* 14 (1988) 23.
- 17 Baar geciteerd in: Werkgroep Oordeelsvorming Euthanasie 1999: 30.
- 18 Muntendam geciteerd in: Indewey Gerlings-Huurman 1983: 10. Van Vree 1999.
- 19 *Euthanasie* 14 (1988) 1.
- 20 Voor een overzicht van euthanasie en andere vormen van levensbeëindiging of -borking in Australië, België en Nederland, zie Rob Schwitters, John Griffiths en Albert Klijn, 'Een goed gereguleerd levenseinde?', in: *FACTA* 8 (2000) 8-12.
- 21 Lam 1997.
- 22 Emanuel 1998: 189.
- 23 *Blad* 1996: 5-11.
- 24 *Blad* 1996: 391.
- 25 Geciteerd in Govaart en Rolies 1993: 7.
- 26 Marnix Beekmans en Jos Teunissen, 'Euthanasie is nu bespreekbaar geworden', in: *Hervormd Nederland*, 31 augustus 1985.
- 27 Jet Bruinsma, 'Euthanasie comapatiënten vraagt betere waarborgen', in: *de Volkskrant*, 27 augustus 1985.
- 28 Vuijsje en Wouters 1999: 55-58.
- 29 De geschiedenis van euthanasie wordt behandeld in een aantal geschriften; zie bijvoorbeeld: *Blad* 1996; Van Eeden 1996; Hoogerkamp z.j. Heleen Weyers werkt op dit moment aan een systematische geschiedenis van euthanasie in Nederland.
- I 'ONTTABOEÏSERING'
- 30 De Engelse editie is Hugo Raes, 'Boom in Benelux', in: *Delta* 11 (1968-1969) 26-33. 'Zacht creperen' werd mild vertaald als 'perish peacefully'. Het Nederlandse origineel is Hugo Raes, 'Benelux: hoogconjunctuur', in: Raes 1967: 90-99.
- 31 Vragen 579. Aanhangsel tot het Verslag van de Handelingen der Tweede Kamer, Zitting 1968-1969, 1163; zie ook het verslag van deze geschiedenis in Hofstede 1970: 74-75.
- 32 Gemeld in: Lindeboom 1960; Benson 1928.
- 33 Gemeld in: Enklaar 1995: 43-49.
- 34 McEwan 1999.
- 35 Woltjer 1992: 336. Kapteyn 1980.
- 36 Kennedy 1995.
- 37 Glaser en Strauss 1965; Hinton 1967. Kübler-Ross 1969.
- 38 Volgens Harry Kuitert is de protestantse traditie van vrijheid en directheid van belang geweest in de opkomst van euthanasie in Nederland; interview met Harry Kuitert, Amstelveen, 18 mei 2000.
- 39 Van Oijen 1996: 20-21. Praten was iets wat Van Oijen niet voldoende deed toen hij recentelijk stervenshulp toediende: hij beëindigde het leven van een stervende patiënt zonder haar uitgesproken verzoek en zonder het te melden. Hij werd in 2001 voor de rechtbank schuldig bevonden, maar hem werd geen straf opgelegd. De uitspraak van het hof in hoger beroep was bij publicatie van dit boek nog niet bekend.
- 40 De Franse historicus Philippe Ariès heeft, waarschijnlijk meer dan enig ander, de theorie uitgewerkt dat de dood verbannen is uit het moderne leven; zie: Ariès 1974. Johanna Fortuyn, 'Op verzoek van de overledene... Een onderzoek naar de uitvaartgewoonten aan de hand van overlijdensadvertenties', in: Banck e.a. 1985: 43-54; Franke 1985: 15-83. J. Matse klaagde er in 1969 over dat de rouw 'dood' was, zie J. Matse, 'De rouw is dood', in: Lehmann e.a. 1969: 24-27. Het is nog een zaak van theoretisch debat of het verdwijnen van de publieke rituelen rond de rouwtijd betekende dat mensen minder goed in staat bleken om uiting te geven aan hun persoonlijke emoties, of dat zij na verloop van tijd juist beter in staat werden gesteld om openlijk hun emoties te tonen, zoals betoogd in Herman ten Kroode en Cas Wouters, 'Informalising in het rouwen en in de omgang met doden op de snijzaal', in: Wouters 1990: 186-207. Franke 1985: 77. Henk de Feijter, 'Het taboe rond de dood en het feestje', in: *De Terebinth* (1997) 4.
- 41 G.A. Lindeboom, 'Euthanasie', in: *Predikant en Dokter* 2 (1932) 218; Bender 1937: 68-72.
- 42 Wouters 1990: 218.
- 43 Gemeld in M.W. Jongmsma, 'Geneeskunde en ethiek', in: P.J. Roscam Abbing (red.) 1968: 65. Lindeboom 1960: 133.
- 44 Meerman 1991: 106-107. Noordman 1989.
- 45 Meerman 1991: 103. Bender 1937: 65-72.
- 46 G.A. Lindeboom, 'Euthanasie', in: *Predikant en Dokter* 2 (1932) 205 e.v.
- 47 Van Mourik Broekman 1946: 85.
- 48 Dr. Wybo Kortmann, een katholiek en uitgesproken tegenstander van euthanasie, herinnerde de medische stand er in 1977 met een ingezonden brief in *Medisch Contact* aan dat 4261 Nederlandse artsen eens gezamenlijk verzet hadden geboden tegen de *Reichskommissar* Arthur Seyss-Inquart door een beroep te doen op 'den eerbied voor het leven'; in: *Medisch Contact* 32 (1977) 1146 en 1148. Aan de andere kant dacht de voorstander Derek Humphrey dat dit duidelijke standpunt van de Nederlandse artsen in de Tweede Wereldoorlog een teken was van de menslievende bedoelingen een paar decennia later; Humphrey en Wickett 1986: 170-171.
- 49 'Hoge Raad'. 27 november 1984, *Nederlandse Jurisprudentie*, 1985, nr. 106, p. 461.
- 50 C.P. Sporken, 'Euthanasie: ingrijpen in het stervensproces?' in: *Katholiek Artsenblad* 48 (1969) 12.
- 51 Een samenvatting kan worden gevonden in: Enthoven 1988: 61-65. Griffiths, Bood en Weyers 1998: 44.
- 52 Gemeld in: Flokstra en Wieling 1986: 193.
- 53 'The Editorial View', in: *Delta* 11 (1968-1969) 4.
- 54 Meier 1968: 33. Interview met Cor Spreeuwenberg, Maastricht, 29 juni 2000.
- 55 Voor een korte beschrijving van deze gebeurtenis, zie Jan Bervoets en Hans Ramaer, 'Portfolio/Van Kunstenaaropstand tot engagement. Literatuur en politiek in de jaren zestig', in: *Maatstaf* 8/9 (1989) 52-55. Interview met Cas Wouters, Amsterdam, 5 juli 1999.
- 56 *De Gids* 4/5 (1966); herdrukt als Beerling e.a. 1976. Wolkers 1962, hoofdstuk 15; Wolkers 1965: 'Euthanasie en vivisectie', onder 'euthanasie' verstond hij actieve levensbeëindiging bij laboratoriumdieren. Hofstede 1970.
- 57 Karel Innemée, 'Het imago van de begrafenisondermemer', in: Van der Zeijden (red.) 1990: 143-148. 'Een nieuwe mode...', in: *Het Begraveniswezen* 20 (1965) 125-126; 'Erg spijtig kroo', in: *Het Uitvaartwezen* 29 (1974) 62. Merk op dat de naam van het vakblad tussentijds was veranderd. Tijdens de jaren zeventig werd wel vaker gediscussieerd over de 'piëteit' van medische studenten, volgens Spruit 1986: 125; zie

- ook Herman ten Kroode en Cas Wouters, 'Informalisering in het rouwen en in de omgang met doden op de snijzaal', in: Wouters 1990: 186-207.
- 58 'Cremeren of begraven? (IV)', in: *Het Begrafeniswezen* 20 (1965) III. Cappers 1999: 248-256.
- 59 Voor meer informatie over de reacties van godsdienstige Nederlanders, zie: Cappers 1999: 268-271. In de jaren zestig groeide het aantal crematies onder onkerkelijken drie keer sneller dan onder kerkelijken; A. Weiland, 'Kerk en crematie', in: Lehmann 1969: 47-48. 'Nieuwe naam voor het verenigingsblad', in: *Het Begrafeniswezen* 26 (1971) 219; 'Uitbreiding aantal crematoria in Nederland', in: *Het Uitvaartwezen* 28 (1973) 402.
- 60 Cappers 1999: 273-274. Crematoria probeerden 'sfeervolle piëteit' te creëren en waren dus niet ongevoelig voor dit gevoel; Betty van Garrel, 'Uitvaart in Nederland', in: *Haagse Post*, 30 september 1970, 42-44.
- 61 Enklaar 1995: 58.
- 62 Solingen en Weerheijm 1967.
- 63 Volgens Cappers bleek het milieuvriendelijke argument niet op waarheid gebaseerd; crematieovens zijn niet beter voor het milieu dan graven; interview met Wim Cappers, Arnhem, 14 april 2000.
- 64 Joseph Fletcher geciteerd in: Rothuizen 1972: 116. Interview Cas Wouters, Amsterdam, 5 juli 1999. H. Lips, 'De moderne mens en de dood', in: Lips 1969: 99-112.
- 65 Albert van Daan, 'Biologische en zedelijke overwegingen bij de doodsproblematiek', in: Lips 1969: 43-50; en J. Sperna Weiland, 'De dood in de nieuwe theologie', in: Lips 1969: 37-42. Van het Reve geïnterviewd in Betty van Garrel, 'Uitvaart in Nederland', in: *Haagse Post*, 30 september 1970, 56.
- 66 H. Lips, 'De moderne mens en de dood', in: Lips 1969: 5-8, 111-112. Krop geciteerd in: Augustijn 1984: 105-107. M.A. Krop, 'Waarheid en leugen aan het ziekbed', in: *Medisch Contact* 25 (1970) 1181.
- 67 'Herwaardering van de dood' en 'Moeten sterven en de dood', in: Kuitert 1970: 149 en 161. E.C.F.A. Schillebeeckx, 'Wijsgerig-anthropologische beschouwingen over de medische manipuleerbaarheid van het sterven', in: *Katholiek Artsenblad* 47 (1968) 361-369.
- 68 Cas Wouters, 'Verplegen en sterven. Het rvz vanaf 1930', in: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* (1990) 248-250. Buskes 1975: 32. H.C. Rümke, 'De dokter en het probleem van de dood', in: *Medisch Contact* 14 (1959) 2097-3002.
- 69 Interview in: Enthoven 1987: 56.
- 70 A.A.M. van Agt, 'Recht op leven en sterven', in: *Katholiek Artsenblad* 47 (1968), 369-379. Van Dijk en Anstadt 1965.
- 71 Buskes 1975: 132-151. 'Onze stervenden worden doodgezwegen', in: *Nieuwe Revu*, 19 juli 1969. L.J. Menges, 'De waarheid aan het ziekbed', in: Faber 1971: 61-70. Mochel 1971: 19 e.v.
- 72 'Denken over de dood', in: *Het Begrafeniswezen* 25 (1970) 102.
- 73 Lofland 1978: 74-77, 95-99. M.A. Krop, 'Onze cultuur vraagt dringend om een leer, een wetenschap van de dood', in: *Nieuwsblad van het Noorden*, 17 januari 1963, p. 4.
- 74 Volgens de nvve bereikte ze een ledental van 20.000 in 1983, veel meer dan het ledental van vergelijkbare organisaties in grotere landen, zoals Groot-Brittannië (12.000 leden), Frankrijk (4000 leden) en West-Duitsland (3000 leden); 'Euthanasie internationaal', in: *nvve Kwartaalblad* 9 (1983) 5.
- 75 Brunt en Brunt 1981: 12-14.
- 76 D. van Tol, 'De stervende mens en euthanasie', in: Faber 1971: 71-83. Stichting Vrijwillige Euthanasie 1980: 57.
- 77 Kees Trimbos, 'Sterven en onderzoek', in: *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 31 (1976) 103. Het is opmerkelijk dat Trimbos de gereserveerdheid ten aanzien van onderzoek naar stervenden van Muntendam en Rang bekritiseerde; deze wetenschappers waren namelijk in het geheel niet gekant tegen euthanasie.
- 78 Thiadens en Bakker 1972: 126-128. Roscam Abbing 1972: 13-21.
- 79 Illich 1976. Wolffers 1979: 9.
- 80 'Een mens moet van ophouden weten' is een zinsnede die Kuitert geregeld zou gebruiken om lezers ervan te overtuigen zowel het sterven als de euthanasie te aanvaarden; zie: Kuitert 1970: 160. L.T.W. Suijker, 'Het aanvaarden van onze eindigheid', in: *Medisch Contact* 32 (1977) 895-896.
- 81 Geciteerd in: Ramaker 1973: 116.
- 82 'De weg naar het eind', in: *nvve Kwartaalblad* 4 (1978) 4.
- 83 D. van Tol, 'De stervende mens en euthanasie', in: Faber 1971: 71-83.
- 84 'Praten over sterven', in: *nvve Kwartaalblad* 2 (1976). Wolffers 1979: 91. Admiraal aangehaald in 'Lustrum congres: Euthanasie in de praktijk', in: *nvve Kwartaalblad* 9 (1983).
- 85 Hans van Berkestijn en Flip Treffers, 'Het recht op de dood', in: *De Groene Amsterdammer*, 9 januari 1970. Mochel 1972: 8. J. van Tijn, 'Brieven over de genadedood', in: *Vrij Nederland*, 21 juni 1975. Verhoef en Hilhorst 1981: 64-78.
- 86 Van den Berg 1969. Adviescommissie Wetgeving Betreffende Toelaatbare Euthanasie 1978: 3.
- 87 J.C.C. Marlet, 'Euthanasie', in: Kortbeek e.a. 1968: 167. Indewey Gerlings-Huurman 1977: 11, 42.
- 88 Aangehaald in: Ramaker 1973: 108. Ramaker vond dit citaat zo opmerkelijk of zo belangrijk dat hij het citaat gebruikte als titel voor het interview met de beide artsen Postma.
- 89 Henneveld geciteerd in P. van der Eijk, 'Kamervragen van CDA overhaast en overbodig', in: *De Tijd*, 3 februari 1978.
- 90 F. Kuitenbrouwer, 'Vraag blijft – is euthanasie wel in regels te vangen?', in: *NRC Handelsblad*, 7 april 1978. Staatscommissie geciteerd in: *Blad* 1996: 410.
- 91 Henk van Luijk, 'De ethiek van de gezochte dood', in: *Elseviers Magazine*, 1 maart 1980. Sybrandy en Bakker 1984: 137-138.
- 92 Zie bijvoorbeeld G.E. Mulder in: Dekker 1982: 37.
- 93 Muntendam aangehaald in 'Congres vvd over euthanasie', in: *nvve Kwartaalblad* 8 (1982) 4-5. Uit Ben van Akens interview met Admiraal in: Van Aken 1986: 147, 164-165. Interview met Harry Kuitert, Amstelveen, 18 mei 2000.
- 94 Brief van J.J. Rasker, 'Begripsbepaling euthanasie', in: *Medisch Contact* 32 (1977) 1114. Henk Leenen, de jurist die een cruciale rol zou spelen in de politieke acceptatie van euthanasie, wees de beslissing van de KNMG in 1995 om, waar mogelijk, hulp bij zelfdoding toe te passen in plaats van euthanasie openlijk van de hand als 'hypocriet'; interview met H.J.J. Leenen, Amsterdam, 6 juni 2000. Van der Does de Willebois geïnterviewd in: Enthoven 1987: 55.
- 95 'Haal in bejaardentehuizen euthanasie uit de schemer', in: *Trouw*, 29 juni 1984.
- 96 Klazien Sybrandy geïnterviewd in: Enthoven 1987: 24.
- 97 Dupuis geïnterviewd door David Godfroid, 'Je mag mensen niet verplichten te lijden', in: *De Waarheid*, 16 maart 1985.
- 98 Krabben 1997: Enklaar 1995: 11.

2 ONVERMIJDELIJKHEID

- 99 Geciteerd in: Mochel 1972: 41-45.
- 100 H.W. von der Dunk, 'Conservatisme in na-oorlogs Nederland', in: *Bijdragen en Mededelingen betreffende de Geschiedenis der Nederlanden* 90 (1975) 37.
- 101 Rob van Dijk, 'Euthanasie – idee in opmars', in: *Het Parool*, 26 januari 1980. Mochel 1972. Twee van de artsen, A. Verkuyl en C. Leering, zouden belangrijke – doch voorzichtige – voorstanders worden van euthanasie (onder bepaalde omstandigheden).

