

Darwin in de medische ethiek

Margo Trappenburg

1. Inleiding

Publieke debatten over ethische vraagstukken kun je op drie verschillende manieren bekijken. Gezien door de bril van een geharde politicoloog is zo'n debat te beschouwen als de symbolische weerspiegeling van een *machtsstrijd*. De deelnemers aan het debat hebben elk hun eigen belangen, hun eigen agenda en hun eigen inzet. Zij proberen hun belangen zo effectief mogelijk te bereiken in de strijd. Hoe dat gebeurt is van minder belang; dat kan via mooie, overtuigende stukken in de krant, redevoeringen op de televisie, achterkamertjes-politiek, door het zwart maken van de tegenstander, door manipulatie, door grootschalige demonstraties en bezettingen of op welke andere wijze ook.

Gezien door de bril van een normatief-filosofisch ingestelde onderzoeker is een publiek debat vooral een *redelijk gesprek*, waarin (min of meer gebrekkig) zoveel mogelijk verschillende deelnemers en zoveel mogelijk verschillende argumenten aan bod komen, waarin men zijn best doet elkaar te overtuigen, waarin deelnemers vervolgens proberen de aangevoerde argumenten tegen elkaar af te wegen en waarin uiteindelijk consensus wordt bereikt, of althans een voor velen bevredigende oplossing.

Deze twee perspectieven zijn heel gangbaar bij de analyse en de beoordeling van debatten en besluitvorming over ethische kwesties. Minder gangbaar is een derde perspectief dat we zouden kunnen aanduiden als dat van de ethische evolutie. In een interessant artikel getiteld "Doen we het zo goed?"¹ bespreekt wetenschapsfilosoof Gerard de Vries een aantal studies over medisch-ethische debatten in Nederland: de dissertatie van Outshoorn over de abortusstrijd, mijn proefschrift dat een vergelijkende analyse bevat van debatten over orgaandonatie, humane genetica en experimenten met mensen, Kennedy's analyse van het euthanasiedebat en diverse studies uitgegeven door het Rathenau instituut die betrekking hebben op onderwerpen als klonen en voortplantingstechnologie.² De Vries gaat vooral in op studies die zijn geschreven vanuit het perspectief van het redelijke gesprek; hij wijdt met name uit over *Nieuwe voortplanting: afscheid van de ooievaar. Sociaal-historische en normatief-politieke aspecten van voortplantingstechnologie in Nederland*, geschreven door Martha Kirejczyk, Dymphie van Berkel en Tsjalling Swierstra. De Vries verbaast zich over het impliciete ideaal van een publiek debat dat in *Nieuwe voortplanting* wordt uitgedragen. Kirejczyk, Van Berkel en Swierstra betreuren dat het debat over ivf in Nederland zich al gauw toespitte op punten van ondergeschikt belang, zoals de vraag of ivf ook beschikbaar zou moeten zijn voor lesbische en/of alleenstaande vrouwen. Er heeft nooit een debat plaatsgevonden over de veel fundamentele vraag of ivf nu de beste oplossing is voor ongewenste kinderloosheid. Er is nauwelijks nagedacht over alternatieven zoals relativisering van het moederschap, adoptie, pleegouderschap, of onderzoek naar mannelijke onvruchtbaarheid. De auteurs zouden liever een zo breed en zo open mogelijk debat hebben gezien, dat zou zijn uitgemond in een zo groot mogelijke consensus. Dit is een nogal naïef beeld van een publiek debat, aldus De Vries. Een verstandige debat-onderzoeker zou zich moeten laten leiden door het filosofisch pragmatisme, door De Vries omschreven als een door Darwin geïnspireerde filosofische stroming die met name oog heeft voor de beperkingen van het individu, voor toevalligheden en voor onbedoelde uitkomsten. Bezien vanuit dit evolutionistische perspectief kun je veel beter zien waarom een debat liep zoals het liep.

¹ De Vries (2002).

² Outshoorn (1986), Trappenburg (1993), Kennedy (2002), Swierstra (2000), Kirejczyk, Van Berkel en Swierstra (2001).

Ik denk dat de suggestie van De Vries, om ethische debatten te bezien zoals we kijken naar de ontwikkeling van verschillende diersoorten in de loop van de tijd, de moeite waard is. Ik denk ook dat dit perspectief in enkele van de door De Vries bestudeerde, maar niet diepgaand besproken boeken al wordt gehanteerd, zij het nogal impliciet. In dit hoofdstuk zal ik proberen het morele evolutie perspectief nader uit te werken, aan de hand van een aantal medisch-ethische debatten, maar vooral aan de hand van het debat over euthanasie.

2. Morele evolutie

Een politicologische onderzoeker die een debat bekijkt en analyseert als een machtsstrijd kijkt naar de belangen en de preferenties van de protagonisten in de strijd. Het proefschrift van Outshoorn over abortus is een klassiek voorbeeld van een studie, geschreven vanuit dit perspectief. Outshoorn spreekt over het belang van vrouwen bij vrije abortus, over het belang dat artsen hebben bij controle over de indicaties voor abortus (termijnen waarbinnen abortus mag worden verricht, al dan niet geldige redenen voor abortus) en over het belang van kerken bij behoud van hun gezag inzake ethische kwesties. Zij kijkt ook naar strategische keuzes (wel of geen compromissen sluiten, al of niet uitruilen tegen andere issues bij het sluiten van een regeerakkoord), en naar de middelen die verschillende actoren bezitten en kunnen inzetten in de strijd.

Een onderzoeker die het debat als een redelijk gesprek beschouwt kijkt vooral naar de aard van de gebruikte argumenten (wel of niet rationeel, wel of niet relevant), naar de openheid van het debat (wordt er echt naar elkaar geluisterd of blijft iedereen zijn eigen verhaal herhalen?), naar gevolgde redeneringen en gemiste perspectieven. Een voorbeeld is de dissertatie van Elmar Theune over de verschillende debatten die gevoerd zijn rond de genetisch gemanipuleerde ‘stier Herman’. Theune doet haar best de kwaliteit van het debat en van de gebruikte argumenten te wegen en concludeert dat dit debat in de loop der tijd beter werd.³

Waarop moet nu de morele evolutie-onderzoeker zich richten? Wat zijn de onderdelen en aspecten van het debat waar hij of zij met name op dient te letten? De evolutie-onderzoeker zou oog moeten hebben voor drie belangrijke dingen:

- de grote lijn achter het debat
- het fenomeen pad-afhankelijkheid
- patronen die niet bewust zijn gekozen, maar achteraf wel kunnen worden onderkend.

