

FILOZOFICKÁ FAKULTA UNIVERZITY
PALACKÉHO V OLOMOUCI

Katedra nederlandistiky

Studijní rok: 2013/2014

DIPLOMOVÁ PRÁCE
NIZOZEMSKÁ FILOLOGIE SE ZAMĚŘENÍM NA ODBORNÝ JAZYK

**Ethische problemen in de gezondheidszorg in Nederland en in de
Tsjechische Republiek**

Etické problémy ve zdravotnictví v Nizozemsku a v České republice

Ethic problems in health care system in the Netherlands and the Czech Republic

Martina Hodaňová

Begeleider: Drs. Bas Hamers

Olomouc 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem v ní uvedla veškerou použitou literaturu a ostatní zdroje.

V Olomouci dne

Dankbetuiging:

Ik wil graag van harte mijn dank betuigen aan Drs. Bas Hamers voor zijn waardevolle adviezen, hulp en inspiratie.

INHOUD

INHOUD.....	4
INLEIDING	6
1 DE GEZONDHEIDSZORG	8
1.1 INDELINGEN VAN ZORG.....	12
1.2 DE GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND.....	14
1.2.1 De geschiedenis van de Nederlandse gezondheidszorg	15
1.2.2 De Nederlandse hervorming van de gezondheidszorg in 2006.....	17
1.2.3 De Nederlandse gezondheidszorg vandaag.....	19
1.3 DE GEZONDHEIDSZORG IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK	24
1.3.1 De geschiedenis van de Tsjechische gezondheidszorg	28
1.3.2 De Tsjechische hervorming van de gezondheidszorg tussen 2007-2008.....	29
1.3.3 De Tsjechische gezondheidszorg vandaag.....	31
2 DE MEDISCHE ETHIEK.....	34
2.1 DE MEDISCHE ETHIEK IN DE WERELD	37
2.1.1 Islam en de medische ethiek	37
2.2 ABORTUS	40
2.3 HET „HELLEND VLAK“ ARGUMENT	42
2.4 EUTHANASIE	44
2.4.1 Geschiedenis van euthanasie.....	47
2.5 PALLIATIEVE ZORG	50
3 ABORTUS IN NEDERLAND IN VERGELIJKING MET DE TSJECHISCHE REPUBLIEK	51
3.1 ABORTUS IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK.....	51
3.1.1 Abortus en de jaren zestig in de Tsjechische Republiek	51
3.1.2 Abortus en de jaren zestig en zeventig in de Tsjechische Republiek.....	55
3.1.3 De nieuwe wet op abortus tussen 1987 - 1989.....	57
3.1.4 Het jaar 2003 – het verbod van abortus in de Tsjechische Republiek?.....	58
3.1.5 Abortus in de Tsjechische Republiek in 2008.....	60
3.2 ABORTUS IN NEDERLAND	63
3.2.1 Het begin van abortus in Nederland.....	63
3.2.2 Abortus en de jaren zestig in Nederland	64
3.2.3 De abortuswet.....	65

3.3 DE VERGELIJKING VAN ABORTUS IN NEDERLAND EN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK.....	67
4 EUTHANASIE IN NEDERLAND EN IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK	74
4.1 EUTHANASIE IN NEDERLAND.....	74
4.2 EUTHANASIE IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK	79
4.3 DE VERGELIJKING VAN EUTHANASIE IN NEDERLAND EN IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK.....	82
4.4 DE ONTWIKKELING VAN EUTHANASIE IN DE WERELD	83
4.4.1 Euthanasie in Australië	83
4.4.2 Euthanasie in de Verenigde Staten.....	84
4.4.3 Euthanasie in Zwitserland – zelfmoorde toerisme	85
5 CONCLUSIE	89
LIJST VAN BRONNEN.....	94
RESUMÉ IN HET TSJECHISCH	99
RESUMÉ IN HET ENGELS	100
ANNOTATIE.....	101

INLEIDING

In mijn scriptie beschreef ik de verschillen tussen de Nederlandse en Tsjechische gezondheidszorg. Voornamelijk probeerde ik me op de hervormingen te concentreren die in de afgelopen jaren in de gezondheidszorg belangrijk waren. Ik wilde de belangrijkste punten van de hervorming bespreken. In de conclusie van mijn werk probeerde ik een oplossing voor de Tsjechische gezondheidszorg te vinden. Vervolgens heb ik een aantal punten van de Nederlandse gezondheidszorg behandeld die een goed voorbeeld voor de Tsjechische gezondheidszorg konden zijn.