- Voor kritiek op dit gezichtspunt, geuit door een andere tegenstander van euthanasie, zie 96-97. Geciteerd in 'Arr.-Rechtbank Leeuwarden', 21 februari 1973, *Nederlandse Jurisprudentie*, nr. 183, p. 558.
- 102 Fred Feddes, "Wie wil, moet kunnen uitstappen", in: *De Groene Amsterdammer*, 20 mei 1981, p. 11. Zo herinnerde Wertheim zich de conversatie.
- 103 Geciteerd in: Mochel 1972: 38.
- 104 Meerman 1991: 57-58, 283-287.
- 105 Eijk 1987: 240-249; Van der Sluis 1979: 12-17, 30-37; Ian Dowbiggin, 'A Prey on Normal People: C. Killick Millard and the Euthanasia Movement in Great Britain, 1930-55', in: *Journal of Contemporary History* 36 (2001) 59-85.
- 106 Voor een samenvatting, zie M.W. Jongasma, 'Verlenging en verkorting van het leven', in: Kortbeek 1968: 131-133.
- 107 Volgens Meier 1968: 39.
- 108 Ezekiel J. Emanuel, 'Why Now?', in: Emanuel 1998: 189; Van der Sluis 1979: 48-56.
- 109 Filene 1998: 5-10 en 50.
- 110 Van den Berg 1969: 12. Heleen Dupuis heeft erop gewezen dat Van den Berg reeds in 1959, in *Het menselijk lichaam*, gewezen had op de gevaren van de 'medische macht'.
- 111 'Het' zwarte circuit' van de euthanasie', in: *Elseviers Weekblad*, 12 december 1981.
- 112 Van der Sluis 1979; Lindeboom 1978; Van Tol 1977. Ongeveer een decennium later werden omvangrijker geschiedkundige studies gepubliceerd, Eijk 1987 en Meerman 1991.
- 113 Ch.J. Enschedé, 'Ethiek in soorten, maar slechts één recht', in: *NRC Handelsblad*, 23 december 1985; de psychiater B.E. Chabot heeft blijkbaar een vergelijkbaar standpunt geuit, volgens een tegenstander van zijn ideeën over hulp bij zelfdoding, zie Hans Achterhuis, 'De maakbare dood', in: Achterhuis e.a. 1995: 12. Henk Meier merkte in 1968 op dat voorstanders van euthanasie de neiging hadden om naar het 'primitieve verleden' te kijken voor morele inspiratie, hoewel hij dit zelf een slecht idee vond; Meier 1968: 37.
- 114 Zie bijvoorbeeld M.W. Jongasma, 'Verlenging en verkorting van het leven', in: Kortbeek 1968: 134; J.Th.R. Schreuder, 'Het recht om te sterven', in: Kortbeek 1968: 155.
- 115 Dessaur en Rutenfrans 1986: 14. Zie ook Vermaat 2001.
- 116 Johan Goud, 'Ethische ficties', in: Achterhuis e.a. 1995: 29; R.W.M. Crougths, 'Euthanasie: een vergelijking van de huidige discussie in Nederland met de discussie in Duitsland vóór 1933', in: Stolk (red.) 1988: 104.
- 117 Bram Pols, 'Secretaris van de Stichting Vrijwillige Euthanasie: Nieuwe wetgeving is onnodig', in: *Trouw*, 29 februari 1984. H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, 'Partiëntenrecht en het artikel 292 bis van de Staatscommissie Euthanasie', in: *Medisch Contact* 43 (1985) 1347.
- 118 C. Wennen van der Mey, 'Medische ethiek ter discussie', in: *De Groene Amsterdammer*, 4 oktober 1969. Van den Berg 1969: 47.
- 119 Menges 1972: vii.
- 120 Mochel 1972: 12-13. Roscam Abbing 1972: 13. Geciteerd in Ineke Jungschleger en W. Woltz, 'Dubbelinterview', in: *NRC Handelsblad*, 16 februari 1974.
- 121 Er leefde te veel wantrouwen onder orthodoxe protestanten om werkelijk te geloven dat artsen alleen *vrijwillige* euthanasie zouden toepassen; Roel Kuiper, lezing op het siswo, Universiteit van Amsterdam, 30 juni 2000. Chris Rutenfrans, 'Alles onder controle: Eerst het water, nu de dood', in: *De Gids* 7/8 (1997) 586.
- 122 Blad 1996: 316.
- 123 'Euthanasie', in: *vu Magazine*, februari 1972. Van den Berg 1969: 47.
- 124 Paul Sporken, 'Medische ethiek moet fundamenteel veranderen', in: *De Nieuwe Linie*, 1 november 1969; H.J.J. Leenen, 'Moderne visies op de medische ethiek', in: *Katholiek Artsenblad* 48 (1969) 352-354. Van den Berg 1969: 28.
- 125 Voor een voorbeeld, zie Metz 1972, waarin staat dat de 'medische macht' artsen kan dwingen om te kiezen of 'zwakzinnigen' in leven gehouden moeten worden of niet. Metz is van mening dat ze mogen blijven leven.
- 126 H.M. Kuitert, 'Helderheid over euthanasie', in: *Trouw*, 13 mei 1983. Hilhorst 1976: 147. 'Discussienota van de Werkgroep Euthanasie', in: *Medisch Contact* 30 (1975) 7.
- 127 www.studentbmj.com/back-issues/1099/education/368.html; zie: Knight 1979.
- 128 Uit *NRC Handelsblad*, *de Volkskrant* en *Trouw*, 9-12 november 1962.
- 129 Zie O.M. de Vaal, 'Medische misère in Luik', in: *De Groene Amsterdammer*, 10 november 1962; O.M. De Vaal, 'Nog eenmaal Luik', in: *De Groene Amsterdammer*, 17 november 1962. De Bruijn 1979: 178-179; Outshoorn 1984: 114. De abortusdiscussie was niet zozeer op gang gebracht door de zaak-Van de Put – waar de baby reeds was geboren – als wel door een Amerikaanse televisiester die tijdens haar zwangerschap thalidomide had geslikt, toen geen toestemming kreeg voor een abortus provocatus in de staat Arizona en vervolgens voor deze behandeling naar Zweden afreiste. Bibeb, 'We moeten zorgen dat hij geestelijk sterk wordt', in: *Vrij Nederland*, 10 november 1962, p. 3.
- 130 Van den Berg 1969: 27.
- 131 Ekelmans 1971: 794; Ekelmans in: Mochel 1972: 46-47. H.J.J. Leenen, 'Moderne visies op de medische ethiek', in: *Katholiek Artsenblad* 48 (1969) 353-354. Artikel door M.A. Krop in *Medisch Contact*, oktober 1971, aangehaald in 'Euthanasie – een sterk geladen woord: Onze cultuur vraagt dringend om een leer, een wetenschap van de dood', in: *Nieuwsblad van het Noorden*, 17 januari 1973, p. 4. C.P. Sporken, 'Euthanasie: ingrijpen in het stervensproces', in: *Katholiek Artsenblad* 48 (1969) 14-15.
- 132 A.D.W. Tilanus, *Tweede Kamer*, Zitting 1969-1970, 40ste vergadering (3 februari 1970) p. 1951, 1954.
- 133 H.M. Kuitert, 'Helderheid over euthanasie', in: *Trouw*, 13 mei 1983.
- 134 Kuitert 1981: 26-32.
- 135 C. van der Meer, 'Euthanasie, spanningen en misvattingen', in: Van der Meer 1990: 156. Terlouw in Philip Engelen, 'Het pleidooi van Louis Sinner voor een "menswaardige dood"', in: *Hervormd Nederland*, 9 september 1978.
- 136 Kuitert geciteerd in: Hoogerkamp z.j.: 9. Sporken 1969. C. van der Meer geciteerd in Leo Kleyn, "'Zachte dood" zaait verwarring', in: *Trouw/Kwartet*, 2 maart 1973. Van der Meer zei verder dat hij euthanasie niet zou toepassen op 'praktische' gronden. Dupuis 1976: 137. 'Discussienota van de Werkgroep Euthanasie', in: *Medisch Contact* 30 (1975) 7-16.
- 137 Zie bijvoorbeeld de zorg van Dupuis over 'het toenemende imperatief van de technologie', in Heleen M. Dupuis, 'Mag er nog gestorven worden?', in: Been (red.) 1989: 13-18.
- 138 'Voorstel van wet van het lid Wessel-Tuinstra tot wijziging van de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht: Nader gewijzigd voorstel van wet', *Tweede Kamer*, 1983-1984, 18 331, nr. 2. Herdrukt in: Doek z.j.: 48-49. 'Hoge Raad', 27 november 1984. *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 106, p. 464.
- 139 Blad 1996: 391.
- 140 Voor een tamelijk militant voorbeeld, zie A.C. Drogendijk jr., 'Op de grens van soort en individu', in: *Medisch Contact* 29 (1974) 505-509. Zie ook een weerwoord door E. BenGershôm op p. 509. Wetenschappers die onderzoek hebben gedaan naar de geschiedenis van het moderne abortusdebat, zijn verdeeld over de vraag welke rol malthusiaanse motieven hebben gespeeld. Outshoorn 1984 relateert het belang dat De Bruijn 1979 eraan hecht.
- 141 Jörg 1968: 98.
- 142 A. de Froe, 'Medische ethiek moet democratisch zijn', in: Calff (red.) 1969: 27.
- 143 R.J. Zonneveld, 'Oud worden in onze maatschappij', in: Van Bekkum e.a. 1974: 18.

- Zie het kader bij Marius Aalders, 'Het recht om te sterven – een goed recht', in: *Haagse Post*, 27 januari 1971.
- 144 J.H. van den Berg, 'Een conflictpsycholoog over bevolkingsgroei', in: Van den Berg 1969a: 55. De prominente katholieke intellectueel F.J.J. Buytendijk feliciteerde zijn vriend Van den Berg met het verschijnen van *Medische macht* en voegde daaraan toe: 'Ik begrijp dat je het vraagstuk van de abortus provocatus op sociale indicaties buiten beschouwing hebt gelaten.' Dit suggereert dat Buytendijk van mening was dat Van den Berg euthanasie zag als deel van een groter belang waaronder ook abortus provocatus viel, en dat deze zorgen gebaseerd waren op maatschappelijke belangen, zoals de zorg om overbevolking; zie de brief in: Heij 1989: 131.
- 145 Interview met Van den Berg in 'Verworven medische macht vraagt vernieuwing van ethiek', in: Calff 1969: 3-12.
- 146 Muntendam e.a. 1977. Het rapport zegt niets over euthanasie. Het enige wat Muntendam in dit verband zei, was dat de kwaliteit van leven meer moest worden benadrukt dat de kwantiteit van leven. 'Oud worden – oud zijn', in: *nvve Kwartaalblad* 2 (1976). Muntendam geciteerd in: 'Prof. Muntendam en de euthanasiewetgeving', in: *nvve Kwartaalblad* 2 (1976); P. Muntendam, 'Euthanasie, weer terug in de taboesfeer?', in: *nvve Kwartaalblad* 8 (1982).
- 147 'Kosten gezondheidszorg tussen 1963 en 1972 gestegen met ongeveer 450%', in: *Medisch Contact* 30 (1975) 683. Roscam Abbing geciteerd in: Herbergs 1984: 48. Hans van Berkestijn en Flip Treffers, 'Het recht op de dood', in: *De Groene Amsterdammer*, 9 januari 1971. De ideeën uit 1968 van de staatssecretaris A.J.H. Bartels die in dit artikel worden aangehaald, zijn opmerkelijk.
- 148 Hans van Berkestijn en Flip Treffers, 'Het recht op de dood', in: *De Groene Amsterdammer*, 9 januari 1971.
- 149 Henk Mochels interview met C. van der Meer, 'Geen euthanasie zonder duidelijke grens', in: *VU Magazine*, februari 1972.
- 150 Stichting Vrijwillige Euthanasie 1975: 28.
- 151 Seret geïnterviewd door P.J. Kat, 'Recht van doodzieke om sneller te sterven', in: *NRC Handelsblad*, 6 februari 1973; J. Ekelmans, 'De mondige sterveling', in: *Medisch Contact* 26 (1971) 794. H.A.H. van Till d'Aulnis de Bourouill, 'Euthanasie: voor en tegen wetgeving', in: *NRC Handelsblad*, 7 februari 1977.
- 152 Van der Sluis 1979: 62-66; Fenigsen 1987: 18-19 e.v. Sybrandy geciteerd in 'Euthanasie', in: *De Tijd*, 3 juni 1977; Sybrandy geïnterviewd in: Enthoven 1987: 'Een vrijheid voor de een is niet automatisch een verplichting voor andersdenkenden', 29.
- 153 Klaas Jansma, 'Term euthanasie misbruikt bij proces tegen Frans H.', *Het Parool*, 8 mei 1976. Interview met H.J.J. Leenen, Amsterdam, 6 juni 2000.
- 154 *Blad* 1996: 325.
- 155 De Froe 1969: 30.
- 156 Stichting Vrijwillige Euthanasie 1975: 28-29; H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, 'Euthanasie in veelvoud. Recente inzichten en ontwikkelingen', in: *Intermediair* 14 (1978) 29. D. van der Kellen, medio jaren zeventig bestuurslid van de nvve, verkondigde binnen de nvve eenzelfde zienswijze, zie: *Blad* 1996: 325.
- 157 Stichting Vrijwillige Euthanasie 1975: 29; 'De keuzevraag', in: *nvve Kwartaalblad* 9 (1983) 6.
- 158 Artikel door M.A. Krop in *Medisch Contact*, oktober 1971, aangehaald in 'Euthanasie – een sterk geladen woord: Onze cultuur vraagt dringend om een leer, een wetenschap van de dood', in: *Nieuwsblad van het Noorden*, 17 januari 1973, p. 4. Seret geïnterviewd door P.J. Kat, 'Recht van doodzieke om sneller te sterven', in: *NRC Handelsblad*, 6 februari 1973.
- 159 Roscam Abbing 1972: 52-55.
- 160 Diekstra geïnterviewd door Jantiene van Asches in 'Suicide zou op doktersrecept moeten gebeuren', *Haagse Post*, 5 september 1981.
- 161 P. Muntendam, 'Verantwoording en inleiding', in: Admiraal e.a. 1977: 15. 'De keuzevraag', in: *nvve Kwartaalblad* 9 (1983) 6. Zie ook 'Oud worden', in: *nvve Kwartaalblad* 8 (1982) 1; Zie Van Tills ambivalentere houding in 'Euthanasie in veelvoud', in: *Intermediair* 14 (1978) 29. Het onderwerp scheen te worden opgebracht door de gewone leden, gegeven het feit dat veel bronnen vermelden dat 'mensen' spraken over de economische kant van euthanasie. De mogelijke redenen hiervoor komt in het volgende deel aan de orde.
- 162 C. Leering, 'Euthanasie die door de "betrokkene" wordt gevraagd', in: *Medisch Contact* 29 (1974) 246.
- 163 Boeré 1964: 28.
- 164 'Synode neemt rapport over "zachte dood" aan', in: *de Volkskrant*, 24 februari 1973.
- 165 J. Ekelmans, 'De mondige sterveling', in: *Medisch Contact* 26 (1971) 794.
- 166 Dupuis 1976, hoofdstuk 4. Dupuis en Thung 1983: 76. E. Wessel-Tuinstra, 'Debat over de goede dood en de wetgeving moet duren', in: *NRC Handelsblad*, 28 januari 1980.
- 167 Van den Hoofdakker 1969. 'De mondige patiënt', in: *nvve Kwartaalblad* 4 (1978) 2-3. Henri W.A. Hilhorst, 'Euthanasie in denken en gedrag. Een sociologische terreinverkenning', in: Banck e.a. 1985: 272.
- 168 F. van der Dussen, 'Scheidende voorzitter Heleen Terborgh', in: *Euthanasie* 11 (1985) 9.
- 169 Rob Houtepen, 'The Social Construction of Euthanasia and Medical Ethics in the Netherlands', in: De Vries en Suledi (red.), 1998: 117-144.
- 170 Van den Berg geïnterviewd door Ferd. Rondagh en Jan de Vries in 'Professor, kan een meisje nog haar hart wegschenken?', in: *de Volkskrant*, 20 januari 1968, p. 19.
- 171 Van den Berg 1969: 34. 'Rechten van mensen in de gezondheidszorg', in: *nvve Kwartaalblad* 5 (1979) 1-2.
- 172 'Juridische vragen overspoelen arts', in: *de Volkskrant*, 16 maart 1968.
- 173 P.J. Roscam Abbing, 'Euthanasie', in: *Kerk en Theologie* 22 (1971) 214.
- 174 W. Schuurmans Stekhoven, 'Verlenging, verkorting, voorkoming van leven', in: *Medisch Contact* 26 (1971) 1360.
- 175 Van den Hoofdakker 1969: 50.
- 176 Van Heek 1975: 15. Van Heek wijst op het NCRV-programma van Mochel, dat aan het begin van dit hoofdstuk werd genoemd, als een voorbeeld van wat hij bedoelt.
- 177 Dupuis 1983: 25.
- 178 D. van Tol, 'De zachte dood', in: *Intermediair*, 21 maart 1975, p. 25. Indewey Gerlings-Huurman 1983: 91-92.
- 179 S.A. de Lange, 'Medische Macht en Ethiek', in: *Medisch Contact* 25 (1970) 35.
- 180 Hilhorst 1976: 30.
- 181 'Professor Muntendam: Groeiend aantal medici aanvaardt euthanasie', in: *de Volkskrant*, 12 maart 1977. Charles Groenhuijsen en Han van Gessel, 'Rustig naar euthanasie-wet', in: *de Volkskrant*, 25 maart 1978.
- 182 'Discussienota van de Werkgroep Euthanasie', in: *Medisch Contact* 30 (1975) 14.
- 183 Tweede Kamer, 40ste vergadering, zitting 1969-1970, 3 februari 1970, p. 1951 e.v. 'Tegenwerking zal niet baten', in: *nvve Kwartaalblad* 1 (1975).
- 184 Interview met Cor Spreeuwenberg, Maastricht, 29 juni 2000.
- 185 'KNMG-standpunt inzake euthanasie', in: *Medisch Contact* 39 (1984), vooral p. 991. Interview met H.J.J. Leenen, Amsterdam, 6 juni 2000.
- 186 'Arr.-Rechtbank Rotterdam', 1 december 1981. *Nederlandse Jurisprudentie*, 1982, nr. 63, p. 223; 'Arr.-Rechtbank Alkmaar', 10 mei 1983. *Nederlandse Jurisprudentie*, 1983, nr. 407, p. 1277.
- 187 Gemeld in Charles Groenhuijsen, 'Wet euthanasie aanpassen bij situatie in praktijk', in: *de Volkskrant*, 18 maart 1978.
- 188 'Hof Amsterdam', 17 november 1983. *Nederlandse Jurisprudentie*, 1984, nr. 43, p. 169.