Voordat ik deze drie elementen nader ga invullen is een kleine wetenschappelijke ‘geloofsbelijdenis’ op zijn plaats. Ik ben ervan overtuigd dat de drie hier genoemde onderzoeksperspectieven – het debat als machtsstrijd, het debat als redelijk gesprek en het debat als evolutionair gestuurde ontwikkeling – in alle debatten over medisch-ethische kwesties een deel van de werkelijkheid in beeld kunnen brengen. Elk medisch-ethisch debat heeft elementen van een machtsstrijd, elementen van een redelijk gesprek en elementen die zich laten duiden met behulp van concepten uit het evolutieperspectief. In het navolgende betoog staat dat evolutieperspectief centraal. Het is mijn bedoeling te laten zien dat je dan bepaalde eigenaardigheden uit het euthanasiedebat in kaart kunt brengen, die met behulp van de beide andere perspectieven moeilijker kunnen worden onderkend en verklaard. Ik wil zeker niet suggereren dat de beide andere perspectieven voor het euthanasie-debat waardeloos zijn. Het euthanasie-debat is óók een machtsstrijd geweest, waarin bijvoorbeeld het CDA jarenlang met succes geprobeerd heeft wetswijziging tegen te houden, en waarin medici zeggenschap wensten te houden over de medicijnkast. Het euthanasie-debat is evenzeer ook een redelijke publieke discussie geweest waarin een brede consensus is gegroeid over de toelaatbaarheid

³ Theune 2001.

van medisch hulp bij het levenseinde en waarin velen overtuigd zijn geraakt door de waarde van bepaalde inhoudelijke argumenten (zelfbeschikking, barmhartigheid). Maar het is daarnaast ook te bezien als een evolutionair proces, waarin toevallige ‘schakelpunten’ een belangrijke rol speelden en waarin werd voortgeborduurd op bestaande patronen. Dat geldt ook voor debatten over andere medisch-ethische kwesties. In dit hoofdstuk wil ik laten zien wat het evolutionaire perspectief inhoudt, wat je ermee kunt zien en waar je op zou moeten letten.

Na deze kanttekeningen in de marge volgt het eigenlijke verhaal: waar moet een sociaal-wetenschappelijke evolutie-onderzoeker op letten bij de bestudering van publieke debatten en wat ziet hij als hij dat doet?

1. De grote lijn achter het debat.

Het te onderzoeken debat is vermoedelijk een van de vele ‘soort-selectieprocessen’ waarin een bepaalde lange termijn ontwikkeling zich voordoet. Sociologen hebben in de veranderingen die zich in Nederland in de afgelopen vijftig jaar hebben voltrokken een aantal lange termijn trends vastgesteld: ontkerkelijking, secularisering en individualisering. Het ligt voor de hand aan te nemen dat deze trends op een of andere manier waarneembaar zijn in publieke debatten over ethische kwesties. Hoe langer het debat dat men bestudeert zich uitstrekt in de tijd, des te groter is de kans dat men die trends erin terug ziet. We zien in het abortusdebat hoe het belang van kerkelijke standpunten en godsdienstige argumenten vanaf de jaren '60 afneemt. We zien hoe de argumenten van voorstanders van abortus evolueren in de richting van het ‘baas in eigen buik’ principe, dat precies lijkt te passen in een samenleving die steeds verder individualiseert. In debatten over voortplantingstechnologie is het pauselijk standpunt (voortplanting mag alleen op natuurlijke wijze binnen het huwelijk; geen ivf, geen abortus, geen prenatale diagnostiek gericht op selectie van gezonde foetussen, geen donor-inseminatie⁴) volstrekt perifeer geworden. En wie het proefschrift van Heleen Weyers over euthanasie leest kan de ontwikkeling naar secularisering en ontkerkelijking daar prachtig in terug vinden. Weyers’ verhaal begint in 1956 met uitspraken van paus Pius XII over pijnstilling met een levensbekortend effect en met publicaties in het *Rooms Katholieke Artsenblad* en met publicaties van de zeer protestants-christelijke arts Lindeboom in 1960. Het eerste standpunt over euthanasie van een organisatie was van de Stichting Landelijk Orgaan van de Gereformeerde Gezindte voor de Bejaardenzorg in 1968; in 1972 volgde een positiebepaling van de generale synode van de Nederlands Hervormde Kerk.⁵ Halverwege het debat zijn er nog steeds toonaangevende publicaties ‘van katholieke zijde’ en van de gereformeerde theoloog Kuitert.⁶ De Staatscommissie Euthanasie, die in 1982 wordt geïnstalleerd, telt vijftien leden, van wie er twee nadrukkelijk een religieuze achtergrond hebben: hervormd predikant Van Beinum en hoogleraar theologische ethiek W.C.M. Klijn. Opmerkelijk was echter ook dat deze twee leden van de staatscommissie hun minderheidsstandpunt trachtten te onderbouwen met argumenten die ook voor niet godsdienstige burgers overtuigend zouden kunnen zijn.⁷ In de laatste fase van het debat, in de jaren voorafgaand aan de legalisering van euthanasie in 2001, komen we religieuze geluiden nauwelijks meer tegen.

Ook de lange termijn ontwikkeling in de richting van individualisering vinden we terug in het beloop van het euthanasie-debat. Weyers beschrijft de radicalisering van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie in de richting van een steeds verder gaande

⁴ Trappenburg 1993, p. 94 e.v.

⁵ Weyers 2002, hfdst. 2.

⁶ Ibid. p. 135-136.

⁷ Ibid. p. 119.

zelfbeschikking.⁸ Kennedy signaleert een toenemend belang van het zelfbeschikkingsrecht vanaf de jaren '70, vooral door toedoen van de publicaties van hoogleraar gezondheidsrecht H.J.J. Leenen, voor wie van meet af aan vaststond dat euthanasie moest plaatsvinden niet primair in het belang van de lijdende patiënt, maar op diens verzoek.⁹ Dat Leenens publicaties en Leenens definitie van euthanasie zo in de smaak vielen heeft niet alleen te maken met de kwaliteit van zijn argumenten, maar ook met ontwikkelingen in de maatschappij waarin steeds meer belang werd gehecht aan de vrijheid van het individu om zelf zijn leven vorm te geven.

2. *Het fenomeen 'pad-afhankelijkheid'.*

Een van de cruciale inzichten uit de evolutieleer is dat de ontwikkeling van verschillende soorten 'pad-afhankelijk' verloopt. Vele diersoorten hebben kenmerken en eigenschappen die je, als schepper-ontwerper aan een tekentafel, nooit zou hebben bedacht en gekozen. Vanuit het perspectief van een rationele, alles overziende ontwerper zijn die kenmerken en eigenschappen sub-optimaal: het had allemaal veel beter en veel praktischer gekund. De betreffende kenmerken kunnen echter goed verklaard worden als we kijken hoe en wanneer de diersoort in kwestie is ontstaan. Eerst was er diersoort A, die zich moest aanpassen aan omstandigheden x en y . Uit diersoort A ontwikkelde zich geleidelijk aan diersoort B, die echter eigenschappen hield die hoorden bij A, waar B in omstandigheden w en z in feite niet veel meer aan had. Of: diersoort B had eigenschap e veel handiger kunnen ontwikkelen op een andere manier, maar gezien het stapsgewijze verloop van de evolutie is eigenschap e nu eenmaal ontstaan via c en d , en dat valt niet meer terug te draaien.