In mijn masterscriptie wil ik met het thema gezondheidszorg doorgaan. Ik zal voornamelijk ethische problemen als euthanasie en abortus beschrijven.

Het eerste hoofdstuk zal de gezondheidszorg in de twee landen in het algemeen karakteriseren. Ik zal me op de hoofdkenmerken, de recente hervormingen en de hedendaagse gezondheidszorg van Nederland en de Tsjechische Republiek richten.

Het tweede hoofdstuk zal over medische ethiek gaan. Ik zal de definitie van ethiek en de geschiedenis van medische ethiek beschrijven. Wat is interessant volgens mij is een oogpunt van medische ethiek in de rest van de wereld, voornamelijk in de islamitische landen en dat zal ik ook beschrijven. In dit hoofdstuk zal ik de definities van abortus, euthanasie, het hellend vlak argument en palliatieve zorg definiëren om in de volgende hoofdstukken alleen de situaties in de beide landen te kunnen bespreken.

Abortus is een belangrijke thema van de derde hoofdstuk. Ik zal eerst de situatie van invoering van abortus in de Tsjechische Republiek beschrijven, vooral de geschiedenis van abortus. Abortus was niet zo controversieel in de Tsjechische Republiek in het jaar 1957 (wanneer het werd gelegaliseerd), omdat dat een stap voor de regelen van bevolking was. In Nederland was de reden van de legalisatie van de abortuswet meer gericht op de feministische winsten en positie van vrouw in de Nederlandse maatschappij.

De vierde hoofdstuk zal over de euthanasie in de beide landen zijn. De houding van de Nederlandse kant, controversiële gevallen en een onverschilligheid van de Tsjechische

kant. In dit hoofdstuk zal ik meer op verschillende gevallen van de wereld richten, in het bijzonder van de situatie in Zwitserland waarover de zelfmoordtoerisme wordt besproken. Ik zal de twee landen vergelijken wat betreft de invoering van controversiële ethische wetten in de gezondheidszorg, niet alleen de euthanasie, maar ook de andere problemen die voor de 21e eeuw typisch zijn.

1 DE GEZONDHEIDSZORG

De gezondheidszorg is kenmerkend voor zijn meerdere disciplines. Het is gebaseerd op een aantal medische en sociale wetenschappen die de term „gezond“ meer helpen te begrijpen als een waarde, niet alleen persoonlijk, maar ook sociaal. De term „gezond“ wordt ook als een publiek goed gezien die een belangrijke rol in het hele sociaal-economische systeem speelt.

Het bewijs dat de gezondheidszorg een belangrijke rol speelt, is de moeite van politici om de hervorming van de gezondheidszorg door te drijven. Verschillende politieke partijen reageren op de belangen van de bevolking, met name voor hun gezondheidsbehoeften in het kader van sociale solidariteit, gelijkheid en rechtvaardigheid in de gezondheidszorg en hoe de beschikbare middelen voor de financiering (ziektekostenverzekering, de rijksbegroting en particuliere bronnen) zullen worden aangewend.¹

De Verenigde Staten heeft waarschijnlijk één van de meest belangrijke hervorming van de gezondheidszorg in de recente geschiedenis (de laatste belangrijke hervorming van de gezondheidszorg was in 1965). De president Barack Obama duwde de hervorming in 2010 die de Amerikaanse gezondheidszorg zal in de komende jaren veranderen. De hervorming die mensen als Obama-care begon te noemen, ondesteunde niet een enige republiek en het hele land werd in twee groepen verdeeld, voor de hervorming is slechts 40 % van de bevolking. Barack Obama wilt in een paar jaar de verzekering verplicht in de VS maken, tegelijkertijd is alleen 85 % van de bevolking verzekerd. Politici en inwoners van het land zijn bang dat de nieuwe hervorming van de gezondheidszorg zal de staat meer verschuldigen. De tegenstanders van de hervorming betogen dat Obama een invoering van de socialisme door deze hervorming wilt.²

¹ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s. 11-12. ISBN 9788073675929

² OBAMA-CARE. Zpravy.idnes.cz [online]. Beschikbaar van http://zpravy.idnes.cz/americky-senat-schvalil-dodatecne-zmeny-obamovy-zdravotni-reformy-1pk-zahranicni.aspx?c=A100325_091614_zahranicni_bt看, 26/01/2014

Dankzij deze hervormingen van de gezondheidszorg wonnen politieke partijen in de verkiezingen (concreet voorbeeld), maar aan de andere kant verloren er ook politieke partijen bij de pogingen om hervormingen door te voeren. Het niveau van gezondheid en de kwaliteit van leven verdelen nog steeds de maatschappij.