- 189 'Hoge Raad', 27 november 1984. *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 106, p. 464.
 190 Staatscommissie Euthanasie 1985, Bijlage 5, p. 140.
 191 Hoogerkamp z.j.; Van Eeden 1996: 29.
 192 Schroten e.a. 1979; Cleton e.a. 1981. Zie ook H.W.A. Hilhorst, 'Euthanasie in de Nederlandse politiek: Een standpuntenanalyse', in: *Intermediair* 15 (1979) 37-45.
 193 Marieke Aarden, 'Euthanasie zaak van jaren', in: *de Volkskrant*, 5 december 1981.
 194 Belinfante geciteerd in: Hoogerkamp z.j.: 21.
 195 Eimert van Middelkoop, 'Het euthanasiescenario', in: *Nederlands Dagblad*, 10 juni 1983. Roel Kuiper, lezing gehouden op het srswo, Universiteit van Amsterdam, 30 juni 2000.
 196 A.N.A. Josephus Jitta in: Van Aken 1986: 140.
 197 Idem. Voor een vergelijkbare maar niet identieke verklaring, zie: Margaret Battin, 'A Dozen Caveats Concerning the Discussion of Euthanasia in the Netherlands', in: Battin (red.) 1994: 139-140.
 198 P. Jongeling, 'Waarom ik uw doelstelling afwijst', in: *nvve Kwartaalblad* 3 (1977) 2.
 199 Griffiths e.a. 1998: 86.

3 MEDEMENSELIJKHEID

- 200 Zie: Indewey Geerlings-Huurman 1977.
 201 Renate Dorrestein, 'Mannen denken over euthanasie, vrouwen doen er iets aan', in: *Opzij*, januari 1981, p. 6-9.
 202 Gerard Dierick, 'Vrouwen vooraan in strijd om euthanasie', in: *Hervormd Nederland*, 16 februari 1985. Ieneke Suidman, 'Corrie Wertheim: een onafhankelijke vrouw', in: *Opzij*, januari 1982, p. 12-14. Interview met Heleen Dupuis, Leiden, 5 juni 2000.
 203 Renate Dorrestein, 'Mannen denken over euthanasie, vrouwen doen er iets aan', in: *Opzij*, januari 1981, p. 6.
 204 Interview met H.J.J. Leenen, Amsterdam, 6 juni 2000.
 205 'Arr.-Rechtb. Leeuwarden 21 februari 1973', in: *Nederlandse Jurisprudentie*, 1973, nr. 183, p. 558-560; zie ook Griffiths, Bood en Weyers 1998: 52.
 206 Van Tol 1977: 143. David C. Thomasma e.a., 'Reexamining "Thou Shalt Not Kill"', in: Thomasma e.a. 1998: 12; Paul van der Maas en Linda L. Emanuel, 'Factual Findings', in: Emanuel 1998: 173-174. Interview Harry Kuitert, Amstelveen, 18 mei 2000.
 207 Indewey Geerlings-Huurman 1976: 23. 'Algemene ledenvergadering', in: *nvve Kwartaalblad* 5 (1979) 3. Stichting Vrijwillige Euthanasie 1980: 19. Van Eeden 1996: 48.
 208 De statistieken zijn uit 1996 en zijn gerapporteerd door Gerrit van der Wal en Paul van der Maas, 'Empirical Research on Euthanasia and Other Medical End-of-Life Decisions and the Euthanasia Notification Procedure', in: Thomasma e.a. 1998: 174.
 209 Van Eeden heeft erop gewezen dat 'medelijden' soms als rechtvaardiging van euthanasie werd genoemd, maar dat dit motief in de jaren zeventig ook werd bekritiseerd; Van Eeden 1996: 23.
 210 Leenen 1978: 231. D. van Tol, 'De zachte dood', in: *Intermediair*, 21 maart 1975, p. 25.
 211 'Wat de enquête ons leerde', in: *Euthanasie* 11 (1985) 9. Cijfers van het Bureau Lagendijk gerapporteerd in 'Nieuwe enquêtecijfers', in: *nvve Kwartaalblad* 10 (1984) 2. Pool 1996: 210.
 212 Van der Sluis, een krachtig en niet-religieus tegenstander van euthanasie, klaagde erover dat de euthanasiebeweging te gemakkelijk een tegenstander van euthanasie als religieus afschilderde. Interview met Van der Sluis, Amsterdam, 24 juni 1999. Het is waar dat antroposofen, sommige humanisten en verschillende sociaal-democraten (zoals J.M. den Uyl en Han Lammers) ook onder de tegenstanders van euthanasie konden worden gerekend. Maar kerkgangers stonden vooraan in de

- strijd tegen euthanasie; in 1976 was 81 procent van de niet-kerkelijken voorstander van het 'straffeloos' stellen van euthanasie, tegenover 36 procent van de gereformeerden (hervormden en katholieken zaten daartussenin); zie Herbergs 1984: 87; vergelijk met de statistieken uit Van Holsteyn en Trappenburg 1996: 164-176.
 213 'Euthanasie moet strafbaar blijven', in: *Reformatorisch Dagblad*, 25 oktober 1985.
 214 Voor een vergelijkbare verklaring betreffende de goede condities in Nederlandse gevangnissen vergeleken met andere Europese landen, zie: Franke 1996: 345.
 215 Heering 1972: 126-128.
 216 Rya Luysterburg, 'Mogen wij sterven?', in: Van der Meer e.a. 1974: 228. W.M. Buis-sing van Beers, 'Enkele overwegingen', in: Lindijer 1985: 15. Gereformeerde Kerken in Nederland 1988: 26.
 217 Lindeboom 1980: 71.
 218 Eijk 1987: 248. De Amerikaanse anglicaanse geestelijke Joseph Fletcher was bijvoorbeeld zowel de bedenker van situationele ethiek als in de jaren vijftig een prominent voorstander van euthanasie, zie: Fletcher 1955: 172-210. Indewey Gerlings-Huurman 1977: 44.
 219 De reactie van F.J.J. Buytendijk op de publicatie van Van den Bergs *Medische macht* is te vinden in: Heij 1989: 130-131.
 220 Nederlandse Hervormde Kerk 1986: 36-37. Gereformeerde Kerken in Nederland 1988, vooral p. 26; Plomp 1987: 127-133. In een interview liet de gereformeerde Kuitert weten dat hij dacht dat zijn invloed zichtbaar was in het document, hoewel niemand hem officieel om advies had gevraagd. Interview, Amstelveen, 18 mei 2000.
 221 Zie bijvoorbeeld Cor Spreeuwenberg, 'Vraag om euthanasie moet zeer ernstig worden genomen', in: *Hervormd Nederland*, 30 september 1978, p. 5. Voor de bewering dat de Samen op Weg-kerken conservatiever zijn geworden (een verdrietige ontwikkeling volgens de auteur), zie Frits de Lange, 'Verschuivingen in het kerkelijk spreken – verschuivingen in het euthanasiedebat', in: De Lange en Jans 2000: 46-57, vooral p. 53.
 222 Gereformeerde Kerken in Nederland 1988: 26-27. Ch. Lindijer, 'Pastoraat en euthanasie', in: Lindijer 1985: 17.
 223 Dekker, 'Euthanasie: ethische aspecten', in: Dekker, Mulder en Post 1982: 18-20. Dupuis 1980: 52-53; zie ook Roscam Abbing 1972. H.M. Kuitert, 'Helderheid over euthanasie', in: *Trouw*, 13 mei 1983. Er waren natuurlijk veel orthodox-protestanten die dachten dat de mens *niet* de vrijheid had om over zijn eigen leven te beslissen, maar dat alleen God over het leven beschikken mocht. Den Toom 1981, vooral p. 138 en 156. Indewey Gerlings-Huurman 1977: 103-104. H.M. Kuitert, 'Euthanasie als moreel en godsdienstig probleem', in: Spreeuwenberg e.a. 1986: 29. Kuitert 1981: 124.
 224 Flokstra en Wieling 1986: 174 en 193-196; Hilhorst 1976: 58-59; 'Euthanasie', in: *Rekenschap* (1976) 43-45; Rang e.a. 1975: 84-85.
 225 Zie voor een verslag van een dergelijke bijeenkomst in Amsterdam: 'Gespreksbijeenkomsten in humanistisch verzorgingsverpleeghuis', in: *nvve Kwartaalblad* 6 (1980) 5.
 226 Interview met de humanistische raadsvrouw Inge Versteeg, Utrecht, 29 juni 1999. Versteeg benadrukte dat niet alle humanisten voorstanders van euthanasie waren en dat ingaan op een verzoek om euthanasie de stervende soms niet de tijd gaf die nodig was om op een goede manier te kunnen sterven. De zorg om mensen lijden te besparen strekte zich, volgens sommige humanisten, uit tot degenen die niet zelf om euthanasie konden vragen; zie: Beets 1987. André de Kromme, "In Nederland mag je niet sterven als je dat wil", in: *De Telegraaf*, 12 januari 1980. Sybrandy in Wouters 1990: 223; Sporken 1981: 11-12.
 227 Wolffers 1979; K. Pauwels, 'Sterven als sociaal gebeuren', in: *Tijdschrift voor Sociale Wetenschappen* 21 (1976) 127-134. Post 1984: 11.

- 228 Stellweg 1975. Sybrandy en Bakker 1984: 114-117; 'Besluit huis', in: *nvve Kwartaalblad* 7 (1981) 4.
- 229 Een zinsnede van de Amerikaan Michael Simpson, die zich keerde tegen hospices, en instemmend geciteerd door Herman ten Kroode en Cas Wouters in 'Antwoord: Over stervensbegeleiding en professionalisering 3', in: *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 10 (1980) 929-931, zie ook p. 925-929, en *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 8 (1980) 674-682. Dank aan Wouters voor het sturen van dit artikel.
- 230 L.J. Menges, 'De psychologie van het begeleidingsteam', in: *Medisch Contact* 32 (1977) 950. Zie: Van der Meer 1974: 106-107; Sporken 1981: 51-52 en 117. Onderzoek van Dupuis en Lens gemeld in 'Artsen zijn meer bereid tot hulp bij zelfdoding', in: *Trouw*, 2 oktober 1982.
- 231 Stichting Landelijk Orgaan van de Gereformeerde Gezindte voor de Bejaardenzorg 1968. Sporken 1981: 139. H.J. Heering, 'Euthanasie: Ethische Overwegingen', in: Admiraal e.a. 1977: 25. Hattinga-Verschuere geciteerd in *nvve Kwartaalblad* 8 (1982) 7.
- 232 Zie ook *Blad* 1996: 312-315.
- 233 D. Hoffenaar geïnterviewd door Enthoven in 'De mensen leven met zoveel angst', in: *Enthoven* 1987: 53. Mochel 1971: 66.
- 234 Jelle Jan Klinkert, 'Bij euthanasie komt het vooral op de relatie aan', in: *Trouw*, 19 oktober 1983. F. van Ree, 'Kommentaar bij het artikel van mw. C. van Eijk-Osterholt', in: *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 33 (1978) 867-870.
- 235 Voor een vroeg voorbeeld van een benadering waarbij de rechten van de patiënt meer centraal stonden, zie H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouills kritiek op Sporken, Van den Berg en anderen, die ze ervan beschuldigde uit medelijden te weinig acht te slaan op de wensen van de patiënt; Van Till-d'Aulnis de Bourouill 1970: 30-33, 45-49. Terlouw citeerde Philip Engelen, 'Het pleidooi van Louis Sinner voor een "menswaardige dood"', in: *Hervormd Nederland*, 9 september 1978.
- 236 Jörg 1968: 101-102.
- 237 Zie voor een recent voorbeeld van de 'People Forever'-beweging: Enklaar 1995: 59.
- 238 M.W. Jongasma, 'Geneeskunde en ethiek', in: Roscam Abbing 1968: 87; *Blad* 1996: 308-315.
- 239 Arts geciteerd in 'Kinderen en euthanasie', in: *Haagse Post*, 28 oktober 1967.
- 240 Het is moeilijk om greep te krijgen op de cijfers omdat het moeilijk is precies vast te stellen wat 'thuis sterven' betekent en omdat statistieken niet op deze basis zijn verzameld. Eén onderzoek uit 1980 kwam tot de conclusie dat slechts 10 procent thuis stierf: Van Gennip-Horsten en Schnabel 1980. Maar zie de veel hogere (hoewel sterk afnemende) aantallen voor het thuis sterven die worden genoemd in J.M.A. Munnichs, 'Omgaan met de dood, vroeger en nu', in: Boon (red.) 1989: 7-16. Ik hield me aan het hogere aantal, omdat de meeste deskundigen met wie ik sprak mij vertelden dat het percentage thuisstervenden lag tussen de 30 en 40 procent, hoewel niemand het mij met zekerheid kon zeggen.
- 241 Illich 1976; Verbrugh 1978. Van den Berg 1969. Van den Berg was bang voor 'run-away technology and technocracy which he compares to Goethe's *Zauberlehrling*', zo stelde Dreyer Kruger in 'Introduction: Encountering J.H. van den Berg', in: Kruger 1984: xix. 'Medische techniek is menselijkheid voorbij gestreefd', in: *nvve Kwartaalblad* 3 (1977) 2. Post 1984: 14 en 19. J. van Londen, 'Rol en taak van de huisarts', in: *Medisch Contact* 34 (1979) 177-178. Interview met Van der Sluis, Amsterdam, 24 juni 1999. De opkomst van de 'alternatieve geneeswijzen' in Nederland werd zo serieus genomen dat de overheid een commissie instelde die rapporteerde (tot ongenoegen van veel artsen) dat het sociaal voordelig kon uitwerken als mensen hun eigen behandelingswijzen konden kiezen, zelfs als de klinische effectiviteit twijfelachtig of niet bewezen was. P. Muntendam was, opnieuw, voorzitter van deze commissie; Commissie Alternatieve Geneeswijzen 1981.
- 242 Leenen 1978: 211.
- 243 Payer 1988: 101-107. Dupuis vergeleek de Nederlanders met de Britten in hun gerevertheid ten aanzien van medische interventie (interview, Leiden, 5 juni 2000), maar Payer verwijst naar een onderzoek waaruit blijkt dat Nederlandse artsen veel sneller actie ondernemen bij blaasontsteking en overgewicht dan Britse artsen.
- 244 Zie: *Blad* 1996: 302-303. Voor een voorbeeld van het gebruik van dit argument door tegenstanders van euthanasie, zie: Blijham 1984.
- 245 Van den Bergh e.a. 1970: 21.
- 246 Zie bijvoorbeeld: Verhoef en Hilhorst 1981: 74.
- 247 Zie bijvoorbeeld: Gezondheidsraad 1982: 52-53.
- 248 Van den Berg geciteerd in Hans van Berkestijn en Flip Treffers, 'Het recht op de dood', *De Groene Amsterdammer*, 9 januari 1970. Leenen 1978: 210-211.
- 249 Zie bijvoorbeeld Dupuis' eis dat 'begeleiding' niet het enige antwoord kan zijn op lijden in 'Dr. Heleen Terborgh-Dupuis beantwoordt congressvragen', in: *nvve Kwartaalblad* 5 (1979) 2.
- 250 H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, 'Euthanasie in veelvoud', in: *Intermediair*, 10 november 1978, p. 31.
- 251 Onder de mensen die zelfdoding wilden plegen was 3 procent zo weloverwogen dat sprake was van een 'balanssuicide', zeiden degenen die deze theorie aanhingen. Zie: Diekstra 1981: 278-279. Diekstra aangehaald in Jantiene van Asches in 'Suicide zou op doktersrecept moeten gebeuren', in: *Haagse Post*, 5 september 1981. Van Eeden 1996: 49-52. Kuitert 1983: 25-29.
- 252 Van Tol 1977: 5-8. Volgens Dupuis, geciteerd in 'Artsen zijn meer bereid tot hulp bij zelfdoding', in: *Trouw*, 2 oktober 1982.
- 253 Stichting Vrijwillige Euthanasie 1980: 19. Yvonne Laudy, 'Zorg om stijgend aantal zelfdodingen in inrichtingen', in: *De Telegraaf*, 2 oktober 1982. Speijer en Diekstra 1980: 117-119; P. van der Eijk, 'Zelfdoding: tussen help en misdrijf', in: *De Tijd*, 11 december 1981, p. 9. Josephus Jitta geïnterviewd in: Van Aken 1986: 128, 130. Sybrandy geciteerd in Max Paumen, 'De zachte dood niet op een presenteerblaadje', in: *NRC Handelsblad*, 1 december 1981.
- 254 P. van der Eijk, 'Als euthanasie op haar plaats is, vertel ik zonder omwegen welk slaapmiddel ze moeten nemen', in: *De Tijd*, 26 september 1975.
- 255 Diekstra 1981: 15.
- 256 Josephus Jitta in: Van Aken 1986: 129-130. R. Diekstra, 'Het recht op zelfdoding om zeep geholpen', in: *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* (1979) 4, 308.
- 257 Diekstra 1981: 285.
- 258 Stichting Vrijwillige Euthanasie 1980: 38. Arr.-Rechtbank Rotterdam', 1 december 1981. *Nederlandse Jurisprudentie*, 1982, nr. 63, p. 223.
- 259 D. van Tol, 'De zachte dood', in: *Intermediair*, 21 maart 1975, p. 27. Van Dantzig, 'Welke mensen willen dood?', in: Boon (red.) 1989: 21. A.J. Heerma van Voss, 'Hulpverlening en zelfdoding (6): Commentaar op het artikel van Diekstra', in: *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 4 (1979) 316-317.
- 260 Gezondheidsraad 1982: 40. Staatscommissie Euthanasie 1985: 101-102. Leenen 1978: 215, 235; Dupuis in 'Dr. Heleen Terborgh-Dupuis beantwoordt congressvragen', in: *nvve Kwartaalblad* 5 (1979).
- 261 Enthoven 1988: 94-95.
- 262 Zie de inleiding. De medische antropologen Sjaak van der Geest en Anne-Marie Niekamp hebben in hun (ongepubliceerde) artikel 'Euthanasie en jarisme' de vraag opgeworpen of er, gezien de lage cijfers, geen sprake is van discriminatie van ouderen.
- 263 M. Rood-de Boer, 'Zelfdoding bij kinderen', in: *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 32 (1977) 627-647. Kapteyn 1980: 143-182. Van Eeden 1996: 50.