Een sociaal-wetenschappelijke evolutie-onderzoeker moet kijken naar startpunten in het door hem bestudeerde debat en zich rekenschap geven van het feit dat het verloop van het debat voor een groot deel bepaald kan worden door dergelijke betrekkelijk toevallige beginpunten of cruciale 'schakelpunten'. Zoals de vermaarde politicoloog Charles Lindblom dat ooit formuleerde in een artikel over beleidsvorming: besluitvormingsprocessen verlopen incrementeel.¹⁰ Besluitvormers gaan niet achter hun tekentafel zitten om alle relevante factoren in overweging te nemen en vervolgens rationeel vast te stellen wat de allerbeste beleidslijn is. Besluitvormers gaan voort op een eenmaal ingeslagen weg, bedenken van daaruit twee alternatieve routes die niet heel veel van elkaar verschillen en doen dan kleine stapjes op een van beide routes zodat zij weer op hun schreden terug kunnen keren als dat stapje verkeerd uitpakt. Zo zit dat, volgens Lindblom, met besluitvormers en beleidsprocessen. In publieke debatten zijn de marges over het algemeen wat ruimer, al was het maar omdat veel participanten geen politieke verantwoordelijkheid dragen en dus rustig wat kunnen schrijven of roepen, maar dat neemt niet weg dat we ook bij de studie van publieke debatten oog moeten hebben voor beginsituaties, 'eenmaal ingeslagen wegen' en pad-afhankelijke ontwikkelingen.

Neem bijvoorbeeld het debat over orgaandonatie in Nederland.¹¹ De belangrijkste vraag die in dit debat moest worden beantwoord had betrekking op het te kiezen systeem voor postmortale orgaandonatie. Moesten we hiervoor een toestemmingssysteem invoeren waarin een overledene als donor kan fungeren als hijzelf of zijn nabestaanden namens hem daarvoor expliciet toestemming hebben gegeven? Of moesten we kiezen voor een 'geen bezwaarsysteem' waarin elke overledene als donor wordt aangemerkt, tenzij hij bij leven heeft laten registreren daar bezwaar tegen te hebben? In vele publicaties voorafgaand aan de invoering van de Wet orgaandonatie in 1995 werden de voordelen van een 'geen bezwaarsysteem' breed uitgemeten door allerlei relevante actoren in het veld van de

⁸ Weyers 2002, p. 357.

⁹ Kennedy 2002, p. 144-145.

¹⁰ Lindblom 1959.

¹¹ Trappenburg 1993, hfdst. 4.

gezondheidszorg. Het geen bezwaar systeem zou meer donoren opleveren, het zou het voor mensen makkelijker maken om sociaal gewenst gedrag te vertonen (niets doen was in feite voldoende om moreel juist te handelen!), en het was veel makkelijker voor artsen om na een overlijdensgeval het donorregister te raadplegen dan om de nabestaanden van een doorgaans veel te jonge overledene lastig te moeten vallen met een verzoek om donatie. Niettemin werd in 1995 een variant op het toestemmingssysteem vastgelegd in de wet. Met behulp van het evolutieperspectief kan die uitkomst goed worden verklaard. Het orgaandonatiedebat begon in 1970 met een achteraf gezien cruciaal artikel van gezondheidsjurist Sluyters. Hij wierp daarin de vraag op of het eigenlijk wel toelaatbaar was om organen uit lijken te halen ten behoeve van orgaanzieke patiënten en constateerde dat het recht op dit punt geen specifieke antwoorden bood. Bij gebrek daaraan leek het Sluyters wijs om de regels die golden voor sectie ook van toepassing te verklaren op orgaanuitname. Sectie mocht plaatsvinden als de overledene daar bij leven toestemming voor had verleend of als zijn nabestaanden dat deden na overlijden. Zo moesten we dat ook maar doen bij orgaandonatie. Deze betrekkelijk toevallige analogie redenering ontwikkelde zich zonder veel discussie tot heersende leer inzake postmortale orgaandonatie, waar later, door voorstanders van het geen bezwaar systeem, vruchteloos tegen is gestreden. Met een ander beginpunt zou het debat over orgaandonatie vermoedelijk anders afgelopen zijn.

Ook in het euthanasiedebat valt een padafhankelijke ontwikkeling via betrekkelijk toevallige begin- en schakelpunten te onderkennen. De achterliggende centrale vraag in het euthanasiedebat zou je als volgt kunnen formuleren: wat te doen als iemand niet langer wenst te leven of een uiterst beklagenswaardig bestaan leidt? Als je het in beginsel aanvaardbaar vindt om de dood een handje te helpen zou je op deze vraag kunnen antwoorden: ‘euthanasie’, een goede of zo goed mogelijke, pijnloze dood. Zo’n pijnloze dood kan op twee manieren ter beschikking worden gesteld. Je kunt kiezen voor een ‘*doe het zelf*’ aanpak. Dan ga je ijveren voor toegang tot middelen waarmee men zichzelf van het leven kan beroven. Zolang makkelijke toegang nog niet gerealiseerd is verstrek je informatie over zelfdoding met strategisch bij elkaar gespaarde medicijnen, plastic zakken en de bijbehorende hoeveelheid alcohol. Je kunt ook gaan streven naar *medische hulp* bij een humane dood. Je probeert dan artsen ervan te overtuigen dat het niet altijd wenselijk is door te leven tot het bittere einde, en je bepleit een creatief gebruik van de medijnkast die hen immers al ter beschikking staat.¹² In Nederland is gekozen voor het tweede regime en je zou kunnen betogen dat die keuze veel te maken heeft gehad met cruciale schakelpunten en pad-afhankelijkheid.

In 1969 verscheen het klassiek geworden boekje van J.H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*. Van den Berg beschreef in dit pamflet een aantal mensen en kinderen met een dermate treurig leven, dat het gerechtvaardigd was de vraag op te werpen of zij dood niet beter af zouden zijn geweest: een softenon peutertje zonder armen en benen, een diep zwakzinnige jongeman met een waterhoofd, een jongen in permanent comateuze toestand, een demente bejaarde en een man wiens gehele onderlijf geamputeerd was. *Medische macht en medische ethiek* wordt vaak beschouwd als het begin van de euthanasie-discussie in Nederland. Het boek werd in korte tijd een bestseller en beleefde twintig herdrukken in zeven jaar.¹³ James Kennedy laat in *Een weloverwogen dood* zien dat het boekje van Van den Berg gepubliceerd werd in een tijd waarin het taboe op de dood (naast een heleboel andere taboes) volgens velen moest worden doorbroken. Het was een tijd waarin geroepen werd om democratisering, waarin de autoriteit van gezagsdragers ter discussie werd gesteld, waarin zelfontplooiing en emancipatie belangrijke begrippen werden. Het was een tijd waarin de dood ‘in de mode was’, waarin werd gefantaseerd over zelfmoordhotels, waar men een zachte

¹² Vgl. Battin 2001, p. 59.