Beslissingen van politici met betrekking tot de gezondheidszorg, zoals ziekenhuissluitingen of invoering van kosten (belastingen), zijn dankbare mediale onderwerpen (bijvoorbeeld gebrek aan verpleegkundigen of de trend van migratie van artsen) en statistieken van de ontwikkeling van de gezondheidstoestand (bijvoorbeeld de verhoging van zwaarlijvigheid), indicatoren van de demografische kenmerken (vergrijzing van de bevolking, verhoging van vruchtbaarheid, vermindering van de beschikbare gezondheidszorg voor bepaalde sociale groepen als langdurige zorg voor de zieken, de zorg voor onverzekerden immigranten en hun kinderen, de zorg voor mensen met een risico van sociale uitsluiting, de daklozen, de zorg voor kinderen uit lagere sociale klassen en uit disfunctionele gezinnen). De moderne gezondheidszorg houdt zich bezig met de gezondheid van de bevolking in het algemeen, vooral de kwaliteit en economische effectiviteit.³

De gezondheidszorg (of volksgezondheid) werd in het jaar 1920 gedefinieerd door één van de belangrijkste vertegenwoordigers, C. E. A. Winslow, de Amerikaanse bacterioloog en volksgezondheid expert, als:

„Volksgezondheid is de wetenschap en de kunst die erin bestaan ziekten te voorkomen, het leven te verlengen en de lichamelijke gezondheid en efficiëntie te verbeteren door middel van georganiseerde inspanningen van de samenleving om de omgeving te saneren, de controle van infecties in de gemeenschap, de opvoeding van het individu in de beginselen van persoonlijke hygiëne, het organiseren van medische en verpleegkundige diensten met het oog op de snelle diagnose en preventieve behandeling van ziekten en, tot slot, het ontwikkelen van sociale instrumenten die aan elk individu in

³ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s. 11-12. ISBN 9788073675929

de samenleving de garantie bieden van een levensstandaard die zijn gezondheid in stand houdt.“⁴

Winslow definieerde de gezondheidszorg met de belangrijkste aspecten, zoals de kwaliteit van leven, levensstandaard en ziektepreventie. Deze aspecten zijn tot nu toe belangrijk en vormen de basis van de gezondheidszorg zelf. Zijn theorie is gebaseerd op relaties tussen de maatschappij en gezondheid inclusief bijvoorbeeld: politieke beslissingen die iets met gezondheid te maken heeft, gezondheidsvoorlichting, planning van gezondheidszorg en besturing van gezondheidsdiensten. Deze onderwerpen waren de belangrijkste punten van de gezondheidszorg in de theorie van Winslow. De klassieke thema's van de meeste gezondheidsproblemen zijn tegenwoordig: hygiëne en epidemiologie, sociale geneeskunde, organisatie en besturing van gezondheidszorg en gezondheidsbevordering. Sinds 2006 begonnen mensen in de landen van de Europese Unie meer te praten over milieugezond, geestelijke zorg, reproductieve gezondheid, voeding van de bevolking en problemen met verslaving. Steeds meer wordt de term sociale geneeskunde gebruikt. De sociale geneeskunde is de kwestie van de menselijke gezondheid en de gezondheid van de hele samenleving.⁵

Vandaag de dag praten we over de term gezondheidszorg op verschillende manieren maar het heeft in alle gevallen in principe dezelfde betekenis.