- 264 Adviescommissie Wetgeving Betreffende Toelaatbare Euthanasie 1978: 40.
- 265 Charles Groenhuijsen en Han van Gessel, 'Rustig naar euthanasie-wet', in: *de Volkskrant*, 25 maart 1978. PPR 1979: 22.
- 266 Gezondheidsraad 1982: 40.
- 267 Emma Brunt, 'Dokter E.G.H. Kenter over euthanasie: "Ik ben blij dat ik ze van dienst kon zijn"', in: *NRC Handelsblad*, 29 september 1983; P. van der Eijk, "Ik ben geen arts die op bestelling euthanasie komt uitvoeren", in: *De Tijd*, 7 oktober 1983.
- 268 Staatscommissie Euthanasie 1985: 94.
- 269 'Euthanatica bij kernramp', in: *NVVE Kwartaalblad* 7 (1981) 3.
- 270 Klaas Wybo van der Hoek, 'Langzaam creperen bij een kernramp?', in: *De Nieuwe Linie*, 10 december 1980.
- 271 Den Toom 1981: 164. Van Eeden 1996: 51. Werkgroep Uiterst Medisch Handelen 1984.
- 272 'Nieuwe enquêt cijfers', in: *NVVE Kwartaalblad* 10 (1984) 4. Fretz geïnterviewd in "Ieder individu heeft het recht over eigen lijf en leven te beschikken", in: Enthoven 1987: 45.
- 273 De gematigde opstelling van de NVVE is een thema dat door Heleen Weyers werd uitgewerkt in een lezing gehouden op het srswo, Universiteit van Amsterdam, 30 juni 2000; dit zal ook deel uitmaken van haar binnenkort te verschijnen boek.
- 274 Van Dantzig, 'Doodgaan is mensenwerk', lezing op het srswo, 30 juni 2000.
- 275 Adviescommissie Wetgeving Betreffende Toelaatbare Euthanasie 1978: 6. Diekstra 1981: 287. Leenen 1978: 235-236.
- 276 Zie: Sybrandy en Bakker 1984; Joke de Gruijter, "Elk mens heeft het recht om dood te gaan", in: *Elseviers Weekblad*, 15 september 1979; Lieve Joris, "Ik weiger in een criminele hoek geduwd te worden", in: *Haagse Post*, 26 januari 1980.
- 277 'Moegestreden in strijd voor euthanasie', in: *NRC Handelsblad*, 1 mei 1981; 'Proces over zelfdoding maakt veel discussie los', in: *De Waarheid*, 19 november 1981. Arr-Rechtbank Rotterdam', 1 december 1981. *Nederlandse Jurisprudentie*, 1982, nr. 63, p. 223.
- 278 Rob Houtepen, 'The Social Construction of Euthanasia and Medical Ethics in the Netherlands', in: De Vries en Suledi (red.) 1998: 134-140. Zie verschillende brieven gepubliceerd in: Indewey Gerlings-Huurman 1983.
- 279 L. de Vries, 'De verhouding tussen huisarts en patiënt in deze tijd', in: *Medisch Contact* 26 (1971) 1236.
- 280 Terlouw in Philip Engelen, 'Het pleidooi van Louis Sinner voor een "menswaardige dood"', in: *Hervormd Nederland*, 9 september 1978. L. de Vries, 'De verhouding tussen huisarts en patiënt in deze tijd', in: *Medisch Contact* 26 (1971) 1236.
- 281 Hilhorst aangehaald in 'Lustrum congres. Euthanasie in de praktijk', in: *NVVE Kwartaalblad* 9 (1983) 1. Sporken 1981: 23-24. Sporken voegde hieraan toe dat het Vlaamse paternalisme 'getemperd werd door de melodieuze toon, die aan het Vlaams eigen is'. Voor een ander betoog waarin wordt gezegd dat Nederlandse artsen minder paternalistisch zijn dan de Britse in de jaren negentig en waarin wordt aangetoond hoe dit hun houding ten opzichte van euthanasie beïnvloedt, zie Allison Britton en Hans Akveld, 'Euthanasia in the UK & the Netherlands', *DeathNet* (1999).
- 282 C.L.C. van Nieuwenhuizen, "'De arts: onttroning of abdicatie?'" in: *Medisch Contact* 29 (1974) 325-331.
- 283 'What Kind of Life? What Kind of Death?', in: Thomasma e.a. 1998: 397. Cas Wouters 'Interdisciplinariteit als symptoom van integratieprocessen', in: Hagendoorn, Komter en Maier (red.) 1994: 71-94. W. Metz, 'De relatie specialist-huisarts', in: *Medisch Contact* 29 (1974) 710-711. Van der Sluis was van mening dat Nederlanders een voorkeur hadden voor behandeling door de huisarts in plaats van door de medische specialist vanwege hun afkeer van complexe technologie (hij was zelf dermatoloog). Interview, Amsterdam, 24 juni 1999.
- 284 Commissie Eerste Echelon van de KNMG, 'De plaats van de medicus in het eerste echelon. Discussienota', in: *Medisch Contact* 31 (1976) 143.
- 285 F.J.A. Huygen, 'De verhouding tussen eerste- en tweedelijns gezondheidszorg', in: Hollenbeek Brouwer en Knotterus (red.) 1982: 123-129. Admiraal 1980.
- 286 Er was natuurlijk het gevaar dat een dergelijke objectiviteit niet zou worden verkregen; zie: Spreeuwnberg 1980: 257.
- 287 Atjak geciteerd in 'Hulp bij sterven', in: *de Volkskrant*, 24 november 1981.
- 288 Over het onvermogen van Nederlandse artsen om hun eigen macht te zien, zie Jan Willem Otten, 'De voorstelling van de dood als oplossing', in: *Achterhuis* 1995: 65-66.
- 289 Interview, Cor Spreeuwnberg, Maastricht, 29 juni 2000. 20-30 procent van alle hulpvragen aan de huisarts was in het midden van de jaren zeventig voornamelijk van psychosociale aard; gemeld in H. de Graaf, 'De toekomst van de eerstelijns samenwerking gezondheidszorg-welzijnszorg', in: *Medisch Contact* 33 (1978) 251-253.
- 290 Geciteerd uit een omvangrijke samenvatting van de 'Structuurnota Gezondheidszorg', in: *Medisch Contact* 29 (1974) 1052.
- 291 Zie bijvoorbeeld H.J. Dokter, 'De mens als middelpunt in de gezondheidszorg', in: *Medisch Contact* 33 (1978) 652-654. W. Metz, 'De relatie specialist-huisarts', in: *Medisch Contact* 29 (1974) 713. H.C. Milius en H.S. Verbrugh, 'Het KNMG-congres in de landelijke pers', in: *Medisch Contact* 30 (1975), vooral p. 1473.
- 292 Zie P.C.J. van Loon, 'Wat wringt er in de eerstelijns gezondheidszorg?', en de reactie daarop onder dezelfde titel door A.W. Kessener in: *Medisch Contact* 37 (1982) 473-476, 667-669.
- 293 'KNMG-standpunt inzake euthanasie', in: *Medisch Contact* 39 (1984) 994.
- 294 Zie Hans Achterhuis, 'De maakbare dood', in: *Achterhuis* e.a. 1995: 11-28. E.G.H. Kenter, 'Euthanasie in een huisartspraktijk', in: *Medisch Contact* 38 (1983) 1182-1183; Admiraal geïnterviewd in: Van Aken 1986: 149. Leenen aangehaald in: Beets 1987: 8. F. van der Dussens interview met Dupuis, 'Scheidende voorzitter Heleen Terborgh', in: *Euthanasie* 11 (1985).
- 295 Filene 1998: 8-10. F. Kuitenbrouwer, 'Staatscommissie gaat te veel uit van de arts', in: *NRC Handelsblad*, 21 augustus 1985; vergelijk met Thomasma 'Introduction', in: Thomasma e.a. 1998: 10.

4 ZELFBESCHIKKING

- 296 Cleton e.a. 1981: 18.
- 297 Zie Filene 1998.
- 298 Griffiths, Bood en Weyers 1998: 47-48, 77-78. De Bie en Witteman 1985.
- 299 Margaret Battin maakt deze vergelijking in 'A Dozen Caveats Concerning the Discussion of Euthanasia in the Netherlands', in: Battin 1994: 136.
- 300 Interview met Paul van der Maas, Rotterdam, 7 juli 2000. NIPO-enquête, 1976; NIPO/AVRO-enquête, december 1985.
- 301 In 1978 had de NVVE reeds betoogd dat een wilsverklaring euthanasie mogelijk moest maken. Staatscommissie Euthanasie 1985: 98-101. Het KNMG-hoofdbestuur reageerde voorzichtig op het rapport van de Staatscommissie, hoewel het ook niet dacht dat euthanasie altijd beperkt moest blijven tot de wilsbekwamen. PvdA-parlementariër Haas Berger, 'Euthanasie', Vaste commissies voor Justitie en Volksgezondheid, cvv 50, 17 februari 1986, p. 4. Wessel-Tuinstra weigerde ook om een artikel over wilsonbekwamen in haar wetsvoorstel op te nemen.
- 302 Jan Brokken, 'Hebben wij ons te bemoeien met het gesol rond Franco?', in: *Haagse Post*, 18 november 1975. Van der Sluis 1979. H.A.H. van Till-d'Aulnis, 'Euthanasie in veelvoud', in: *Intermediar*, 10 november 1978, p. 27.
- 303 Lofland 1978, vooral p. 107-108. Gezondheidsraad 1982: 9-14.

- 304 W.B. van der Mijl, 'Mondigheid: de weg naar vrijheid en verantwoordelijkheid', in: *Medisch Contact* 30 (1975) 889.
- 305 Margaret Battin, 'Assisted Suicide: Can Learn from Germany?', in: Battin (red.) 1994: 261-264.
- 306 Cas Wouters 1990: 230.
- 307 Jan Rolies, 'Euthanasie: ultieme emancipatie van het individu?', in: Govaart en Rolies 1993: 51. PPR 1979: 5.
- 308 Zie ook Griffiths, Bood en Weyers 1998: 194-195.
- 309 Postma, 'Brieven aan de redactie', in: *Medisch Contact* 30 (1975) 30.
- 310 Cleton e.a. 1981: 17-20.
- 311 Gezondheidsraad 1982: 64-68. Heleen Dupuis, 'Pleidooi voor euthanasie is een pleidooi voor tolerantie', in: *Hervormd Nederland*, 12 januari 1980.
- 312 J.A. Stalpers, 'Van verzorgingsstaat naar zorgende samenleving', in: *Medisch Contact* 34 (1979) 11. Griffiths, Bood en Weyers 1998: 34-35.
- 313 'Euthanasie', Vaste commissies voor Justitie en voor de Volksgezondheid, ucv 53 (3 maart 1986) 12.
- 314 Rouwadverantwoord geciteerd in: Spruit 1986: 117-118. De bereidheid om patiënten ruimte te geven, betekende niet noodzakelijkerwijs onverdeelde aanvaarding van euthanasie, zoals blijkt uit Sporken 1981.
- 315 J.F. Rang, 'Juridische aspecten', in: Rang e.a. 1975: 63.
- 316 Leenen 1978: 27.
- 317 Leenen 1978: 28; 30-33.
- 318 Leenen 1978: 208-253.
- 319 Van Till-d'Aulnis de Bourouill 1970; voor een vroeg gebruik van de term 'zelfbeschikkingsrecht', zie P.J. Roscam Abbing, 'Euthanasie', in: *Kerk en Theologie* 22 (1971) 208. Dr. Henk Prins geïnterviewd in 'What Kind of Life? What Kind of Death?', in: Thomasma e.a. 1998: 397.
- 320 H.W.A. Hilhorst, 'Euthanasie in de Nederlandse politiek. Een standpuntenanalyse', in: *Intermediair*, 2 november 1979, p. 37, 39, 41, 43, 45; zie voor het CDA-standpunt: Schroten e.a. 1979; en voor de vvd: Cleton e.a. 1981. 'Gezondheidszorg, Ouderen', in: *Verkiezingsprogramma Democraten '66 (1981-1985)*: 27-29.
- 321 'Doorbraak', in: *de Volkskrant*, 2 december 1981. 'Arr.-Rechtbank Alkmaar', 10 mei 1983. *Nederlandse Jurisprudentie*, 1983, nr. 407, p. 1277. 'Voorstel van wet van het lid Wessel-Tuinstra tot wijziging van de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht: Nader gewijzigd voorstel van wet', *Tweede Kamer*, 1983-1984, 18 331, nr. 2. Herdrukt in: Doek z.j.: 48-49.
- 322 Vaste Commissies voor Justitie en voor de Volksgezondheid, 'Euthanasie', ucv 50, 17 februari 1986, p. 1-6.
- 323 R. van der Veen, 'Zelfbeschikking?', in: *Euthanasie* 14 (1988) 28-29.
- 324 Zie bijvoorbeeld Cor Spreeuwenberg, 'Vraag om euthanasie moet zeer ernstig worden genomen', in: *Hervormd Nederland*, 30 september 1978, p. 5. Spreeuwenberg 1981: 247.
- 325 Geciteerd in: Van Eeden 1996: 82. F. van Ree, 'Euthanasie en hulp bij zelfdoding in een psychiatrisch ziekenhuis', in: *Medisch Contact* 38 (1983) 750.
- 326 Interview met Paul van der Maas, Rotterdam, 7 juli 2000. A.J. Heerma van Voss, 'Hulpverlening en zelfdoding', in: *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 34 (1979) 232-235; in september 1993 herhaalde hij deze bewering in het *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*; gemeld in: Van Eeden 1996: 130-131. G. Manenschijn, 'Wettelijke regeling euthanasie niet nodig', in: *NRC Handelsblad*, 1 juni 1985.
- 327 Dupuis en Thung 1983: 79. Interview met Heleen Dupuis, Leiden, 5 juni 2000.
- 328 Vaste Commissies voor Justitie en voor de Volksgezondheid, 'Euthanasie', ucv 53, p. 14.
- 329 Geciteerd in 'Hoge Raad, 27 november 1984', in: *Nederlandse Jurisprudentie*, 1985, nr. 106, p. 463.
- 330 Spreeuwenberg, 'Een woord vooraf', in: Herbergs 1984: 8.
- 331 Stichting Vrijwillige Euthanasie 1980: 9.
- 332 Joke de Gruijter, "'Als het zover is, hoop ik dat mijn huisarts het aandurf'", in: *Elseviers Weekblad*, 17 december 1983.
- 333 P.J. Roscam Abbing, 'Euthanasie', in: *Kerken Theologie* 22 (1971) 209-210. Stichting Vrijwillige Euthanasie 1975: 28-29.
- 334 Geciteerd in: Indewey Gerlings-Huurman 1983: 51.
- 335 Brieven van het Informatiecentrum Vrijwillige Euthanasie, gepubliceerd in J. van Tijn, 'Brieven over de genadedood', in: *Vrij Nederland*, 21 juni 1975, en herdrukt in: *Euthanasie in discussie* 1977: 8.
- 336 Adviescommissie Wetgeving Betreffende Toelaatbare Euthanasie 1978: 25.
- 337 Keown vermeldt Hendins interview in 1989 met Herbert Cohen, een Nederlandse arts die euthanasie toepaste. Cohen zei hierin dat een patiënt die zei te lijden onder de kennis dat hij een belasting was voor de familie, die op de erfenis wachtte, hierom een legitieme grond voor lijden kon hebben. John Keown, 'Euthanasia in the Netherlands: Sliding Down the Slippery Slope?', in: Keown 1995: 265, 290. Het is zeker niet zo dat Nederlandse artsen op grond van deze (hypothetische) sociale indicaties euthanasie zouden toepassen, maar aan de andere kant lijkt het wel te getuigen van een nauwe blik als artsen geen aandacht willen schenken aan de psychosociale elementen in een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding.
- 338 J.H. van den Berg, 'Levensbeëindiging' (brief), herdrukt in: *nvve Kwartaalblad* 6 (1980).
- 339 Kuitert 1981: 84.
- 340 Van der Meer, 'Euthanasie en medisch handelen', in: Van der Meer 1990: 149.
- 341 Dekker, 'Euthanasie: ethische aspecten', en opmerking van D. Post in: Dekker, Mulder en Post 1982: 22-25, 53-54.
- 342 Stichting Vrijwillige Euthanasie 1980: 9.
- 343 Speijer en Diekstra 1980: 109-111. Van Tol, 'De zachte dood', in: *Intermediair*, 21 maart 1975, p. 27. Kuitert 1983: 158-159. 'Arr.-Rechtbank Rotterdam', 1 december 1981. *Nederlandse Jurisprudentie*, 1982, nr. 63, p. 223.
- 344 Spreeuwenberg 1981: 54-69.
- 345 Rang e.a. 1975: 45.
- 346 'Discussienota van de Werkgroep Euthanasie', in: *Medisch Contact* 30 (1975) 7. Spreeuwenberg 1981: 264-265. 'Studium generale over euthanasie', in: *nvve Kwartaalblad* 8 (1982) 6-7.
- 347 Aangehaald in Kees de Leeuw, 'Euthanasie: een snelle milde dood', in: *Trouw*, 26 januari 1980.
- 348 'KNMG-standpunt inzake euthanasie', in: *Medisch Contact* 39 (1984) 990-997. D.J. Hessing, J.R. Blad en R. Pieteman, 'Practical reasons and reasonable practice. The case of euthanasia in the Netherlands', in: *Journal of Social Issues* 52 (1996) 149-169.
- 349 W. Woltz, 'De zachte dood in Oxford', in: *NRC Handelsblad*, 20 september 1980. *nvve*, samenvatting van 'Suicide en strafrecht', in: *nvve Kwartaalblad* 6 (1980) 2. Admiraal 1980.
- 350 Volgens J. Tromp Meesters in het interview met Hoffenaar, "'De mensen leven met zoveel angst'", in: Enthoven 1987: 49-50; 'Aandacht voor fundamentele zaken tijdens algemene ledenvergadering', in: *nvve Kwartaalblad* 10 (1984) 1. Joop van Schie, 'Voorstanders euthanasie missen daadkracht', niet-gedocumenteerd krantenartikel, 1 november 1975.
- 351 Hoffenaar in "'De mensen leven met zoveel angst'", in: Enthoven 1987: 51-52.
- 352 Indewey Gerlings-Huurman 1983: 19.