¹³ Kennedy 2002, p. 63, 68.

dood zou kunnen bestellen in een geheel verzorgde omgeving.¹⁴ Tegen die achtergrond zou je kunnen betogen dat in 1969 voor beide wegen gekozen had kunnen worden. Niettemin was het boekje van Van den Berg al heel duidelijk geschreven in de richting van de tweede weg. Van den Berg richtte zich ook tot patiënten, tot ouders die hun softenon kindje bij de geboorte verstootten ('het lijkt mij niet meer dan natuurlijk'), tot ouders die het kind mee naar huis namen en wel probeerden ervoor te zorgen (hij verwierp hun neiging om hun eigen belang en dat van hun andere kinderen op te offeren aan hun gehandapte kind), en tot de man met het geamputeerde onderlijf zelf (zou hij werkelijk gelukkig zijn geworden van deze 'geslaagde operatie'?). Van den Berg sprak echter vooral de artsen aan die een drain hadden aangelegd bij de jongeman met het waterhoofd, die de man met het geamputeerde onderlijf niet hadden laten sterven op de vele momenten waarop dat mogelijk was geweest, de artsen die softenon hadden voorgeschreven en die vervolgens diep mismaakte kinderen met hun ouders naar huis stuurden. Hij pleitte voor veel minder 'therapeutische hardnekkigheid' (zoals de Belgen dat zo mooi noemen) en voor actieve medische hulp bij het sterven.¹⁵ Loes Kater laat in haar proefschrift zien dat *Medische macht en medische ethiek* met enig recht ook kan worden beschouwd als het sluitstuk van een discussieperiode die handelde over het onbesuisd gebruik van nieuwe medische technieken als reanimatie en dergelijke.¹⁶ Het boek van Van den Berg was al heel duidelijk gelocaliseerd in een medische setting, en zou dus logischerwijs eerder uitlopen op een keuze voor de tweede weg dan op een strijd voor ongelimiteerde zelfbeschikking zonder paternalistische bemoeienis. Griffiths, Bood en Weyers noemen twee cruciale factoren die het toneel voor het euthanasiedebat zouden hebben bepaald: 1) de 'culturele revolutie' van de jaren '60 en '70 die onder meer leidde tot een herziening van de zedelijkheidswetgeving en 2) de ontwikkelingen van de medische technologie.¹⁷ Van den Bergs pamflet was een directe reactie op die tweede factor.

Het euthanasiedebat begon in Nederland binnen de context van een discussie over medische technologie en, voor zover men kan zeggen dat het begon met het pamflet van Van den Berg, begon het met een oproep die primair gericht was tot artsen. Daar kwam bij dat in Nederland niet alleen levensbeëindiging op verzoek (euthanasie) expliciet verboden was in het Wetboek van Strafrecht, maar ook hulp bij zelfdoding. Het was duidelijk dat voorstanders van een zachte dood het voor zichzelf niet eenvoudiger zouden maken door te streven naar een systeem van hulp bij zelfdoding in plaats van medische hulp bij het levenseinde. Zowel de eerste als de tweede weg zouden juridische strijd met zich meebrengen. Als hulp bij zelfdoding niet strafbaar was geweest was het evident makkelijker geweest om te kiezen voor de eerste weg.¹⁸ In Schotland bijvoorbeeld is hulp bij zelfdoding geen strafrechtelijk vergrijp (althans zolang de helpende zich niet daadwerkelijk schuldig maakt aan doodslag), en daar onstond dan ook een Voluntary Euthanasia Movement die duidelijk koos voor de eerste weg, en haar leden voorzag van een doe-het-zelf handleiding.¹⁹ Ook in Zwitserland is hulp bij zelfdoding toegestaan en bewandelt men vrij vanzelfsprekend de eerste weg.²⁰

¹⁴ Kennedy 2002, hfdst. 1.

¹⁵ Van den Berg 1969.

¹⁶ Kater 2002.

¹⁷ Griffiths, Bood en Weyers 1998, p.

¹⁸ Zowel de eerste als de tweede weg zouden in Nederland gepaard gaan met juridische strijd. Dat suggereert dat de keuze voor een van de twee 'om het even' was. In de volgende paragraaf zal ik betogen dat er in Nederland een soort 'automatische voorkeur' bestaat voor een medisch regime.

¹⁹ Otlowski 2000, p. 56 en 272.

²⁰ Blokland, ongepubliceerd paper (UU). Overigens is het niet zo dat een verbod op hulp bij zelfdoding de discussie in alle landen waar zo'n verbod bestaat onverbiddelijk stuurt in de richting van de tweede weg. Als gezegd: het evolutieperspectief pretendeert ook niet een verklaring te zijn die alle andere verklaringen en onderzoeksperspectieven overbodig maakt.

Bij een keuze voor de tweede weg is de opstelling van artsen en hun organisatie(s) uiteraard van cruciaal belang. De Nederlandse KNMG was vergeleken met artsenassociaties in andere landen, uitgesproken coöperatief. Men had de afloop van de abortusstrijd beleefd als een nederlaag. In de Wet afbreking zwangerschap was weliswaar niet gekozen voor een doe-het-zelf aan pak (toen de WAZ werd aangenomen waren er nog geen abortuspillen, zodat volledige zelfredzaamheid uitgesloten was), maar was de uiteindelijke beslissing over het lot van de foetus toch in handen van de vrouw gelegd. Abortus was toegestaan als de vrouw in een noodsituatie verkeerde, maar het was aan de vrouw om te bepalen of dit zo was en een noodsituatie kon iedere vorm aannemen (variërend van geestelijke nood omdat men zich nog niet rijp achtte voor het moederschap, tot financiële nood, nood omdat de vader van het kind uit beeld was, tot nood omdat de foetus in kwestie gehandicapt zou zijn). Onder het regime van de WAZ doet de arts wat de vrouw wenst. Zo ver wilde de KNMG het niet laten komen met euthanasie en daarom dacht men actief mee over de regulering van medische hulp bij het levenseinde volgens de tweede weg-methode.²¹

In de reeks van klassiek geworden rechterlijke uitspraken over euthanasie valt tenminste één vaste lijn te onderkennen: gerechtvaardigde hulp bij het sterven dient te worden verricht door een arts. Niet door een verpleegkundige en zeker niet door een leek.²² Waarom dit zo was is niet helemaal duidelijk. Mogelijk was deze impliciete rechterlijke keuze voor het tweede model gewoon toeval. De verdachte in de zaak-Postma uit 1973 was een huisarts.²³ De getuigen die werden gehoord waren eveneens arts en zij vertelden dat het onder artsen langzaam aan niet meer vanzelfsprekend was om patiënten tegen hun wil in leven te houden. Met de uitspraak in zaak Postma was de trend gezet. Ook in de uitkristallisering van het gezondheidsrecht werd nadien aangenomen dat hulp bij het sterven moest worden verleend door artsen. Juridische normering is in hoge mate pad-afhankelijk zou je kunnen zeggen, door de gewoonte voort te bouwen op precedenteren.²⁴

Niettemin hadden we wellicht alsnog op de eerste weg terecht kunnen komen, als de voornaamste belangengroep die zich bezighield met euthanasie, de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie, dat van meet af aan vasthoudend had nagestreefd. Dat was echter beslist niet het geval. Het is niet helemaal duidelijk of de NVVE opteerde voor de tweede weg uit innerlijke overtuiging of om tactisch-strategische redenen.²⁵ Voor de tweede weg was waarschijnlijk makkelijker een politieke meerderheid te vinden. Een keuze voor de tweede weg kon als medicalisering en daarmee depolitisering van een netelig politiek vraagstuk worden opgevat, en paste dus goed binnen de in Nederland gangbare consensus- en pacificatiepolitiek. Mogelijk is deze tactische reden bepalend geweest voor de opstelling van de NVVE. De NVVE heeft zich altijd sterk gemaakt voor de Nederlandse visie op stervenshulp: geen onverkort zelfbeschikkingrecht, maar een centrale rol voor de arts, die een eigen oordeel moet geven over het lijden van zijn patiënt. Groeperingen binnen de NVVE die een radicaal zelfbeschikkingsrecht zonder medische bemoeienis voorstonden splitsten zich af en begonnen eigen organisaties (die echter nooit van vergelijkbaar belang werden als de NVVE). Kennedy beschrijft hoe de Schotse euthanasievereniging in 1980 een zelfhulp brochure met praktische informatie toestuurde aan haar leden. De NVVE keurde deze actie scherp af; zij verspreidde haar eigen praktische handleiding onder artsen en apothekers.²⁶ De NVVE heeft zich tot in de jaren '90 gecommitteerd aan de tweede weg en is pas sindsdien

²¹ Weyers 2002, p. 350.