De gezondheidszorg kan ook als een pakket maatregelen met betrekking tot medisch personeel en een patiënt worden gedefinieerd. Het niveau van de medische zorg hangt af van de economische situatie van het bepaalde land, de meest voorkomende criteria zijn

- a) het medische aspect – de effectiviteit van de gezondheidszorg (hoe een toestand van een patiënt is verbeterd)
- b) het humane aspect – een behandeling van een arts tot een patiënt

⁴ DEFINITIE VAN VOLKSGEZONDHEID VAN C. E. A. WINSLOW. Epha.org [online]. [cit. 2014-01-14]. Beschikbaar van epha.org/IMG/pdf/publichealth_text_ned.pdf

⁵ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s.13-15. ISBN 9788073675929

- c) het sociale aspect – hoe accepteert de maatschappij bijvoorbeeld de diensten van de gezondheidszorg.⁶

Een andere definitie van de gezondheidszorg kan bijvoorbeeld zijn:

een pakket maatregelen en voorzieningen voor een fysiek persoon met het doel om:

1. preventie, detectie en eliminatie van de ziekte te bemerken
2. de gezondheidstoestand te behouden, herstellen of verbeteren
3. het leven te behouden en te verlengen en het lijden te verlichten
4. te helpen bij de reproductie en geboorte
5. een oordeel uit te brengen over een gezondheidstoestand.

De gezondheidszorg is ook heel belangrijk om preventieve, diagnostische, therapeutische, medische of andere procedures uitgevoerd door medisch personeel te verlenen. Gezondheidszorg van een bepaald land is een index van de mondigheid van het land, hoe de staat voor de bevolking kan zorgen vanuit een medisch oogpunt.⁷

De zorgverlening wordt niet alleen door de zorgverlener aan de individuele patiënt verleend, maar de term betekent ook bijvoorbeeld activiteiten uitgevoerd door assistenten, laboratoriumpersoneel of management.

Zorgverleners hebben een bepaalde opleiding, bijvoorbeeld medische, verpleegkundige of verzorgende opleiding. We hebben twee termen: gezondheidszorg en gezondheidszorgstelsel die verschillende kenmerken hebben. Gezondheidszorg wordt gedefinieerd als het primaire proces van zorgverlening. Dat betekent dat het gezondheidszorgstelsel breder is dan de gezondheidszorg zelf. Bij het gezondheidszorgstelsel kunnen we over de ziektekostenverzekering, vergoedingen, de organisatie van de kwaliteit- en veiligheidsbewaking, zorgverzekeraars en ook de overheid praten.

⁶ DEFINITIE VAN DE GEZONDHEIDSZORG. Is.muni.cz [online]. Beschikbaar van http://is.muni.cz/el/1456/jaro2007/PVEKZD/um/1348696/hodnoceni_systemu_zp_a_efektivnost.pdf, 16/12/2013

⁷ DEFINITIE VAN DE GEZONDHEIDSZORG EN DE ASPECTEN. Euroclinicum.cz [online]. Beschikbaar van <http://www.euroclinicum.cz/definice-zdravotni-pece/>, 16/12/2013

1.1 INDELINGEN VAN ZORG

„Gezondheidszorg kent verschillende indelingen: zorg naar zorgbehoefte, zorg naar plaats van behandeling, zorg naar behandelingsniveau en zorg naar doelgroep. Er zijn verschillende soorten zorgbehoeften: zorg rond de geboorte, gezond blijven, beter worden, leven met een ziekte of een handicap en zorg aan het eind van het leven“⁸

De tegenhanger van de zorg van rond de geboorte is de zorg aan het eind van het leven. De zorg rond de geboorte betekent zorg voor moeder en kind. De zorgbehoeften hebben ook verschillende activiteiten, bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg of de welzijnssector. De welzijnssector betekent dan ook hulpmiddelenvoorziening (bijvoorbeeld langdurige zorg, acute versus chronische zorg).

De verdeling van de indelingen van zorg helpt ons de term gezondheidszorg beter te begrijpen. Wat betreft zorg naar plaats van behandeling onderscheiden we drie plaatsen: intramuraal, extramuraal en semimuraal. Intramurale zorg betekent zorg voor mensen die langer dan 24 uur in een medische instelling moeten verblijven (dus bijvoorbeeld een verblijf in verzorgingshuizen, ziekenhuizen en instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap). Extramurale zorg is meestal de directe omgeving van de patiënt. Deze voorzieningen zijn bijvoorbeeld de huisartsenpraktijk en poliklinieken. Als we praten over de semimurale zorg bedoelen we bijvoorbeeld de zorg in instellingen zoals deeltijdbehandelingen en ziekenhuis of instellingen voor geestelijke gezondheidszorg.