- 353 H.W.A. Hilhorst, 'Euthanasie in de praktijk', in: *Intermediair* 19 (1983) 3. 'Discussienota van de Werkgroep Euthanasie', in: *Medisch Contact* 30 (1975) 7. Sybrandy geciteerd in J. van Tijn, 'Brieven over de genadedood', in: *Vrij Nederland*, 21 juni 1975. P. Muntendam, 'Ten geleide', in: *Indewey Gerlings-Huurman* 1983: 9.
- 354 R. Rombach, 'Problemen rond euthanasie', in: *Medisch Contact* 36 (1981) 1540. Zie: Spreeuwenberg 1981: 256. Spreeuwenberg bedoelde niet dat de arts over euthanasie zou moeten beginnen om het mogelijk te maken, maar om angsten bespreekbaar te maken.
- 355 Indewey Gerlings-Huurman 1983: 18-19.
- 356 H.M. Kuitert, 'Euthanasie als moreel en godsdienstig probleem', in: Spreeuwenberg (red.) 1986: 32.
- 357 Vaste commissies voor Justitie en voor de Volksgezondheid, 'Euthanasie', ucv 53 (3 maart 1986), p. 2.
- 385 Rang 1975: 44.
- 359 Filene 1998: 210-212.
- 360 H.M. Kuitert, 'Informed consent', in: *Medisch Contact* 39 (1984) 1386. 'Het hek van de dam', in: *Nederlands Dagblad*, 3 december 1981. Kuitert 1981: 141.
- 361 Dit is reeds door vele anderen beweerd. Zo betoogde Filene dat we 'in the arms of others' sterven, waardoor autonomie onwenselijk is en uiteindelijk ook onmogelijk (Filene 1998).
- 362 Klaas Rozemond geciteerd door Ton Schalken in: *Achterhuis* 1995: 77. In 1992 adviseerde een rapport van de Gezondheidsraad dat, hoewel er weinig ethisch verschil was tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding, de laatste voorrang moest krijgen om zodoende de belasting voor de hulpverlener te verlichten; Gezondheidsraad 1982: 16-17. Maar dit argument gaat dus niet over het garanderen van de vrijwilligheid van de daad.
- 363 W.N.A. Klever, 'Euthanasie: probleem van de vrijheid', in: *NRC Handelsblad*, 13 mei 1985. Wouters 1990: 230-231. Boudewijn E. Chabot, 'Freud als neomoralist', in: *Tijdschrift voor Psychotherapie* 8 (1982) 2, 105; zie ook Chabot 1996: 71. In de versie uit 1982 werd de 'psychologisch volwassene' aangeduid als 'psychomens'.
- 364 Zie: Griffiths, Bood en Weyers 1998: 247-248, en het onderzoek dat zij samenvatten: Overbeek 1996. Vergelijkbare bevindingen waren het resultaat van onderzoeken door W.B.A.M. Melief in 1991 en Robert Pool in 1996.
- 365 Jan Rolies, 'Euthanasie: ultieme emancipatie van het individu?', in: Govaart en Rolies (red.) 1993: 51-72, vooral p. 65.
- 366 Interview met Leenen, Amsterdam, 6 juni 2000. Griffiths, Bood en Weyers 1998: 195.
- 367 I.A.H.T. Bunte, 'De effectivering van het zelfbeschikkingsrecht. Een humanistische beschouwing', in: *Blad* 1998: 45. H. Schraven, 'Conditie voor verantwoorde zelfbeschikking', in: *Blad* 1998: 143-151.
- 5 TOETSBAARHEID
- 368 Kees de Leeuw met Admiraal in 'Euthanasie: een snelle milde dood', in: *Trouw*, 26 januari 1980. *Tweede Kamer der Staten-Generaal*, 1983-1984, Aanhangsel, Vraag 256; Admiraal 1998: 94.
- 369 'Arr.-Rechtbank 's-Gravenhage', 21 juni 1985, *Nederlandse Jurisprudentie*, 1985, nr. 709; 'Euthanasie: Uitspraak Arrondissementsrechtbank 's-Gravenhage van 21 juni 1985', in: *Medisch Contact* 41 (1986) 898-900; Barney Sneiderman en Marja Verhoef, 'Patient Autonomy and the Defense of Medical Necessity: Five Dutch Euthanasia Cases', in: *Alberta Law Review* 34 (1996) 392-393.
- 370 'Arr.-Rechtbank 's-Gravenhage', 21 juni 1985, *Nederlandse Jurisprudentie*, 1985, nr. 709. Admiraal 1998: 103-104. 'Arr.-Rechtbank 's-Gravenhage', 21 juni 1985, *Nederlandse Jurisprudentie*, 1985, nr. 709.
- 371 'Medicus vrijuit na actieve euthanasie op 34-jarige vrouw', in: *de Volkskrant*, 22 juni 1985.
- 372 'Arr.-Rechtbank 's-Gravenhage', 6 augustus 1985, *Nederlandse Jurisprudentie*, nr. 708; 'Medische thanasie: Uitspraak Arrondissementsrechtbank 's-Gravenhage van 6 augustus 1985', in: *Medisch Contact* 41 (1986) 924-928. Rechter Koningsveld-Beets deed uitspraak over zowel de zaak-Admiraal als de zaak-De Terp.
- 373 Fenigsen 1987: 36-37.
- 374 'Medische thanasie: Uitspraak Arrondissementsrechtbank 's-Gravenhage van 6 augustus 1985', in: *Medisch Contact* 41 (1986) 924.
- 375 Aangehaald in 'Hoger beroep in zaak-De Terp', in: *Het Parool*, 7 augustus 1985.
- 376 'Arts De Terp krijgt een jaar cel wegens moord drie bejaarden', in: *NRC Handelsblad*, 6 augustus 1985; 'Arr.Rechtbank 's-Gravenhage', 6 augustus 1985, *Nederlandse Jurisprudentie*, nr. 708.
- 377 Ben Herbergs, "'De Terp was maar topje van ijsberg'", in: *Het Vrije Volk*, 17 oktober 1985. Sprangers geciteerd in: Van Aken 1986: 120.
- 378 Reactie van het Prof. G.A. Lindeboom Instituut op kabinetsvoorstel inzake 'Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding', 1999.
- 379 'KNMG-standpunt inzake euthanasie', in: *Medisch Contact* 39 (1984) 990-997; zie ook: Griffiths, Bood en Weyers 1998: 87.
- 380 Barney Sneiderman en Marja Verhoef, 'Patient Autonomy and the Defense of Medical Necessity: Five Dutch Euthanasia Cases', in: *Alberta Law Review* 34 (1996) 414.
- 381 Zie bijvoorbeeld John Keown, 'Euthanasia in the Netherlands: Sliding Down the Slippery Slope?', in: Keown 1995: 261-296; voor een recente en vergelijkbare reactie van de vooraanstaande Canadese arts Balfour Mount, die vindt dat het Nederlandse beleid nauwelijks garanties kent tegen misbruik, zie 'MD Blasts Palliative Care', in: *Calgary Herald*, 19 maart 2001.
- 382 'Scheidende voorzitter hekelt betutteling door overheid', in: *Euthanasie* 11 (1985) 1.
- 383 Adviescommissie Wetgeving Betreffende Toelaatbare Euthanasie 1978: 15. Stichting Vrijwillige Euthanasie 1980: 60-61.
- 384 Speijer en Diekstra 1980: 119.
- 385 *CHJO* 1978, p. 12. H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, 'Euthanasie: voor en tegen wetgeving', in: *NRC Handelsblad*, 7 februari 1977. Hetty Nietsch, 'Dokter, ik leef toch niet te lang?', in: *Trouw*, 8 oktober 1983.
- 386 Admiraal geciteerd in: Van Aken 1986: 151.
- 387 'Euthanasie vrij?', in: *NRC Handelsblad*, 25 oktober 1983.
- 388 'Knelpunten euthanasieproblematiek', geciteerd in: *nvve* 1989.
- 389 J.J.C. Marlet, 'Euthanasie', in: Kortbeek e.a. 1968: 167. Klaas Jansma, "'Term euthanasie misbruikt bij proces tegen Frans H.'", in: *Het Parool*, 8 mei 1976. F. Gonggrijp, 'Op congres in Utrecht: Uiteenlopende meningen over praktijk van "euthanasie"', in: *De Telegraaf*, 28 oktober 1978.
- 390 'Euthanasieproces: eis 8 maanden', in: *Het Parool*, 17 juni 1978; H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, 'Ging rechter op de stoel van de wetgever zitten?', in: *NRC Handelsblad*, 17 december 1981; J. Ekelmans, 'Een euthanasie (?) vonnis', in: *nvve Kwartaalblad* 5 (1979) 6-7.
- 391 J. Ekelmans, 'Een euthanasie (?) vonnis', in: *nvve Kwartaalblad* 5 (1979) 7.
- 392 Zie: Diekstra 1981: 291. 'De zachte dood niet op een presenteerblaadje', in: *NRC Handelsblad*, 1 december 1981. 'Pleidoio voor beperkte hulp bij zelfdoding', in: *NRC Handelsblad*, 18 november 1981. Ekelmans in 'Van Leeuwarden naar Rotterdam', in: *nvve Kwartaalblad* 8 (1982) 6.
- 393 Indewey Gerlings-Huurman 1983: 107.
- 394 Sybrandy geïnterviewd in 'Laat de mensen zelf beslissen of ze verder willen leven of niet', in: *Reformatorisch Dagblad*, 6 januari 1979. Griffiths, Bood en Weyers 1998: 57.