²² vgl. Griffiths, Bood en Weyers 1998, p. 53, 57-61, Leenen 1988, p. 315-316.

²³ Strikt genomen was de zaak Postma uit 1973 niet het eerste geval van een arts die zich voor de rechter moest verdedigen voor euthanasie. In 1952 stond ook al een arts terecht. Vgl. Weyers 2002, p. 27.

²⁴ Interessant is dat leken die zich voor hulp bij zelfdoding moesten verantwoorden ook veel strenger gestraft werden dan artsen. Vgl. Weyers 2002, de voetnoten op p. 106-107.

²⁵ Vgl. Kennedy 2002, p. 121, 128.

²⁶ Kennedy 2002, p. 158.

geradicaliseerd. Toen was de tweede weg echter al dermate onderdeel geworden van de institutionele ordening in de gezondheidszorg dat een plaats daarbuiten (wat toch het effect zou zijn van een keuze voor de eerste weg) onnodig, onwenselijk en onpraktisch leek. Zo bezien is de keuze voor de tweede weg in de euthanasiewet van 2001 mede te danken aan een padafhankelijke ontwikkeling vanuit een paar cruciale beginpunten: de bepalingen in het Wetboek van Strafrecht, waarin zowel euthanasie als hulp bij zelfdoding strafbaar waren gesteld, de medische setting waarin *Medische macht en medische ethiek* werd gepresenteerd in 1969 en de zaak Postma in 1973.

3. *Patronen die niet bewust zijn gekozen, maar die achteraf wel kunnen worden onderkend.*

Evolutiebiologen ontdekken wetmatigheden van het type: als een dier weinig nakomelingen produceert zal het daar goed voor zorgen, terwijl dieren met een grote schare nakomelingen daar wat losser mee omgaan. Of: in het dierenrijk zijn vooral de mannetjes kleurrijk opgedoft en dat komt omdat zij daarmee wijfjes moeten aantrekken. Wijfjes kiezen hun partner, niet andersom.²⁷ Zijn er vergelijkbare evolutionaire wetmatigheden te ontdekken voor de sociale wetenschapper? Die zijn er. In medisch-ethische debatten in Nederland lijkt de volgende regel te gelden: wij onderwerpen ons zonder morren aan door medici bedachte normen,²⁸ op voorwaarde dat artsen zich bij het stellen van die normen niet begeven buiten de grenzen van hun eigen professie.

De Nederlandse overheid bemoeit zich maar heel minimaal met de ethische keuzes van Nederlandse burgers: ouders hoeven hun kinderen niet verplicht naar het openbaar onderwijs te sturen, zij mogen ze desgewenst op een school doen die recht doet aan hun eigen overtuiging. Overspel is geen strafrechtelijk vergrijp; echtscheiding mag als de huwelijkspartners dat wensen. Homo's mogen met elkaar trouwen en een kind adopteren. Mannen en vrouwen mogen zelf de taakverdeling in hun huishouden regelen. Het gebruik van softdrugs wordt gedoogd en prostitutie is een legale broodwinning geworden. Nederlandse burgers hebben vis-à-vis hun overheid een grote ruimte om zelf hun leven vorm te geven volgens hun eigen normen en overtuigingen. Tegen die achtergrond is het opvallend te zien dat diezelfde Nederlandse burgers zich relatief makkelijk schikken naar medische normen. Vrouwen in Nederland accepteren dat zij afschuwelijke pijnen moeten doorstaan bij een bevalling, terwijl pijnstilling in veel andere landen heel gebruikelijk is. De toegang tot prenatale diagnostiek (vlokkentest en vruchtwaterpunctie) is in Nederland beperkt tot vrouwen van boven de 36 en vrouwen die anderszins behoren tot een medisch gedefinieerde risicogroep. Eenvoudiger vormen van prenataal onderzoek (de triple test en de nekploumeting) zijn in Nederland alleen 'onder de toonbank' verkrijgbaar. Voor ivf gelden strakke leeftijdseisen. Genetische diagnostiek krijg je in Nederland alleen op 'medische indicatie'; je kunt je niet zomaar vervoegen bij een klinisch genetisch centrum met de vraag of men je wil testen voor het dragerschap van een aantal courante aandoeningen, zelfs niet als je zelf voor die test zou willen betalen. Over al dergelijke regels en indicaties ontstaat zelden opschudding. Het Sociaal Cultureel Planbureau peilde de meningen van Nederlandse burgers over een aantal medisch-ethische kwesties. Daaruit blijkt dat er ook maar weinig animo bestaat voor de toepassing van medische technologie buiten de grenzen van de medische normering. Postmenopauzaal moederschap is technisch mogelijk, maar wordt in Nederland door de medische elite afgewezen. Dat oordeel wordt gedeeld door 76 % van de bevolking.

²⁷ Vgl. Tooley 2001, voor een interessante analoge toepassing van deze these op de menselijke psyche.

²⁸ In strikte zin gaat het niet om 'door medici bedachte normen', maar om normen ontwikkeld door de medische beroepsgroep, in overleg met juristen, ethici en ambtenaren. Dat neemt niet weg dat het doorgaans wel gaat om 'medische indicaties'.

Een nog grotere meerderheid staat afwijzend tegenover het idee dat ouders het geslacht van hun baby voortaan zouden kunnen kiezen.²⁹

Er ontstaat in Nederland pas opschudding als artsen bij hun normering of indicatiestelling evident buiten hun boekje treden. Zoals Kirejczyk, Van Berkel en Swierstra signaleerden in hun eerder aangehaalde studie: er kwam pas een echt debat over voortplantingstechnologie toen er in ivf klinieken ‘sociale indicaties’ werden gehanteerd. Er bleek daar te worden geselecteerd op niet-medische criteria, zoals de aard en de kwaliteit van de relatie van de aspirant ivf ouders, hun maatschappelijk gedrag en hun karakter. Wij vinden het blijkbaar prima dat artsen geen ivf behandeling beginnen als een vrouw 47 is vanwege de lage succeskans en het verhoogde ‘obstetrische risico’, maar we willen niet van een arts te horen krijgen dat oudere moeders niet goed in staat zijn een kind op te voeden. We accepteren het wel als artsen stellen dat ivf alleen zin heeft bij bepaalde vormen van ‘tuba-pathologie’, maar niet als een ziekenhuis lesbische paren op voorhand uitsluit van deze behandeling. We accepteren dat we geen vlokentest krijgen als wij daar nog te jong voor zijn, omdat artsen menen dat dan de kans op een mongooltje kleiner is dan de risico’s die de test met zich meebrengt. We zouden het niet accepteren als de arts zou verkondigen dat wij ons kind onvoorwaardelijk lief moeten hebben, met of zonder chromosomale aandoening.