De gezondheidszorg kan verder worden verdeeld in vier niveaus (behandelingsniveaus): de nulde, eerste, tweede en derdelijn. De vier niveaus worden door de soorten van het gezondheidsprobleem gedefinieerd. De nuldelijnszorg wordt soms preventieve gezondheidszorg genoemd. De eerstelijns is direct toegankelijk (huisartsenzorg, eerstelijnspsychologische zorg, fysiotherapie of verloskundige zorg). Als een patiënt meer gespecialiseerde zorg nodig heeft, dan praten we over de tweedelijnszorg (bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg en gespecialiseerde jeugdzorg). Als de zorg

⁸ INDELINGEN VAN GEZONDHEIDSZORG. Nationaalkompas.nl [online]. [cit. 2013-12-16], Beschikbaar van <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/wat-is-gezondheidszorg/>

van de tweedelij niet meer voldoende is dan spreken we over de derdelijnszorg (topklinische zorg bijvoorbeeld voor somatische gezondheidsproblemen).

Het laatste aspect van hoe we de gezondheidszorg kunnen verdelen is de zorg voor bepaalde groepen personen (zorg naar doelgroep). De verschillende doelgroepen kunnen zijn: zorg voor de totale bevolking, zorg voor bepaalde leeftijdsgroepen (moeder- en kindzorg), zorg voor een bepaald geslacht, zorg voor groepen mensen met specifieke risico's (bedrijfsgeneeskundige zorg) of voor groepen mensen met bepaalde ziekten.⁹

⁹ INDELINGEN VAN GEZONDHEIDSZORG. Nationaalkompas.nl [online]. [cit. 2013-12-16], Beschikbaar van <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/wat-is-gezondheidszorg/>

1.2 DE GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND

De gezondheidszorgstelsels van bepaalde landen hebben verschillende ontwikkelingsveranderingen. De factoren van deze veranderingen worden grotendeels door sociale, demografische, economische en politieke processen gedefinieerd. De gezondheidszorgsector is één van de sectoren van een land die vaak worden hervormd. Dat is geen uitzondering in Nederland. De reden voor de hervorming in het jaar 1987 waren de demografische veranderingen in Nederland, met name de vergrijzing van de bevolking. De vergrijzing van de bevolking veroorzaakte veel problemen, maar organisaties zoals bijvoorbeeld OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), WHO (World Health Organization) en EU (Europese Unie) hielpen meestal na het jaar 1987.

Nederland is een van de zes stichtende (en ook een van de meest ontwikkelde) landen van de Europese Unie. De bevolking telt meer dan zestien miljoen mensen (80 % Nederlanders). Nederland wordt beschouwd als één van de meest mondige landen op een wereldwijde schaal (altijd bij de eerste tien posities). Volgens het bruto binnenlandse product stond Nederland op de twaalfde positie van 181 landen in het jaar 2012 (World Bank 2013). Wat betreft de index van menselijke ontwikkeling, die naast de economie ook bijvoorbeeld de kwaliteit van het leven, onderwijs en gezondheid vergelijkt, stond Nederland op de derde positie in het jaar 2010 (Human Development Index 2011).

Deze factoren beïnvloeden de Nederlandse gezondheidszorg in grote mate en dat is ook de reden waarom de Nederlandse gezondheidszorg tot de beste gezondheidszorgen in de wereld behoort. Volgens de Europese Index van de gezondheidsconsument (European Health Consumer Index – EHCI 2008, 2009, 2012) wordt de Nederlandse gezondheidszorg telkens als de beste van alle onderzochte landen beschouwd.

De volgende tabel toont de belangrijkste indicatoren.

De tabel n. 1:	
Overzicht van de belangrijkste demografische en macro-economische indicatoren van de gezondheidszorg in Nederland (2011)	
BBP per hoofd (2011)	42 847 USD
Levensverwachting (2011)	mannen: 78,8 jaar vrouwen: 82,7 jaar
Kindersterfte	3,8
Totale kosten van de gezondheidszorg per hoofd	2004: 3092 USD 2011: 5099 USD
Relatieve kosten van de gezondheidszorg	2004: 9,2 % uit BBP 2011: 11,9 % uit BBP

bron: OECD Health Data 2004, 2013

De belangrijkste gebeurtenis was zonder twijfel de hervorming in het jaar 2006. De voorbereiding van de uitgebreide hervorming duurde bijna tien jaar maar er waren een aantal belangrijke veranderingen dankzij welke de Nederlandse gezondheidszorg vandaag de dag zo succesvol is. De veranderingen betroffen vooral de ziektekostenverzekering en de organisatie van de gezondheidszorg zelf.¹⁰