- 395 Gemeld in 'Aantal verzoeken neemt toe', in: *nvve Kwartaalblad* 6 (1980) 7. Belinfante geciteerd in "Elke mens heeft ook een grondrecht op de dood", in: *Elseviers Weekblad*, 11 december 1982. Een samenvatting van dit onderzoek werd gegeven door A.P. Oliemans en H.G.J. Nijhuis in 'Euthanasie in de huisartspraktijk: Gegevens uit het Huisartsregistratiesysteem Den Haag', in: *Medisch Contact* 41 (1986) 691.
- 396 "Ieder individu heeft het recht over eigen lijf en leven te beschikken", in: Enthoven 1987: 47. 'Euthanasie vrij?', in: *NRC Handelsblad*, 25 oktober 1983.
- 397 Van Eeden 1996: 66. Wessel-Tuinstra geciteerd in 'Ontwerp-wetsontwerp euthanasie D66 stelt vrijwilligheid centraal', in: *de Volkskrant*, 25 februari 1984. 'Wetsvoorstel D66', in: *nvve Kwartaalblad* 10 (1984) 1-2.
- 398 J.H. Mulder, 'Euthanasie in de oncologie', in: *Medisch Contact* 38 (1983) 564; Frits Gonggrijp, 'Vonnis rechtbank Alkmaar te vroeg toegejuicht', in: *De Telegraaf*, 28 mei 1983. Karin Kuijpers, "Zonder een intensieve relatie is het een handeling die meer lijkt op moord", in: *Elseviers Weekblad*, 26 oktober 1985.
- 399 Jet Bruinsma, "Euthanasie comapatiënten vraagt betere waarborgen", in: *de Volkskrant*, 27 augustus 1985.
- 400 'KNMG-standpunt inzake euthanasie', in: *Medisch Contact* 39 (1984) 990. 'Voorstel van wet van het lid Wessel-Tuinstra tot wijziging van de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht: Nader gewijzigd voorstel van wet', *Tweede Kamer*, 1983-1984, 18 331, nr. 2. Herdrukt in: Doek z.j.: 48-49.
- 401 'Legalisatie euthanasie nu meer dan ooit nodig', in: *Euthanasie* 12 (1986) 1.
- 402 Sybrandy geciteerd in P. van der Eijk, "Als euthanasie op haar plaats is, vertel ik zonder omwegen welk slaapmiddel ze moeten nemen", in: *De Tijd*, 26 september 1975. Joke de Gruijter, "Elk mens heeft het recht om dood te gaan", in: *Elseviers Weekblad*, 15 september 1979.
- 403 'Stervenshulp', in: *NRC Handelsblad*, 2 augustus 1980.
- 404 Sutorius aangehaald in 'Vervolgingsbeleid euthanasie niet veranderd na arrest hof', in: *Trouw*, 1 maart 1984.
- 405 *Blad* 1996: 383.
- 406 J. Ekelmans, 'Legaliseren euthanasie nu!', in: *nvve Kwartaalblad* 6 (1980) 2.
- 407 Vaste commissies voor Justitie en Volksgezondheid, 'Euthanasie', ucv 50, 17 februari 1986, p. 44.
- 408 'Hoge Raad, 27 november 1984', in: *Nederlandse Jurisprudentie*, 1985, nr. 106, p. 462. *Blad* 1996: 378-385; Josephus Jitta in: Van Aken 1986: 128-132.
- 409 Josephus Jitta in: Van Aken 1986: 135.
- 410 Josephus Jitta geïnterviewd in "We willen de nood verminderen en tegelijk de vlucht in valse overlijdensverklaringen tegengaan", in: Enthoven 1988: 277. *Blad* 1996: 383.
- 411 'Meeste aangiften van euthanasie worden niet vervolgd', in: *Euthanasie* 14 (1988) 8.
- 412 Van Benthem aangehaald in 'Artsen huiverig voor aangifte euthanasie', in: *NRC Handelsblad*, 18 december 1984; geciteerd in: *Blad* 1996: 284.
- 413 Marc Josten en J. van Tijn, 'De rechterlijke macht van Nederland: een geruststellend gezelschap', in: *Vrij Nederland*, 2 november 1991, 32; Dolf Hartkamp, 'Euthanasie: wordt vervolgd', in: *De Groene Amsterdammer*, 14 augustus 1985.
- 414 Gomez 1991; Hendin 1997; John Keown, 'Euthanasia in the Netherlands: Sliding Down the Slippery Slope?', in: Keown 1995: 261-296. 'Euthanasie vrij?', in: *NRC Handelsblad*, 25 oktober 1983.
- 415 'KNMG-standpunt inzake euthanasie', in: *Medisch Contact* 39 (1984) 995-996; "Arts moet zonder sancties euthanasie kunnen melden", in: *de Volkskrant*, 8 augustus 1984.
- 416 G.Th. van der Werf, 'Huisarts en euthanasie. Een pleidooi voor onderlinge toetsing', in: *Medisch Contact* 43 (1986) 1390.
- 417 'KNMG-standpunt inzake euthanasie', in: *Medisch Contact* 39 (1984) 996.
- 418 Dupuis en Thung 1983: 25-29. F. van Beuge, 'Juridische problemen rond een zelfdoding. Wie beslist nu eigenlijk wat?', in: *Medisch Contact* 36 (1981) 407-411.
- 419 'Voorstel van wet van het lid Wessel-Tuinstra tot wijziging van de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht: Nader gewijzigd voorstel van wet', *Tweede Kamer*, 1983-1984, 18 331, nr. 2. Herdrukt in: Doek z.j.: 48-49.
- 420 'Euthanasie vrij?', in: *NRC Handelsblad*, 25 oktober 1983.
- 421 J. Ekelmans, 'Legaliseren euthanasie nu!', in: *nvve Kwartaalblad* 6 (1980) 1.
- 422 Zie KNMG (Hoofdbestuur), 'Brief over euthanasie aan regering en kamer', in: *Medisch Contact* 41 (1986) 208-209.
- 423 Geciteerd in 'Euthanasiewetzaak van jaren', in: *de Volkskrant*, 5 december 1981. 'Het "zwarte circuit" van de euthanasie', in: *Elseviers Weekblad*, 12 december 1981.
- 424 Voor publieke uitspraken van deze deskundigen, zie bijvoorbeeld: Rang 1975: 61; Elida Wessel-Tuinstra, 'Wetgeving voor euthanasie noodzaak', in: *NRC Handelsblad*, 20 april 1985; Josephus Jitta geciteerd in 'Euthanasie symposium te Purmerend', in: *Euthanasie* 13 (1987) 14.
- 425 Elida Wessel-Tuinstra, 'Euthanasie-wet biedt meer bescherming', in: *Trouw*, 15 maart 1985.
- 426 Raad van State, *Tweede Kamer der Staten-Generaal* 1985-1986, 18 331, nr. 43.
- 427 Adviescommissie Wetgeving Betreffende Toelaatbare Euthanasie 1978: 44. P. Muntendam, 'Voor euthanasie geen wet nodig', in: *de Volkskrant*, 14 maart 1985.
- 428 Enschedé 1985: 70-77. E.Ph.R. Sutorius, 'Een antwoord op euthanasie vanuit het recht', in: Spreeuwenberg (red.) 1986: 36-37, 52-53. Sutorius zei dat hij 'op dit moment' tegen wetswijziging was. Zie ook: Van Tol (red.) 1986.
- 429 H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, 'Ging rechter op de stoel van de wetgever zitten?', in: *NRC Handelsblad*, 17 december 1981.
- 430 H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, 'Euthanasie: voor en tegen wetgeving', in: *NRC Handelsblad*, 7 februari 1977.
- 431 Bram Pols, "Nieuwe wetgeving is onnodig", in: *Trouw*, 29 februari 1984.
- 432 H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, 'Stichting Vrijwillige Euthanasie', in: *nvve Kwartaalblad* 9 (1983) 6. Bram Pols, "Nieuwe wetgeving is onnodig", in: *Trouw*, 29 februari 1984.
- 433 Admiraal in Hetty Nietsch, 'Dokter, ik leef toch niet te lang', in: *Trouw*, 8 oktober 1983; Admiraal 1998: 136-137. Er moest sprake zijn van een vorm van controle vóór en na toepassing van actieve levensbeëindiging, zei Admiraal – dit was een andere kwestie die verdeeldheid zaaide onder voorstanders van euthanasie.
- 434 F. van der Dussen in een interview met Dupuis in 'Scheidende voorzitter Heleen Terborgh', in: *Euthanasie* 11 (1985) 9.
- 435 'De Nederlander en zijn dokter: Een NIPO-enquête', gepubliceerd in *Medisch Contact* 36 (1981) 444-446.
- 436 Interview met H.M. Dupuis, Leiden, 5 juni 2000.
- 437 Interview met H. Jochemsen, Ede, 15 maart 2000.
- 438 Interview met H.J.J. Leenen, Amsterdam, 6 juni 2000.
- 439 Interviews met H.M. Dupuis, Leiden, 5 juni 2000 en met H.J.J. Leenen, Amsterdam, 6 juni 2000.
- 440 Interview met H.J.J. Leenen, Amsterdam, 6 juni 2000.
- 441 Interview with H.M. Kuitert, Amstelveen, 18 mei 2000.
- 442 Interview met H.J.J. Leenen, Amsterdam, 6 juni 2000.
- 443 Interview met C. Spreeuwenberg, Maastricht, 29 juni 2000.

CONCLUSIE: DE GRENZEN VAN DE BESPREEKBAARHEID

- 444 'Euthanasie', *Tweede Kamer*, 22 november 2000, TK 26-2125.
- 445 Interview met Paul van der Maas, Rotterdam, 7 juli 2000.

- 446 John Blad heeft vergelijkbare uitspaken gedaan, zie: Blad 1996: 436, 438. Tijdens de siswo-conferentie aan de Universiteit van Amsterdam in juni 2000 vroegen verschillende Nederlandse conferentiegangers aan de Vlaamse euthanasieactivist Hugo van den Ende hoe euthanasiewetgeving een succes kon zijn in een maatschappij waar, zoals hij zelf zei, artsen vrij gesloten waren.
- 447 Pijnenburg heeft gewezen op dit (potentiële) gevaar van een openlijke discussie in Martien A.M. Pijnenburg, 'Catholic Healthcare and the Dutch National Character', in: Thomasma 1998: 244.
- 448 F. van Ree, 'Euthanasie en hulp bij zelfdoding in een psychiatrisch ziekenhuis', in: *Medisch Contact* 39 (1983) 750.
- 449 John Griffiths en zijn medewerkers hebben de aandacht gevestigd op het gebrek aan regelgeving bij levensbekortende handelingen buiten euthanasie en hulp bij zelfdoding; Griffiths, Bood en Weyers 1998: 252-257.
- 450 Wouters 1990: 229-231.
- 451 Anne-Mei The, conversatie op 27 maart 2001. Zie voor de hoge verwachtingen die worden gesteld aan patiënten die psychotherapie willen ontvangen: De Swaan 1979. Het zijn waarschijnlijk de ontwikkelde mensen die om euthanasie verzoeken, suggereerde W.B.A.M. Melief in: Melief 1991: 101; Van Overbeek 1996.
- 452 Dit is de mening van onder anderen theoloog Annelies van Heijst, 'Retorica van de goede dood', in: De Lange en Jans (red.) 2000: 99-101.
- 453 Femke Halsema geciteerd in 'Zwaktebod', in: *Nederlands Dagblad*, 29 november 2000. Later kwam ze op deze opmerking terug.
- 454 Interview met H.J.J. Leenen, Amsterdam, 6 juni 2000.
- 455 Deze motieven zijn niet geheel verdwenen; zie de ideeën van Van Dantzig in "Als goede zorg ontbreekt, gaan sommigen liever dood", in: *de Volkskrant*, 12 juni 1999. Hierin beweert hij dat het te verwachten is dat ondermaatse zorg meer mensen ertoe zal aanzetten om te vragen om actieve levensbeëindiging. Ook betoogde hij dat demente bejaarden in aanmerking behoorden te komen voor vrijwillige euthanasie, omdat er anders te weinig financiën beschikbaar zouden zijn voor de medische zorg voor jongere patiënten. Hij noemde de legalisatie van euthanasie voor demente bejaarden zeer waarschijnlijk, 'zo niet onvermijdelijk'. Zie voor een kritisch weerwoord: Theo Boer, 'De dood als vlucht voor verpleeghuis', in: *de Volkskrant*, 28 juni 1999.
- 456 Van Holsteyn en Trappenburg 1996.
- 457 Bert Keizer, 'Onoplosbaar lijden hoort er niet bij', in: Pijnenburg en Vosman (red.) 1996: 4-7. Interview met Cor van Heus, Terminale Thuiszorg, Bunnik, 30 maart 2001.
- 458 Robert Pool vertelde dat hij er verscheidene malen getuige van was dat familieleden euthanasie wilden aangrijpen om de dood van hun geliefden te bespoedigen; Pool 1996: 209.
- 459 David C. Thomasma, 'The Hard, Unanswered Questions', in: Thomasma 1998: 499. Pool 1996: 208; zie voor de conceptuele en praktische problemen van het zelfbeschikkingsrecht in het verzoeken om euthanasie in een ziekenhuis: The 1997: 197-198.
- 460 Pool 1996: 207-210.
- 461 Zie Gerrit K. Kimsma en B.J. van Duin, 'Teaching Euthanasia: The Integration of the Practice of Euthanasia into Grief, Death and Dying Curricula of Post-Graduate Family Medicine Training', in: Thomasma e.a. 1998: 105-113.
- 462 Griffiths, Bood en Weyers 1998: 305.

Literatuur

- Achterhuis, Hans, e.a. (1995), *Als de dood voor het leven. Over professionele hulp bij zelfmoord*. Amsterdam: G.A. van Oorschoot.
- Admiraal, P.V. (1980), *Verantwoorde euthanasie*. Amsterdam: NVVE.
- Admiraal, P.V. (1998), *Euthanasie en de eed van Hippocrates. Herinneringen van een anesthesioloog*. Amsterdam: Van Gennep.
- Admiraal, P.V., e.a. (1977), *Euthanasie*. Leiden: Stafleu's.
- Adviescommissie Wetgeving Betreffende Toelaatbare Euthanasie (1978), *Rapport*. Amsterdam: NVVE.
- Aken, Ben van (1986), *Euthanasie. Tussen wet en geweten*. Utrecht: Bruna.
- Ariès, Philippe (1974), *Western Attitudes toward Death from the Middle Ages to the Present*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Augustijn, C. (1984), *Kerk in Nederland, 1945-1984. Teksten*. Delft: Meinema.
- Banck, Geert A., e.a. (red.) (1985), *Gestalten van de dood. Studies over abortus, euthanasie, rouw, zelfmoord en doodstraf*. Baarn: Ambo.
- Battin, Margaret (red.) (1994), *The Least Worst Death. Essays in Bioethics on the End of Life*. Oxford: Oxford University Press.
- Beerling, R.F., e.a. (1976), *De dood*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Beets, M., e.a. (1987), *Ongevraagde euthanasie*. Z.pl.: Humanistisch Studiecencentrum Nederland.
- Bekku, D.W. van, e.a. (1974), *Oudworden, oud zijn*. Z.pl.: Stichting Bio-Wetenschappen en Maatschappij.
- Bender, L. (1937), *Gij zult niet dooden*. Hilversum: Paul Brand.
- Benson, Robert Hugh (1928), *Lord of the World*. Londen: Burns, Oats and Washbourne.
- Berg, J.H. van den (1959), *Het menselijk lichaam*. Nijkerk: Callenbach.
- Berg, J.H. van den (1969), *Medische macht en medische ethiek*. Nijkerk: Callenbach.
- Berg, J.H. van den (1969a), *De zuilen van het Pantheon en andere studies*. Nijkerk: Callenbach.
- Bergh, J. van den, e.a. (1970), *Verbeter de mensen, verander de wereld. Een verkenning van het welzijnsvraagstuk van uit de geestelijke gezondheidszorg*. Deventer: Kluwer.
- Bie, Peter de, en Paul Witterman (1985), *De zaak Stinissen. Hoe lang mag sterven duren? Een documentaire*. Weesp: De Haan.
- Blad, J.R. (1996), *Abolitionisme als strafrechtstheorie. Theoretische beschouwingen over het abolitionisme van L.H.C. Hulsman*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Blad, J.R. (red.) (1998), *Mijn leven! Mijn dood? Beschouwingen over verantwoorde zelfbeschikking*. Amsterdam: Thesis Publishers.

- Blijham, H. (1984), *Bedreigd leven, bedreigd bestaan*. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn.
- Boéré, L.A., e.a. (1964), *De verlenging van het leven*. Kampen: Nederlands Gesprek Centrum.
- Boon, L. (red.) (1989), *Euthanasie en zorgvuldigheid. Dilemma's bij instellingsbeleid, richtlijnen, begeleiding, zelfdoding, euthanasie jongeren en suïcide psychiatrische patiënten*. Amstelveen: SYMPOZ.
- Boon, Leo (red.) (1989), *Beslissen over leven en dood. Dilemma's bij wilsonbekwame ernstig-gehandicapte pasgeborenen, coma-patiënten, zwakzinnigen en psycho-geriatrische patiënten*. Amstelveen: SYMPOZ.
- Bruijn, Jan de (1979), *Geschiedenis van de abortus in Nederland*. Amsterdam: Van Genneep.
- Brunt, Emma, en Lodewijk Brunt (1981), *Het goede leven*. Amsterdam: Synopsis.
- Buskes, J.J. (1975), *Waarheid en leugen aan het ziekbed*. Baarn: Ten Have.
- Calf, J.P. (red.) (1969), *Medische ethiek vandaag*. Amsterdam: Agon Elsevier.
- Cappers, Wim (1999), *Vuurproef voor een grondrecht. Koninklijke Vereniging voor Facultatieve Crematie, 1874-1999*. Zutphen: Walburg Pers.
- Chabot, Boudewijn E. (1996), *Sterven op drift. Over doodsverlangen en onmacht*. Nijmegen: SUN.
- CHJO (1978), *Euthanasie*. Euthanasie Commissie CHJO. Z.pl.: CHJO.
- Cleton, R., e.a. (1981), *Rapport van de werkgroep Euthanasie*. Z.pl.: vvd.
- Commissie Alternatieve Geneeswijzen (1981), *Alternatieve Geneeswijzen in Nederland*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Dantzig, A. van (1995), *Is alles geoorloofd als God niet bestaat?* Amsterdam: Boom.
- Dekker, A., G.E. Mulder en D. Post (1982), *Euthanasie. Medische, ethische en juridische aspecten*. Kampen: Kok.
- Dessaur, C.I., en C.J.C. Rutenfrans (1986), *Mag de dokter doden? Argumenten en documenten tegen het euthanasiasme*. Amsterdam: Querido.
- Diekstra, René F.W. (1981), *Over suïcide, zelfdestructie, zelfbehoud en hulpverlening*. Alphen aan den Rijn: Samson.
- Dijk, Erica van, en Milo Anstadt (1965), *De zaak Wilma Helgers*. Amsterdam: Querido.
- Doek, J.E. (z.j.), *Levensbeëindiging bij minderjarigen*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Dupuis, Heleen M. (1976), *Medische ethiek in perspectief. Een onderzoek naar normen en argumentaties in de (medische) ethiek*. Leiden: Universiteit van Leiden.
- Dupuis, Heleen M. (1983), *Goed te leven. Reflecties op de moraal*. Baarn: Ten Have.
- Dupuis, Heleen M., en P.J. Thung (1983), *Voordelen van de twijfel. Een inleiding tot de gezondheidsethiek*. Alphen aan den Rijn: Stafleu.
- Eeden, C.J.A.M. van (1996), *Levensbeëindigend handelen als maatschappelijk politiek probleem. Een historische schets van het Nederlandse euthanasievraagstuk, 1970-1996*. Management Report No. 308. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Eijk, Willem Jacobus (1987), *De zelfgekozen dood naar aanleiding van een dodelijke en ongeheelbare ziekte. Een medisch-historisch en medisch-ethisch onderzoek ten behoeve van een rooms-katholiek standpunt inzake euthanasie*. Leiden: Leiden Universiteit.
- Emanuel, Linda L. (red.) (1998), *Regulating How We Die. The Ethical, Medical and Legal Issues Surrounding Physician-Assisted Suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Enklaar, Jasper (1995), *Onder de groene zoden. De persoonlijke uitvaart. Nieuwe rituelen in rouwen, begraven en cremieren*. Zutphen: Alpha.
- Enklaar, Jasper (1999), *Terminus. Dr. Ben Zylicz en de kunst van het sterven*. Z.pl.: Plataan.
- Enschedé, Ch.J. (1985), *De arts en de dood. Sterven en recht. Opstellen over toekomstig euthanasiebeleid*. Deventer: Kluwer.
- Enthoven, Leo (1987), *Op sterven na dood. Euthanasie in Nederland*. Deventer: Kluwer.
- Enthoven, Leo (1988), *Het recht op leven en dood*. Deventer: Kluwer.
- Euthanasie in discussie* (1977), Amerfoort: De Horstink.
- Faber, H. (red.) (1971), *Over dood en sterven*. Leiden: Universitaire Pers Leiden.
- Fenigsen, R. (1987), *Euthanasie. Een weldaad?* Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Filene, Peter G. (1998), *In the Arms of Others. A Cultural History of the Right-to-Die in America*. Chicago: Ivan R. Dee.
- Fletcher, Joseph (1955), *Morals and Medicine*. Londen: Victor Gollancz.
- Flokstra, Tjeerd, en Sjoerd Wieling (1986), *De geschiedenis van het Humanistisch Verbond, 1946-1986*. Zutphen: Walburg Pers.
- Franke, Herman (1985), *De dood in het leven van alledag. Twee eeuwen rouwadvertenties en openbare strafvoltrekkingen in Nederland*. Den Haag: Nijgh & Van Ditmar.
- Franke, Herman (1996), *De macht van het lijden. Twee eeuwen gevangenisstraf in Nederland*. Amsterdam: Balans.
- Gennip-Horsten, T. van, en P. Schnabel (1980), *Thuis sterven. Een onvervulbare laatste wens*. Utrecht: NCGV.
- Gereformeerde Kerken in Nederland (1988), *Euthanasie en pastoraat*. Den Haag: Boekencentrum.
- Gezondheidsraad (1982), *Advies inzake euthanasie*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Glaser, Barney G., en Anslem L. Strauss (1965), *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine.
- Gomez, Carlos (1991), *Regulating Death. Euthanasia and the Case of the Netherlands*. New York: Free Press.
- Govaart, Caspar, en Jan Rolies (1993), *Solidariteit met stervenden. Euthanasie: vragen bij een 'geregelde' kwestie*. Baarn: Gooien Sticht.
- Griffiths, John, Alex Bood en Heleen Weyers (1998), *Euthanasia and Law in the Netherlands*. Amsterdam: University of Amsterdam Press.
- Hagendoorn, Louk, Aafke Komter en Robert Maier (red.) (1998), *Samenhang der sociale wetenschappen. Beloften en problemen van een interdisciplinaire werkwijze*. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum.
- Heek, F. van (1975), *Actieve euthanasie als sociologisch probleem*. Meppel: Boom.
- Heering, H.J. (1972), *Ethiek dervoorlopigheid*. Nijkerk: Callenbach.
- Heij, P. (red.) (1989), *Wat hen bewoog. Briefwisseling tussen F.J.J. Buytendijk en J.H. van den Berg*. Nijkerk: Callenbach.
- Hendin, Herbert (1997), *Seduced by Death. Doctors, Patients and the Dutch Cure*. New York: Norton.
- Herbergs, Ben (1984), *Laat me sterven voor ik wakker word. Tien jaar strijd om het recht op een menswaardig levenseinde*. Amsterdam: Elsevier.
- Het Instituut voor Gezondheidsethiek* (1986). Amsterdam: Ploegsma.
- Hilhorst, Henri W.A. (red.) (1976), *De zachte dood naderbij? Een analyse van documenten inzake het euthanasievraagstuk in Nederland. Interimrapport I van het Euthanasieproject*. Utrecht: Sociologisch Instituut, Rijksuniversiteit Utrecht.
- Hinton, John (1967), *Dying*. Harmondsworth: Penguin.
- Hofstede, Peter (1970), *Tot onze diepe droefheid. Documentaire over de dood*. Baarn: Anthos.
- Hollenbeek Brouwer, J., en J.A. Knotterus (red.) (1982), *Vertrekpunten in de gezondheidszorg. Samengesteld naar aanleiding van het vertrek van prof. dr. H.J. van Aalderen als hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam*. Amsterdam: vu Uitgeverij.
- Holsteyn, Joop van, en Margo Trappenburg (1996), *Het laatste oordeel. Mening over nieuwe vormen van euthanasie*. Baarn: Ambo.
- Hoofdakker, R.H. van den (1969), *Het bolwerk van de beterseters. Over de medische ethiek en de status quo*. Amsterdam: Kritiese Bibliotheek Van Genneep.