De keuze voor ‘de tweede weg’ met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding is eveneens een keuze voor medische indicatiestelling en onderwerping aan een medisch oordeel.³⁰ Euthanasie en hulp bij zelfdoding mag alleen als de arts van oordeel is dat de betrokken patiënt ‘uitzichtloos en ondraaglijk lijdt’. Net als de normering met betrekking tot de voortplantingstechnologie lijkt ook deze medische regel te zijn gekoppeld aan de eis dat artsen niet buiten hun boekje mogen treden. In de parlementaire behandeling van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (met name in de Eerste Kamer) werd door ministers en kamerleden een en andermaal betoogd dat artsen alleen ‘qua medicus’ mogen oordelen over het lijden van de patiënt, en dat dat lijden dus een pathologische oorzaak moet hebben. Zo staat in de Memorie van Antwoord nadrukkelijk: “Over lijden dat voortvloeit uit een andere dan een medische context behoort niet door een arts te worden geoordeeld. Een dergelijk lijden gaat de professie van de medicus te buiten” en “Alhoewel de oorzaak van het lijden als zodanig niet doorslaggevend is voor de vraag of er sprake is van lijden, moet de situatie van de patiënt wel naar medisch-ethisch inzicht kunnen worden gekenmerkt als een lijden. Aan het lijden moet dus wel een medische dimensie zitten.”³¹ Huisarts Philip Sutorius verstrekke op 22 april 1998 een drankje aan zijn hoogbejaarde patiënt

²⁹ www.scp.nl, Sociaal-culturele verkenningen 1997, hfdst. 6.

³⁰ Overigens moet hierbij worden gezegd dat de keuze voor de zogeheten ‘medische exceptie’ een nog zuiverder keuze voor medische indicatiestelling had betekend. De portée van die oplossing, die zowel bij abortus als bij euthanasie door met name Enschedé gepropageerd is, houdt in dat men artikelen in het wetboek van strafrecht eenvoudigweg niet van toepassing acht op artsen. Het handelen van de tandarts voldoet aan veel elementen van de delictomschrijving voor mishandeling, maar we achten het vanzelfsprekend dat de tandarts niet voor zijn pijn veroorzakende gedrag vervolgd wordt. Evenzo hadden we kunnen besluiten om de artikelen over abortus en euthanasie op te vatten als ‘uiteraard niet voor artsen bedoeld’, als artikelen met een impliciet medische exceptieclausule. Waarom is dat niet gebeurd? Natuurlijk is dit pure speculatie, maar ik kan mij voorstellen dat dit te maken had met twee dingen. (1) De artseneethiek in de vroege fase van het euthanasiedebat was – in de nadagen van de verzuiling - nogal religieus gekleurd (zie Weyers 2002). Dit heeft er mogelijk voor gezorgd dat euthanasie niet werd opgevat als een kwestie die kon worden gereguleerd met een neutrale professionele beroepsethiek. Die ethiek was destijds nog onvoldoende neutraal professioneel. Of, anders gezegd: artsen waren aanvankelijk nog te zeer verdeeld. (2) In alle eerste rechtszaken van artsen inzake euthanasie ging het om artsen die tevens familie waren van de door hen gedode patiënten. Ook dit heeft mogelijk voorkomen dat men euthanasie van meet af aan kon zien als ‘normaal medisch-professioneel handelen’. Het feit dat men euthanasie blijkbaar voor dierbaren reserveerde suggereerde dat het hier ging om medisch handelen ‘above and beyond the call of duty.’ Vgl. Weyers 2002, p. 112.

³¹ Citaten uit de Memorie van Antwoord, opgenomen in het Brongersma arrest (HR 24-12-2002).

Edward Brongersma, waarmee deze zijn leven kon beëindigen. Brongersma had last van een aantal ouderdomskwalen, hij was onvast ter been en had incontinentieklachten, maar hij leed vooral aan de leegheid, de eenzaamheid en de zinloosheid van zijn leven. Sutorius werd vervolgd en in eerste aanleg door de rechtbank te Haarlem vrijgesproken. Het gerechtshof in Amsterdam oordeelde in hoger beroep echter dat Sutorius zijn boekje te buiten was gegaan. Een huisarts kan zich volgens het hof niet als medicus een oordeel vormen over de “ondraaglijkheid, de uitzichtloosheid en onbehandelbaarheid van lijden dat zijn oorzaak niet of niet in overwegende mate vindt in een somatische en/of psychische aandoening”. Het oordeel van Sutorius dat Brongersma ondraaglijk leed “stoelde op begrip voor diens situatie maar niet op een medisch-professioneel oordeel.”³² Deze uitspraak van het Hof werd in cassatie overgenomen door de Hoge Raad.³³

Dat gewone burgers het eens zijn met de grondregel (medische normering mag, maar op voorwaarde dat deze normering ook echt ‘medisch’ van aard is) blijkt uit opinie-onderzoek van Van Holsteyn en mij. Wij legden onze respondenten vignetten voor waarin verschillende vormen van lijden aan bod kwamen. Meer dan 80% vond dat de arts die euthanasie pleegde op een man die leed aan een ongeneeslijke, progressieve spierziekte, juist had gehandeld. Bij psychiatrische patiënten is men veel minder stellig over de juiste gedragslijn van de arts. Geconfronteerd met een casus waarin de patiënt diep-ongelukkig was, vond slechts 6 % van de respondenten het goed dat de dokter deze man had geholpen zijn leven te beëindigen. En ook bij eenzaamheid en levensmoeheid is het oordeel afwijzend; Nederlandse burgers vinden dat in grote meerderheid geen grond voor euthanasie of hulp bij zelfdoding.³⁴

De oplossing van het abortusvraagstuk is een fascinerende uitzondering op dit patroon van voorwaardelijke-onderschikking-aan-de-medische-norm. Aanvankelijk was abortus toegestaan op medische indicatie: als het leven van de vrouw in gevaar was. Onder abortus op medische indicatie zou je ook kunnen begrijpen: abortus als de foetus zwaar gehandicapt zou zijn en inderdaad werd abortus na gebruik van softenon ook wel geclassificeerd onder de medische indicatie. Maar afgezien van deze twee indicaties heeft het medische boekje bij abortus weinig te bieden, tenminste, als je de strikte afbakeningsprincipes volgt die bij reproductieve technologie en bij euthanasie maatgevend zijn geworden. Euthanasie is binnen het medische boekje voor tal van situaties een geëigende oplossing: bij vele vormen van kanker, progressieve spierziekten, aandoeningen van het zenuwstelsel en zelfs bij heel ernstige psychiatrische aandoeningen. Voorwaardelijke onderschikking aan het medisch regime zou bij abortus echter hebben geleid tot een zeer restrictief beleid. Pogingen om het medische boekje soepel te interpreteren – abortus mag ook als de geestelijke gezondheid van de vrouw wordt bedreigd door haar zwangerschap of als de zwangerschap normaal maatschappelijk functioneren zou belemmeren – boden niet echt soelaas, mogelijk omdat de arts dergelijke oordelen zou vellen op basis van ‘begrip voor de situatie’ van de zwangere vrouw en niet ‘op basis van een medisch-professioneel oordeel’, om met het Brongersma arrest te spreken. En dus werd in de abortuskwestie afgeweken van het gebruikelijke oplossingspatroon; hier koos men in een vroeg stadium voor zelfbeschikking, voor het ‘baas in eigen buik principe’.