1.2.1 De geschiedenis van de Nederlandse gezondheidszorg

De Nederlandse gezondheidszorg is gebaseerd op het Bismarck-model van verplichte ziektekostenverzekering. Dit model werd in Nederland tijdens de Tweede Wereldoorlog ingevoerd. Het Bismarck-model was een soort van ziektekostenverzekering voor inwoners met lage en middeninkomens. Het systeem van de ziektekostenverzekering was verplicht voor de bevolking. Het systeem had een inkomensniveau, wanneer

¹⁰DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG. Zdravcr.cz [online]. Beschikbaar van <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-1-2013.pdf> 17/12/2013

mensen hoge inkomens hadden dan moesten ze de particuliere ziektekostenverzekering betalen.

In het kader van de Nederlandse ziektekostenverzekering hadden mensen met gezondheidsrisico's verschillende regels om de ziektekostenverzekering te betalen. Dit gold tot het jaar 2006, toen de grote Nederlandse hervorming in de gezondheidszorg doorgevoerd werd. Mensen die op een manier van gezondheidsrisico leefden, moesten meer geld voor de ziektekostenverzekering betalen.

De eerste belangrijke hervorming vond plaats in de jaren 1966 – 1968. De reden voor deze hervorming waren de stijgende kosten voor de gezondheidszorg. Een van de ideeën om iets in het systeem te veranderen was de invoering van een speciaal fonds voor dure zorg (AWBZ – De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Later wordt het fonds gebruikt voor mensen die langdurige zorg nodig hadden en voor gehandicapte mensen die meer dan één jaar in een gezondheidszorginstelling moesten verblijven.

Het fonds is tot nu toe één van de drie pijlers van de nationale ziektekostenverzekering in Nederland. De pijlers hebben dezelfde regels als de pijlers van de ziektekostenverzekering in de Tsjechische Republiek. De eerste pijler omvat de basiskosten voor de gezondheidszorg, de tweede pijler is voor extreem hoge kosten van de gezondheidszorg en de derde pijler wordt door mensen betaald als vrijwillige particuliere ziektekostenverzekering om de kosten die niet door de eerste en de tweede pijler worden vergoed.

De idee van de invoering van het fonds had succes en stabiliseerde het Nederlandse gezondheidszorgstelsel. Ondertussen had het Nederlandse gezondheidszorgstelsel nog steeds een zwak punt, namelijk het feit dat nog steeds mensen niet verzekerd waren. Dit feit werd sterk bekritiseerd door de Europese Unie, omdat het tegen de gezondheidsstrategie van de Europese Unie ingaat. (Een punt van de strategie van de Europese Unie is om de beschikbaarheid van de gezondheidszorg in alle lidstaten te hebben.) Dit strijd tussen Nederland en de Europese Unie was de reden waarom met de hervorming in het jaar 2006 werd begonnen.

1.2.2 De Nederlandse hervorming van de gezondheidszorg in 2006

De oude Zorgverzekeringswet (ZVW) werd vervangen door een nieuwe versie. De belangrijkste reden voor de hervorming in het jaar 2006 waren bijvoorbeeld het bestaan van het systeem van de particuliere ziektekostenverzekering en publieke ziektekostenverzekering die in strijd was met de Europese Unie. Dit systeem leidde tot gezondheidsongelijkheid, de zgn. „cream skimming“ (= de selectie van patiënten volgens verschillende criteria, meestal gebaseerd op hoeveel de patiënt de ziekenfondsen kost). De vergroting van de ziektekosten van het publieke systeem was een reden voor de stijging van het aantal mensen die niet in staat waren om te betalen. De andere reden was een lage effectiviteit met stijgende kosten. Een probleem was ook de kleine aandacht voor de belangen van de patiënten, ze hadden geen keuzevrijheid wat betreft gezondheidszorgsverleners. Verder werd het feit dat er zo veel mensen in de gezondheidszorg werkten beschouwd als een risico voor de nationale economie.