- Hoogerkamp, Gijsbert (z.j.), *Euthanasie op het Binnenhof. De euthanasiediscussie in politiek-historisch perspectief (1978-1992)*, Vakgroep Geschiedenis. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht.
- Humphry, Derek, en Ann Wickett (1986), *The Right to Die. Understanding Euthanasia*. New York: Harper & Row.
- Illich, Ivan (1976), *Medical Nemesis*. New York: Pantheon.
- Indewey Gerlings-Huurman, Th. (1976), *Nakaarten over terminale patiënten*. Lochem: De Tijdstroom.
- Indewey Gerlings-Huurman, Th. (1977), *Het Leeuwarder euthanasie-proces. Feiten en commentaren*. Nijkerk: Callenbach.
- Indewey Gerlings-Huurman, Th. (1983), *De Milde Dood*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Jörg, A.J. (1968), *Wat gaat ons de toekomst aan? Zes oriëntaties ten aanzien van de naaste toekomst*. Den Haag: Boekencentrum.
- Kapteyn, Paul (1980), *Taboe, ontwikkelingen in macht en moraal speciaal in Nederland*. Amsterdam: De Arbeiderspers.
- Kennedy, James C. (1995), *Nieuw Babylon in aanbouw. Nederland in de jaren zestig*. Amsterdam: Boom.
- Keown, John (red.) (1995), *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and Legal Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Knight, P. (1979), *Suffer the Children. The Story of Thalidomide*. Z.pl.: Andre Deutsch.
- Kortbeek, L.H.Th.S. (1968), *Recent medisch ethisch denken*. Leiden: Stafleu.
- Krabben, Anja (1997), *De dood is springlevend. Belevingen en praktijk van de dood in Nederland*. Den Haag: BZZT0H.
- Krabbendam, Hans, en Hans-Martien Ten Napel (red.) (2000), *Regulating Morality. A Comparison of the Role of the State in Mastering the Mores in the Netherlands and the United States*. Antwerpen: Maklu.
- Kruger, Dreyer (red.) (1984), *The Changing Reality of Modern Man. Opstellen aangeboden aan J.H. van den Berg*. Nijkerk: Callenbach.
- Kübler-Ross, Elizabeth (1969), *On Death and Dying*. New York: Macmillan.
- Kuitert, H.M. (1970), *Anders gezegd*. Kampen: Kok.
- Kuitert, H.M. (1981), *Een gewenste dood. Euthanasie en zelfbeschikking als moreel en godsdienstig probleem*. Baarn: Ten Have.
- Kuitert, H.M. (1983), *Suicide, wat is er tegen? Zelfdoding in moreel perspectief*. Baarn: Ten Have.
- Kuitert, H.M., e.a. (1986), *Verantwoorde levensbeëindiging. Medische, ethische en juridische aspecten*. Delft: Meinema.
- Lam, Hans M. (1997), *Helpen bij sterven. Levensbeëindiging op verzoek in verschillende samenlevingen*. Amsterdam: Boom.
- Lange, Frits de, en Jan Jans (red.) (2000), *De dood in het geding. Euthanasiewetgeving en de kerken*. Kampen: Kok.
- Leenen, H.J.J. (1978), *Rechten van mensen in de gezondheidszorg. Een gezondheidsrechtelijke studie*. Alphen aan den Rijn: Samson.
- Lehmann, L. Th., e.a. (1969), *Vijftig jaren, 1919-1969. Vereniging voor crematie AVVL*. Z.pl.: AVVL.
- Lindeboom, G.A. (1960), *Opstellen over medische ethiek*. Kampen: Kok.
- Lindeboom, G.A. (1978), *Euthanasie in historisch perspectief*. Z.pl.: Rodopi.
- Lindeboom, G.A. (1980), *Euthanasie en euthanasiasme*. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn.
- Lindijer, C.H. (1985), *Het leven beëindigen. Gedachten over euthanasie*. Amsterdam: Stichting Lutherse Uitgeverij en Boekhandel.
- Lips, H. (1969), *De dood verandert*. Amsterdam: De Arbeiderspers.
- Lofland, Lyn H. (1978), *The Craft of Dying. The Modern Face of Death*. Beverly Hills: Sage.
- McEwan, Ian (1999), *Amsterdam*. New York: Doubleday.
- Meer, C. van der (1990), *Afscheid van het leven. 20 jaar denken over sterven en dood*. Kampen: Kok.
- Meer, C. van der, e.a. (1974), *Menswaardig sterven*. Bilthoven: Ambo.
- Meerman, Dick (1991), *Goed doen door dood te maken. Een analyse van de morele argumentatie in vijf maatschappelijke debatten over euthanasie tussen 1870 en 1940 in Engeland en Duitsland*. Kampen: Kok.
- Meier, Henk J. (1968), *Menswaardig sterven. Euthanasie in discussie*. Hilversum: Paul Brand.
- Melief, W.B.A.M. (1991), *De zorg voor terminale patiënten door hulpverleners in de thuiszorg en de intramurale zorg*. Den Haag: Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek.
- Menges, J. (1972), 'Euthanasie' in het Derde Rijk. Haarlem: De Erven Bohn.
- Metz, W. (1972), *Onnozel leven*. Nijkerk: Callenbach.
- Mochel, Henk (1971) ... *Tenzij een wonder gebeurt. Begeleiding van stervenden*. Kampen: Kok.
- Mochel, Henk (red.) (1972), *Een milde dood. Gedachten en een verslag van een televisieserie over euthanasie*. Kampen: Kok.
- Mourik Broekman, M.C. van (1946), *Beschikkingsrecht over leven en dood. Zedekundige opstellen over actuele vraagstukken*. Den Haag: Leopolds.
- Muntendam, P., e.a. (1977), *Bevolking en welzijn in Nederland. Rapport van de Staatscommissie Bevolkingsvraagstuk vastgesteld te Leidschendam December 1976*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Nederlandse Hervormde Kerk (1986, vierde druk), *Euthanasie. Zin en begrenzing van het medisch handelen. Pastorale handreiking, aanvaard door de generale synode der Nederlandse Hervormde Kerk op 22 februari 1972*. Den Haag: Boekencentrum.
- Noordman, Jan (1989), *Om de kwaliteit van het nageslacht. Eugenetica in Nederland, 1900-1950*. Nijmegen: SUN.
- NVVE (1989), *Men moet ten slotte het recht hebben als een heer te sterven*. Z.pl.: NVVE.
- Oijen, Wilfred van (1996), *Dilemma's van een huisarts*. Utrecht: Bruna.
- Outshoorn, Joyce (1984), *De politieke strijd rondom de abortuswetgeving in Nederland, 1964-1984*. Den Haag: VUGA.
- Overbeek, R. van (1996), *Tussen wens en werkelijkheid – een onderzoek naar het proces van omgaan met een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Payer, Lynn (1988), *Medicine and Culture. Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany and France*. New York: Henry Holt.
- Pijnenborg, Ludovica (red.) (1995), *End-of-life decisions in Dutch medical practice. Beslissingen rond het levenseinde in de Nederlandse medische praktijk*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Pijnenburg, Martien, en Frans Vosman (red.) (1996), *Tegendraadse levensvisies. Visies in de gezondheidszorg op leven en lijden*. Assen: Van Gorcum.
- Plomp, J. (1987), *Een kerk in beweging. De Gereformeerde Kerken in Nederland na de Tweede Wereldoorlog*. Kampen: Kok.
- Pool, Robert (1996), *Vragen om te sterven. Euthanasie in een Nederlands ziekenhuis*. Rotterdam: WVR.

Post, D., e.a. (1984), *Thuis sterven. Een handreiking aan mensen die hulp verlenen in de laatste levensfase*. Delft: Meinema.

PPR (1979), *Euthanasie. Discussienota PPR*. Z.pl.: PPR.

Raes, Hugo (1967), *Bankroet van een charmeur*. Amsterdam: De Bezige Bij.

Ramaker, Wim (1973), *Er is een tijd om te sterven*. Kampen: Kok.

Rang, J.F., e.a. (1975), *Euthanasie*. Nederlands Gesprek Centrum. Baarn: Bosch & Keuning.

Roscam Abbing, P.J. (1972), *Toegenomen verantwoordelijkheid. Euthanasie. Eugenetiiek. Moderne Biologie*. Nijkerk: Callenbach.

Roscam Abbing, P.J. (red.) (1968), *Om de mens. Ethiek in wetenschap en beroep*. Leiden: A. W. Sijthoff.

Rothuizen, G.Th. (1972), *Afspraak met de dood. Gedachten over ethiek en suicide*. Kampen: Kok.

Scherer, Jennifer M., en Rita J. Simon (1999), *Euthanasia and the Right to Die. A Comparative View*. Lanham: Rowman & Littlefield.

Schroten, E., e.a. (1979), *Euthanasie*. Den Haag: Wetenschappelijke Instituten CDA.

Sluis, I. van der (1979), *Het recht om grootmoeder te doden*. Amsterdam: Editions Saint Jacques.

Solingen, Paul van, en Tom Weerheijm (1967), *Laat je niet kisten*. Dinxperlo: Interland.

Speijer, N., en R.W.F. Diekstra (1980), *Hulp bij zelfdoding. Een studie van problemen rondom de hulpverlening bij de zelfgewilde dood*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Sporken, Paul (1969), *Voorlopige diagnose. Inleiding tot een medische ethiek*. Utrecht: Ambo.

Sporken, Paul (1981), *Heb jij aanvaard dat ik sterven moet? Stervenden en hun helpers*. Baarn: Ambo.

Spreeuwenberg, C. (1981), *Huisarts en stervenshulp. Een exploratief onderzoek naar de stervenshulp van de huisarts en naar de invloed hiervan op het geëigend sterven van de patiënt*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht.

Spreeuwenberg, C. (red.) (1986), *Verantwoorde levensbeëindiging? Medische, ethische en juridische aspecten*. Delft: Meinema.

Spruit, Ruud (1986), *De dood onder ogen. Een cultuurgeschiedenis van sterven, begraven, cremieren en rouw*. Houten: De Haan.

Staatscommissie Euthanasie (1985), *Rapport van de Staatscommissie Euthanasie, Advies. Deel 1*. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Stellweg, Cri (1975), *Deze aarde verlaten*. Baarn: Ambo.

Stichting Landelijk Orgaan van de Gereformeerde Gezindte voor de Bejaardenzorg (1968), *Euthanasie en de bejaarde mens*. Utrecht: in eigen beheer.

Stichting Vrijwillige Euthanasie (1975), *De dood komt soms te laat*. Lochem: De Tijdstroom.

Stichting Vrijwillige Euthanasie (1980), *Euthanasie en zelfdoding. Discussienota juni 1980*. Den Haag: SVE.

Stolk, J. (red.) (1998), *Gebroken wereld. Zwakzinnigenzorg en de vraag naar euthanasie*. Kampen: Kok.

Swaan, Abram de, Regina Gelderen en Viktor Kense (1979), *Het spreekuur als opgave*. Utrecht: Spectrum.

Sybrandy, Klazien, en Rob Bakker (1984), *Zorg jij dat ik niet wakker word? Vrijwillige euthanasie in de praktijk*. Baarn: Anthos.

The, Anne-Mei (1997), *Vanavond om 8 uur... Verpleegkundige dilemma's bij euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde*. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum.

Thiadens, A.J.H., en L.A.A. Bakker (1972), *Doodgaan is nog geen sterven*. Baarn: Het Wereldvenster.

Thomasma, David C., e.a. (1998), *Asking to Die. Inside the Dutch Debate about Euthanasia*. Dordrecht: Kluwer.

Till-d'Aulnis de Bourouill, H.A.H. van (1970), *Medisch-juridische aspecten van het einde van het menselijk leven*. Deventer: Kluwer.

Tol, D. van (1977), *De dood als keuze. Psychologische beschouwingen over zelfmoord en euthanasie verhelderd met voorbeelden uit de letterkunde*. Amsterdam: Boom.

Tol, D. van (red.) (1986), *Euthanasie-wetgeving: andere wegen*. Amsterdam: VU Uitgeverij.

Toom, Willem den (1981), *Over de levensduur. Een theologisch-ethische studie over enige medische vragen: levensverlenging – euthanasie – suicide*. Den Haag: Boekencentrum.

Verbrugh, H.S. (1978), *Paradigma's en begripsontwikkelingen in de ziekteleer. Een wetenschapstheoretisch onderzoek naar de omschrijving van het onderwijsvak pathologie als bijdrage tot de ontwikkeling van een holistische benadering van ziekte*. Haarlem: De Toorts.

Verhoef, Marja J., en Henri W.A. Hilhorst (1981), *De 'zachte dood' in de praktijk. Stervensbegeleiding en euthanasie in het verpleeghuis*. Lochem: De Tijdstroom.

Vermaat, Emerson (2001), *Euthanasie. Herhaalt de geschiedenis zich?* Utrecht: De Banier.

Vree, Wilbert van (1999), *Meetings, Manners and Civilization. The Development of Modern Meeting Behavior*. Londen: Continuum International Publishing Group.

Vries, Ray de, en Jarandan Suledi (Red.) (1998), *Bioethics and Society*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Vuijsje, Herman, en Cas Wouters (1999), *Macht en gezag in het laatste kwart. Inpakken en weggeven*. Den Haag: scp.

Wal, G. van der, en P.J. van der Maas (1996), *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde*. Den Haag: SDU.

Werkgroep Oordeelsvorming Euthanasie (1999), *Congresverslag – Euthanasie: contrair aan medisch handelen*. Zeist: Nederlandse Artsenvereniging.

Werkgroep Uiterst Medisch Handelen (1984), *Laatste Hulp. Rapport over de mogelijkheden van zelfdoding na een kernramp*. Leidschendam: in eigen beheer.