Waar komt onze affiniteit met ‘voorwaardelijke onderschikking aan de medische norm’ vandaan? De evolutie-onderzoeker kan hier wijzen op het feit dat een beproefde oplossingsstrategie in nieuwe kwesties opnieuw gekozen zal worden, omdat zij eerder goede diensten heeft bewezen. Daarnaast is er, denk ik, sprake van twee elkaar versterkende achterliggende voorkeuren die deze oplossing zo populair maken. De ene voorkeur is onze gehechtheid aan een verzorgingsstaat waarin wij allen althans voor de dokter gelijk zijn. In

³² Gerechtshof Amsterdam, 6 12-2001.

³³ Hoge Raad 24-12-2002.

³⁴ Trappenburg en Van Holsteyn 2001.

een verzorgingsstaat moet duidelijk kunnen worden afgebakend welke voorzieningen wij wel en niet collectief willen vergoeden. Bij de beoordeling van voorzieningen die geld kosten (genetische tests, prenatale diagnostiek, hulp bij de voortplanting) moet kunnen worden vastgesteld wat wel en niet ‘in het pakket zit’. Enige indicatiestelling is dus onvermijdelijk en vermoedelijk is medische indicatiestelling de enige norm waarover wij in een plurale samenleving consensus kunnen bereiken. De andere voorkeur zou je kunnen karakteriseren als een wijd verbreid besef dat er inzake ethische kwesties wel ‘ergens grenzen moeten zijn’, omdat wij anders ‘op een hellend vlak geraken’. Waar medici in staat zijn die grenzen te trekken op een over het algemeen bevredigende manier zijn wij op onze beurt geneigd die grenzen dan ook maar te accepteren.

3. Meedenkende onderzoeksobjecten

Anders dan de bèta-wetenschappelijk geschoolde evolutie-bioloog heeft een sociale wetenschapper te maken met onderzoeksobjecten die zich in meer of mindere mate bewust zijn of bewust kunnen worden van de wetmatigheden die de onderzoeker ontdekt in hun gedrag. De keuze voor een bepaald perspectief kan mede worden gemaakt vanwege het feit dat protagonisten zelf in een publiek debat dat perspectief innemen. Het is geen toeval dat menige Nederlandse onderzoeker een ‘redelijk gespreksperspectief’ hanteert voor zijn onderzoek. Participanten in een publiek debat hebben zelf vaak de neiging dat debat als een redelijk gesprek op te vatten en te streven naar consensus. Kirejczyk onderzocht de besluitvorming over embryo-experimenten in Nederland en het Verenigd Koninkrijk. Zij concludeerde dat er in Engeland daadwerkelijk gestreden is over deze kwestie, terwijl in Nederland vooral gepoogd werd kolen en geiten te sparen, de zaak niet hoog op te spelen en ieders gevoelens te ontzien.³⁵ Kennedy ziet de neiging van Nederlanders om het euthanasievraagstuk bespreekbaar te maken en op te lossen via ‘een redelijk gesprek’ als het belangrijkste kenmerk van het publieke debat over medische hulp bij het sterven.³⁶ Ik zelf bekeek het stemgedrag over ethische issues in het Nederlandse parlement in opeenvolgende kabinetsperiodes van 1974 tot 2000. Opvallend veel ethische wetgeving werd met bijna algemene stemmen aangenomen in de Tweede Kamer.³⁷

Wordt het evolutieperspectief door participanten in Nederlandse publieke debatten ook bewust gehanteerd? Dat lijkt inderdaad het geval. Kennedy’s eerste boek over de Nederlandse politiek, *Nieuw Babylon in aanbouw* gaat over de neiging van Nederlandse politieke en andere elites om ‘de vooruitgang’ als onvermijdelijk te zien: “Het wijdverbreide geloof in de onverbiddelijke komst van het ‘moderne leven’ is één van de fascinerendste aspecten in de denkwereld van de Nederlandse elites in de jaren zestig. Velen getuigden van hun geloof in de onvermijdelijkheid van verandering, en meenden dat de enige verstandige beslissing kon zijn van de nood een deugd te maken”.³⁸ Deze neiging om zichzelf te beschouwen als onderdeel van een evolutionair proces dat zich sowieso zou voltrekken heeft de komst van het moderne leven in Nederland waarschijnlijk versneld en ertoe bijgedragen dat Nederland een van de meest geseclariseerde en moreel liberale landen is geworden, aldus Kennedy. Ook in het euthanasie-debat vindt hij deze tendens terug, bijvoorbeeld in de opstelling van de KNMG, die al betrekkelijk snel concludeerde dat men ‘mee moest denken’ met de euthanasiebeweging, omdat een liberalisering van het euthanasie-regime sowieso zou gaan plaatsvinden. En in de opstelling van de protestantse kerken, waar men ook het gevoel had dat men zich moest aanpassen aan de geest des tijds. Een goed voorbeeld is ook het rapport van de

³⁵ Kirejczyk 2000.

³⁶ Kennedy 2002, vgl. ook Kennedy 2000, p. 17.

³⁷ Trappenburg 2001.

³⁸ Kennedy 1995, p. 16.

staatscommissie uit 1985. De staatscommissie was in 1982 ingesteld en bij de installatie was door voorstanders van euthanasie nogal wat kritiek geleverd op de samenstelling: te weinig progressieve geesten die zich eerder hadden uitgesproken voor liberale euthanasie. Het meerderheidsrapport dat in 1985 werd gepresenteerd verbaasde vriend en vijand door zijn vooruitstrevende strekking.³⁹ Kennedy vergelijkt ethische debatten in Nederland met die in de VS en concludeert:⁴⁰

“The whole system of consensus [in the Netherlands] works in effect through political participants developing a self-consciously ‘progressive’ vision, in which change is regarded as both inevitable and good. Consensus building then, is hammering out what this ‘progressive’ vision means in practice. This does not mean that consensus has always been easy to obtain in the short run; abortion and [...] euthanasia have generated widespread disagreement. But over time these issues were ‘solved’ by appealing to self-evident social developments which ‘necessitated’ a moderately progressive attitude. One of the reasons, for example, that euthanasia has been relatively easily accommodated in the Netherlands is that the rise of medical technology, or changing social mores in society, made it ‘obvious’ that an older ethics was simply out of date.

To make a facile distinction, one might say that to the extent that Americans try to create a public morality, they base it on a self-evident morality that is eternal, or at least atemporal, in nature. This is true certainly of religious and cultural conservatives in the United States, but also true of many liberals [...]. In contrast, the Dutch create a public consensus by constructing a self-evident sense of change that must be met and accommodated.”⁴¹

Protagonisten in Nederlandse debatten lijken zich dus zeer bewust van de onafwendbare gang van de evolutie en dragen daarmee waarschijnlijk ook bij aan die ontwikkeling. Het padafhankelijke karakter van die ontwikkeling is minder geïnternaliseerd. Een aantal voorstanders van euthanasie lijkt achteraf de keuze voor de tweede weg te betreuren en doet het voorkomen alsof wij nu alsnog via een ‘logische stap’ terecht zouden kunnen komen op een eerste weg regime.⁴² Voorstanders van een ‘pil van Drion’ lijken zich niet altijd rekenschap te geven van het hele bouwwerk van criteria, toetsing en controle dat in de loop der tijd ontwikkeld is om de keuze voor de tweede weg vorm te geven en te bestendigen. Invoering van een ‘pil van Drion’ is geen incrementele, logische stap, het zou een keuze betekenen voor een pad dat achter ons ligt en dat we veel eerder in de evolutie niet ingeslagen zijn.

4. Conclusie

Het evolutionaire perspectief kan naast het strijdperspectief en het redelijk gespreks-perspectief goede diensten bewijzen bij het onderzoeken van publieke debatten. Participanten in een publiek debat lijken zelf soms geneigd dat perspectief in te nemen: zij beschouwen zichzelf als actoren in een ontwikkeling die zich sowieso zal voltrekken. Het verloop van het Nederlandse debat over euthanasie kan bovendien goed worden begrepen als een pad-

³⁹ Weyers 2002, p. 180. Een ander voorbeeld is misschien het eerste euthanasie-arrest van de Hoge Raad, gewezen in 1984. De HR vernietigde het arrest van het Hof in de zaak Schoonheim en formuleerde voorwaarden waaronder euthanasie straffeloos zou kunnen blijven. Weyers wijst erop dat het betreffende HR arrest werd gewezen door de zogeheten ‘katholieke kamer’ van de Hoge Raad. Wellicht bestond ook in katholieke kring het idee dat men de tijd toch niet tegen kon houden?

⁴⁰ Vgl. Kennedy 2002, p. 88 e.v.

⁴¹ Kennedy 2000, p. 17.

⁴² NVVE directeur Jonquière in *Trouw* 18-3-2002.

afhankelijke ontwikkeling vanuit een aantal betrekkelijk toevallige cruciale schakelpunten, met name het pamflet van Van den Berg uit 1969 en de zaak Postma in 1973. De destijds nogal impliciet gemaakte keuze voor de tweede weg (een medisch regime van stervenshulp en dus geen doe-het-zelf aanpak) kan achteraf bovendien worden beschouwd als voorbeeld van een dominant patroon in Nederland: wij lijken meestal te kiezen voor ‘voorwaardelijke onderschikking aan een medisch regime’.

Je moet altijd oppassen met metaforen. Het centrale inzicht in de evolutieleer lijkt te zijn dat ‘gedane zaken geen keer nemen’. Vertaald naar het euthanasiedebat zou dat leiden tot conclusies als: vanuit de tweede weg kom je nooit meer terug op de eerste weg. De recente pleidooien voor een ‘pil van Drion’ of een soortgelijke doe-het-zelf aanpak zijn dus gedoemd te mislukken. Zo ver zou ik niet durven gaan. Anders dan geëvolueerde diersoorten kunnen mensen in het algemeen en politici in het bijzonder besluiten op hun schreden terug te keren en het allemaal helemaal anders te gaan doen. Maar mensen en politici doen dat niet vaak, niet snel en niet gemakkelijk. Voorlopig hebben wij nog geen pil van Drion.

Aangehaalde literatuur

- Battin, M.P. (2001), ‘New Life in the Assisted-Death Debate in the USA’, in: A. Klijn, M. Otlowski & M. Trappenburg (eds.), *Regulating Physician-Negotiated Death*, Elsevier, Den Haag pp. 49-66.
- Berg, J.H. van den (1969), *Medische macht en medische ethiek*, Nijkerk, Callenbach.
- Gerechtshof Amsterdam, 6 12-2001.
- Blokland, J., ongepubliceerd paper over hulp bij zelfdoding in Zwitserland.
- Griffiths, J., A. Bood en H. Weyers (1998), *Euthanasia and Law in the Netherlands*, Amsterdam, Amsterdam University Press.
- Hoge Raad 24-12-2002.
- Kater, L. (2002) *Disciplines met dadendrang. Gezondheidsrecht en gezondheidsethiek in de context van het Nederlandse euthanasiedebat 1960-1994*, Aksant, ??.
- Kennedy, J. (1995), *Nieuw Babylon in aanbouw*, Boom, Amsterdam.
- Kennedy, J. (2000), ‘The Moral State. How Much Do the Americans and the Dutch Differ?’, in: H. Krabbendam en H.M. ten Napel (eds.), *Regulating Morality. A Comparison of the Role of the State in Mastering the Mores in the Netherlands and the United States*, E.M.Meijers Institute en Maklu Uitgevers, Antwerpen-Apeldoorn, pp. 9-22.
- Kennedy, J. (2002), *Een weloverwogen dood. Euthanasie in Nederland*, Bert Bakker, Amsterdam.
- Kirejczyk, M. (2000), ‘Beleidsculturen en menselijke embryo’s: Een historische vergelijking van de beleidsontwikkeling betreffende embryo-onderzoek in Nederland en het Verenigd Koninkrijk, in: *Beleidswetenschap* (14) 3, pp. 203-228.
- Kirejczyk, M., D. van Berkel en Tsj. Swierstra (2001), *Nieuwe voortplanting: afscheid van de ooievaar. Sociaal-historische en normatief-politieke aspecten van voortplantingstechnologie in Nederland*, Rathenau Instituut, Den Haag.
- Leenen, H.J.J. (1988), *Handboek gezondheidsrecht deel I. Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Alphen a/d Rijn, Samsom.
- Lindblom, Ch. (1959), ‘The Science of Muddling Through’, in: *Public Administration Review*, 19, pp. 78-88.
- Otlowski, (2000), *Voluntary Euthanasia and the Common Law*, Oxford University Press (oorspr. dr. 1997).
- Outshoorn, J. (1986), *De politieke strijd om abortus in Nederland 1964-1985*, diss. VU.
- Swierstra, Tsj. (2000), *Kloneren in de polder, Het maatschappelijk debat over kloneren in Nederland februari 1997-oktober 1999*, Rathenau Instituut, Den Haag.
- Theune, E., (2001), *A Calf Is Born. A Reconstruction of the Public Debate on Animal Biotechnology*, diss. Wageningen.
- Tooley, J. (2002), *The Miseducation of Women*, Continuum, London.
- Trappenburg, M.J. (1993), *Soorten van gelijk. Medisch-ethische discussies in Nederland*, Tjeenk Willink, Zwolle.
- Trappenburg, M. en J. van Holsteyn (2001), The Quest for Limits. Law and Public Opinion on Euthanasia in the Netherlands, in: A. Klijn, M. Otlowski & M. Trappenburg (eds.), *Regulating Physician-Negotiated Death*, Elsevier, Den Haag pp. 109-128.
- Trappenburg, M. (2001), Paarse ethiek, in: B. Tromp et al. (red.), *Zeven jaar paars*, Arbeiderspers, Amsterdam 2001, pp. 53-78.

Vries, G. de (2002), 'Doen we het zo goed? De plaats van het publieke debat over medische ethiek in een democratie', in: *Krisis* (3) 3, pp. 39-59.

Weyers, H. (2002), *Euthanasie. Het proces van rechtsverandering*, diss. RUG..
www.scp.nl, *Sociaal-culturele verkenningen 1997*, hfdst. 6.