Wolffers, Ivan (1979), *Een eindje mee lopen. Stervensbegeleiding voor iedereen*. Baarn: Ambo.

Wolkers, Jan (1962), *Kort Amerikaans*. Amsterdam: Meulenhoff.

Wolkers, Jan (1965), *Terug naar Oegstgeest*. Amsterdam: Meulenhoff.

Woltjer, J.J. (1992), *Recent verleden. De geschiedenis van Nederland in de twintigste eeuw*. Amsterdam: Balans.

Wouters, Cas (1990), *Van minnen en sterven*. Amsterdam: Bert Bakker.

Zeijden, Albert van der (red.) (1990), *Balans en perspectief van de Nederlandse cultuurgeschiedenis. De cultuurgeschiedenis van de dood*. Amsterdam: Rodop.

Register

- abortus 71, 86, 90, 95-96, 101, 144, 193
 Admiraal, Pieter 49, 53, III, 133, 135,
 157-158, 167-169, 171, 174-175, 185,
 194-195
 Agt, Andries van 43
 Alkmaar, arrondissement 180, 184-185
 Alkmaar, rechtbank (1983) 92-93
 alternatieve geneeswijzen 117, 134
 Amsterdam 22
 Amsterdam, rechtbank (1983) 93
 antikernwapencampagne 126-127
 Artikels 293 en 294 (Wetboek van
 Strafrecht) 64-65
 Atjak, Mariëlle 133
- Baar, F.P.M. 17
 Bakker, Rob 52, 129
 'balanssuicide' 120, 123
 begrafenisrituelen 37
 België 11, 16, 25, 131, 204
 Belinfante, A.D. 95, 179, 181, 199
 Bender, Ludovicus 31-32
 Benson, Robert Hugh 26
 Benthem, P.F.J. 185
 Berg, Jan Hendrik van den 30-31, 50,
 63-64, 66, 68-71, 76-77, 86-87, 97,
 108, 117, 153
 Berkestijn, Hans van 49-50, 78
 Bibeb (E.M. Lampe-Soutberg) 71
 Bienfait, L. 184
 Bierens, F. 21, 180
 bisschopen, katholieke 21, 106
 Blad, John R. 80, 165, 184
 Bluysen, J.W.M. 60
 Bok, Pauline de 15
 Bood, Alex 213
 Boomsma, Netty 123
- Borst, Els 12, 101, 201-202, 207
 Borst, Joke 113
 Bosscher, Hilly ('Netty Boomsma') 123
 Boven-Grevelink, Margina van 99, 102
 British Royal College of Physicians 127
 Brongersma, Edward 124, 209
 Brunt, Emma 45
 Brunt, Lodewijk 45
 Buissing-van Beers, W.M. 107
 Bunte, I.A.H.T. 165
 Burgt, Flip van der 47-48
 Buskes, J.J. 42-43
- cal-rapporten 139, 199
 Callantsoog 27
 Cappers, Wim 38
 Chabot, Boudewijn 164, 209
 Chabot-arrest 103, 123, 211
 Christelijk-historische Jongeren
 Organisatie (CHJO) 175
 Christen Democratisch Appel (CDA)
 94-95, 98, 106, 147, 151, 181, 192
 christenen, behoudende 180
 claimrecht 148
 comateuze patiënten 138
 Continue Morbiditeitsregistratie 178
 crematie 37-38
 Crijnen, T. 21
 Cruzan, Nancy 138
- D66 94, 101, 146, 198, 208
 Dantzig, Andries van 14-15, 123, 128
 De Terp 169-171, 180, 182
 Dekker, A. 109
 Delft 167
 Den Haag 169
 Denemarken 11
- Dessaur, C.I. 65
 Diekstra, René 82, III, 120-122, 128, 155,
 175, 178
 Diepen, Marianne van 171
 'Diepvries-begrafenis' 115
 Does de Willebois, J.A. van der 42
 doopsgezinden 107
 Dorrestein, Renate 101
 Drion, Huib III, 210
 ds'70 146
 Duitsland 32, 62, 68, 131, 141
 Dupuis, Heleen 55, 74, 85-86, 88-89,
 94, 100-101, 108-109, 113, 124, 135, 143,
 149, 170, 189, 195-199
- Ee, Cornelia van 177
 eerstelijnsgezondheidszorg 116, 132
 Eijk, P. van der 21
 Einder, Hotel de 26-27, III
 Ekelmans, Jan 79, 85, 103, 126-127,
 177-178, 183, 190
 Ende, Hugo van den 16
 Enklaar, Jasper 39
 Enschedé, Ch. 65, 193
 Es, J.C. van 170, 183
 eugenetica 32
 'euthanasie' (nazi-Duitsland) 34
 euthanasiegevalLEN 12
 euthanaticadepots 126-127
- Fenigsen, Richard 80, 170
 Filene, Peter 162
 Fletcher, Joseph 39
 'flinkheidscultuur' 31
 Franco, generaal 139-140
 Frankrijk 68
 Fretz, Leo 127, 179, 181
 Friesland 29, 100, 107
 Froe, Arie de 76, 81
- Gereformeerd Politiek Verbond (Gpv)
 95, 106
 Gereformeerde Kerken in Nederland
 107-108
 gevangenen (en euthanasie) 123
 Gezondheidsraad Commissie (1982) 95,
 123, 125, 127, 140, 143, 163, 179, 199
 gezondheidsrecht 144
 Gol, Jan 60, 64, 99-100, 103, 124
 Gomez, Carlos 186
 Gorer, Geoffrey 36
 Greeve, Max 32
 Griendt-Laarman, D.L. van der 129
- Griffiths, John 213
 Groningen 100, 107, 188
 Groot-Brittannië 32, 48, 62-63, 81, 104,
 107, 127, 206
- Haas-Berger 147, 161
 Halsema, Femke 208
 Hastings Center 63
 Hattinga-Verschuere, J.C.M. 114
 Heek, F. van 88
 Heerenveen 50-51
 Heering, Herman 113-114
 Heerma van Voss, Arend Jan 123, 148
 Hendin, Herbert 186
 Henneveld, H.E. 51
 Hilarius, Jan 111
 Hilhorst, Henri 50, 69, 86, 89, 131, 146,
 160
 Hinton, John 28
 hippocratische eed 89
 Hoffenaar, D. 114, 159
 Hofstede, Peter 36-37
 Hoge Raad 20, 75, 103, 148-150, 191, 193,
 209
 Hollander, C.F. 117
 Holsteyn, Joop van 210
 Hoofdakker, R.H. van den 85, 88, 131
 Hoornik, Ed 36
 Hospices 112-113
 Humanistisch Verbond 26-27, 34, 40,
 110-112
- Illich, Ivan 47, 117
 Indewey Gerlings-Huurman, Th. 89,
 100, 103, 159
 informalisering 16
 Infomatiecentrum Vrijwillige
 Euthanasie 129
 informed consent 146, 165
 Instituut voor Gezondheidsethiek 63
- Jezus Christus 107, 110
 Jongeling, Piet 98
 Jörg, A.J. 115
 Josephus Jitta, A.N.A. 96-97, 121-122,
 184-185, 188, 191, 196
- Kapteyn, Paul 27
 katholieken 21-22, 31, 93, 100, 106, 109,
 112, 147
 Keizer, Bert 210
 Kennedy Institute for Bioethics 63
 Kenter, E.G.H. 125, 135

- Keown, John 173, 186
 Kijlstra, H.J. 99, 102
 kinderen (en euthanasie) 124-126
 Klever, W.N.A. 163
 Klinkert, J.J. 114
 Kohnstamm, Jacob 94-95, 191
 Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) 10, 20, 50-51, 69-70, 86, 90-92, 120, 135, 138, 157-158, 160, 163, 172, 178, 180, 186-190, 197, 199
 Koolhaas, Anton 36
 Korthals Altes, F. 167
 Krabben, Anja 55
 Krop, Marcel 40-41, 44, 72, 82
 Kübler-Ross, Elizabeth 28, 44, 47
 Kuitenbrouwer, Frank 52
 Kuitert, Harry M. 41, 47, 53-54, 69, 73-74, 103, 108, 110, 154-155, 161-163, 168-169, 197-199
- Laing, R.D. 47
 Lam, Hans 19
 Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) 91, 107-108
 Lange, S.A. de 89
 Ledenhulpdienst (NVVE) 100, 114, 159-160
 Leenen, H.J.J. 68, 72, 80, 87, 102, 105, 118-119, 124, 128-129, 135, 144-147, 149, 165, 177, 189, 197-199, 209
 Leerling, C. 48-49, 84
 Leeuwarden, rechtbank (1973) 51, 92, 99-103, 180, 182-183
 Leeuwen, Hannie van 151
 Lens, P. 113
 Lindeboom, G.A. 14-15, 31, 33, 42, 64, 107
 Lindeboom Instituut 172
 Lips, H. 39-40
 Lofland, Lym 44
 Londen, J. van 117
 Luijk, Henk van 52
 Luns, Joseph 26-27
 Luthersen 109
 Luysterberg, Rya 107
- Maas, Gerrit van der 212
 Maas, Paul van der 138, 148, 203
 malthusianisme 76-77, 80-81, 209
 Manenschijn, G. 148
 Marlet, J.J.C. 50, 176
 McEwan, Ian 27
- Meer, Cornelis van der 43, 73-74, 78-79, 113, 154
 Meerman, Dick 32
 Meier, Henk 35
 Menges, Jan 66, 112
 Metz, W. 134
 Middelkoop, Eimert 96
 Mierlo, Hans van 26-27
 Mijn, W.B. van der 141
 Mitford, Jessica 37
 Mochel, Henk 49, 57, 67
 Most, G. van der 57-58, 60-61
 Mourik Broekman, M.C. van 33
 Mulder, J.H. 179
 Muntendam, Pieter 17, 53, 60, 77, 80, 83, 90, 93, 125, 160, 192-193, 197-198
- nazi's 34, 65-67, 70, 114, 136, 182
 Nederlands Gesprek Centrum 157, 162
 Nederlandse Artsenverbond 86
 Nederlandse Christelijke Radio Vereniging (NCRV) 43, 57
 Nederlandse Hervormde Kerk 84, 108
 Nederlandse Patiëntenvereniging 179
 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 120
 Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) 10, 17, 22, 44-45, 50, 52, 68, 77, 80-81, 83, 86, 90, 98, 100-101, 103, 105, 111-112, 120-121, 124-128, 138-139, 147, 152-153, 158-160, 165, 167-168, 174, 176, 178, 181, 183, 190, 197-199
 Nieuwenhuizen, C.L.C. van 131-132
 noodtoestand 104, 149, 169-170, 185
 Noord-Holland 184
 Noord-Nederland 28-29
 Noordwolde 99-100
 Noorwegen 62
- Oijen, Wilfred van 30
 Oosterwolde 99
 opportuniteitsbeginsel 13
 Oregon 11
- Pacifistisch-Socialistische Partij (PSP) 146, 183, 191
 palliatieve zorg 104, 206, 208
 Partij Politieke Radicale (PPR) 125, 142, 146, 191
 Partij van de Arbeid (PvdA) 118, 146-147, 161, 191
 'patient rights revolution' 83
- pijnbestrijding 205-206
 Ponsonby, Lord 62
 Pool, Robert 211
 Postma, Andries 47, 67, 80, 99-100, 143, 176-177, 181
 Postma-van Boven, Geertruida 50-51, 80, 99-100, 102-103, 177, 180
 pragmatisme 13-14, 173, 203
 procureurs-generaal 168, 182, 186, 189
 Proeve van het Cabinet (1986) 189, 192
 protestanten, orthodoxe 10, 22, 31, 106, 147
 protestanten, progressieve 107-110
 Put, Suzanne van de 72
- Quinlan, Karen Ann 138
- Raad van State 192, 194
 Raes, Hugo 25-27
 Rang, J.F. 144, 191
 Rasker, J.J. 53
 Ree, Frank van 114, 147, 205
 Reformatorische Politieke Federatie (RPF) 95, 106
 R Emmelink, Jan 34, 93, 149-150, 183
 R Emmelink-onderzoek 192
 Reve, G.K. van het 40, 55
 Reyendam-Beek, L.W. 110
 Rolies, Jan 165
 Rombach, R. 160
 Rood, Max 91
 Roscam Abbing, P.J. 46, 67, 78, 82, 87, 107, 114, 151
 Rotterdam, rechtbank (1981) 92, 100, 122-123, 155, 183, 197
 Ruiter, J. de 94
 Rümke, H.C. 42
 Rutenfrans, Chris 15, 65, 67
- Sander, Hermann 63
 Saunders, Cecily 63
 SCEN-projecten 212
 schildrecht 148
 Schillebeeckx, Edward 41
 Schoonheim, P. 124, 146, 150, 180
 Schraven, H. 165-166
 Schutte, G.J. 167
 Schuurmans Stekhoven, W. 87-88
 Scottish Exit 158
 secularisatie 15-16
 Seret, A. 79, 82
 Sluis, I. van der 64, 79-80, 139
 Snyderman, Barney 173
- 'softenonbaby's' 70-72
 Speijer, Nicolaas 121, 155, 175
 Spijkenisse, Rechtbank (1980) 130
 Sporken, Paul 34, 68, 72, 74, 113
 Sprangers, John 169, 171
 Spreeuwenberg, Cor 16, 91, 107-108, 134, 147, 150, 156, 199-200
 Staatkundig Gereformeerde Partij (SGP) 95, 106
 Staatscommissie Euthanasie 20-21, 66, 89, 92, 123, 125-126, 136, 138, 189, 192, 198
 Stellweg, Cri 112
 stervensbegeleiding 205-206
 Stichting Schuilplaats 179
 Stichting Vrijwillig Leven 165
 Stichting Vrijwillige Euthanasie (SVE) 45, 79, 81, 83, 103, 120-122, 150-151, 155, 174, 176, 194
 Stinissen, Ineke 138
 Strien, adjudant Van 168
 Suijker, L.T.W. 47
 Sutorius, Eugène 124, 182, 193
 Sybrandy, Klazien 26, 52, 54-55, 80, 82, 101, 111-112, 121, 129-130, 136, 139, 160, 177-178, 181
- Terlouw, Jan 74, 94, 115, 131
 thanatologen 178
 The, Anne-Mei 207
 thuiszorg 210
 Thung, P.J. 149, 189
 Tijn, Joop van 49-50
 Tilanus, A.D.W. 72, 91
 Till d'Aulnis de Bourouill, H.A.H. van 65-66, 81, 119, 139, 146, 158, 175, 177, 193-194
 toetsingscommissies 187-189, 202, 212
 Tol, Dick van 45, 48, 64, 89, 103, 105, 120, 123, 155
 tolerantie 142-143, 150, 162
 Toom, Willem den 110, 127
 Trappenburg, Margo 210
 Treffers, Flip 49-50, 78
 Trimbos, Kees 46
 Tsjecho-Slowakije 32
 Tweede Kamer 9-10, 201-202
 Tweede Wereldoorlog 30-31
- Utrecht, Rechtbank (1978) 130, 177
- Vaal, O.M. de 71
 Veen, R. van der 147

Verbrugh, H.S. 116
Verenigde Staten van Amerika 12, 28,
31-32, 44, 62-63, 68, 81, 96, 104, 107,
115-116, 133, 136-138, 140-141, 148, 153,
162-163, 211
Verhoef, Marja 50, 173
Verkuyl, A. 21, 61
Versluis, Mia 138
Vinkega 100, 129
Vinkenoog, Simon 36
Vlaanderen 16, 131
Volkspartij voor Vrijheid en Democratie
(vvd) 94, 137, 140, 143, 191-192, 198
Vries, L. de 131
Vroom-Kastelein, W.R. 170
vrouwen (rol in euthanasiedebat)
100-101

Wal, Gerrit van der 212
welzijnsbeleid 118-119
Wendel de Jooide, Cees van 30
Werf, G.Th. van der 188
Werkgroep Uiterst Medisch Handelen
127

Wertheim-Elink Schuurman, C.A. 60,
100-101, 111, 126-127, 129-130, 146, 155,
178
Wessel-Tuinstra, Elida 20, 75, 85, 94-95,
101, 111, 143, 146, 149, 179-180, 184,
189-192
Wetboek van Strafrecht, artikelen 293 en
294 180, 185, 190-193
Weyers, Heleen 213
Wilhelmina, koningin 36
wilsverklaring 202, 211
Wolffers, Ivan 47, 49, 112
Wolkers, Jan 36-37
Woltjer, J.J. 27
Woudschoten-verklaring 132
Wouters, Cas 15-16, 31, 39, 42, 141, 164,
206

Yrrah (Harry Lammertink) 25, 38

Zonneveld, R.J. 76
Zweden 12
Zwitserland 11, 163

----- end of text -----

This publication is made available in the context of the history of social work project.

See www.historyofsocialwork.org

It is our aim to respect authors' and publishers' copyright. Should you feel we violated those, please do get in touch with us.



Deze publicatie wordt beschikbaar gesteld in het kader van de canon sociaal werk.

Zie www.canonsociaalwerk.eu

Het is onze wens de rechten van auteurs en uitgevers te respecten. Mocht je denken dat we daarin iets fout doen, gelieve ons dan te contacteren.

----- einde van de tekst -----