Mensen wisten niet de kosten van de gezondheidszorg waren en er was dus weinig medewerking. De overheid bekritiseerde ook de ziektekostenverzekeringsmaatschappijen dat ze geen aandacht aan de kwaliteit van de diensten schonken. Er was ook een significant verschil tussen de regio's wat betreft de hoogte van de ziektekostenverzekering. Mensen hadden een beperkte keuze van ziekenfondsen in het publieke systeem en dus was er geen concurrentie tussen de ziekenfondsen.

Een belangrijk kenmerk van de hervorming was bijvoorbeeld de verandering van de rol van de staat in de gezondheidszorg. Het nieuwe systeem omvat de elementen van zgn. „gecontroleerde concurrentie“ die de ziekenfondsverleners betreffen. Vanaf 2006 hebben patiënten dus een grotere keuzevrijheid wat betreft de ziekenfondsen.

Ziekenfondsen en patiënten zijn dus verantwoordelijk voor de gezondheidszorg. Het doel van de overheid is om de kwaliteit en beschikbaarheid te verzekeren.

Er waren veel redenen voor de hervorming van het jaar 2006 waren aanzienlijk en deze redenen hielpen de nieuwe veranderingen in de wetgeving door te voeren. Een van de meest belangrijke veranderingen was de invoering van een gemeenschappelijk niveau

van de gezondheidszorg voor alle mensen, zonder uitzondering. Vanaf 2006 hebben mensen het recht om zelf een ziekenfonds te kiezen. Ze hebben ook het recht om één keer per jaar van ziekenfonds te veranderen. De hervorming moet ook voor grotere effectiviteit tussen de ziekenfondsen en instellingen zorgen, dat betekent de behandeling van meer patiënten voor dezelfde kosten. Het laatste belangrijke punt van de hervorming was de invoering van een financiële compensatie voor mensen met lage inkomens.

Voor de hervorming was het probleem van de vergoeding voor de taalheilkundige zorg veelbesproken. De regeling was zeer impopulair maar had uiteindelijk algemene steun. De taalheilkundige zorg is in Nederland erg duur, ook als we over preventief onderzoek praten.

De Nederlandse hervorming van de gezondheidszorg uit het jaar 2006 wordt beoordeeld als heel succesvol en is tot nu toe een voorbeeld voor andere lidstaten van de Europese Unie. De resultaten van de hervorming waren vooral zichtbaar in de verbetering van de beschikbaarheid van de zorg en de verwijdering van de sociale ongelijkheid. De wachttijden in medische instellingen en bij huisartsen worden korter, patiënten hebben grotere keuzevrijheid en de ziekenfondsen zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Deze nieuwe kenmerken van de gezondheidszorg in Nederland worden als positief beschouwd, maar de kosten werden hoger en dat was zeker niet de bedoeling van de hervorming. Maar zonder de verhoging van de kosten kan er geen hogere kwaliteit bereikt worden.¹¹

¹¹ DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG. Zdravcr.cz [online]. Beschikbaar van <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-1-2013.pdf> 17/12/2013

1.2.3 De Nederlandse gezondheidszorg vandaag

De innovaties in de gezondheidszorg betreft ook de ziektekostenverzekering die een integraal deel van de gezondheidszorg zelf is. Een van de belangrijkste veranderingen in de Nederlandse gezondheidszorg van de afgelopen jaren is zeker de hervorming van de ziekenfondsen. Vandaag zijn de ziekenfondsen particulier rechtssubject, dat betekent dat ze winst kunnen maken en ze voor klanten kunnen concurreren. Dat was eerder niet mogelijk omdat het oorspronkelijke systeem van openbare ziektekostenverzekering tussen lage en middenklassen verdeeld werd (afhankelijk van de hoogte van het inkomen). De particuliere ziektekostenverzekering was voor mensen met hogere inkomens ontworpen. Dit veranderde in het jaar 2006, toen in Nederland de hervorming van de gezondheidszorg plaatsvond.

Het belangrijkste instrument in de strijd om klanten zijn de zogenaamde nominale poliskosten, dat is het maandelijks bedrag dat de verzekerde betaalt aan het ziekenfonds (dit bedrag is per jaar gemiddeld 1 256 euro). Tegelijkertijd kunnen de ziekenfondsen de verleners van de zorg kiezen en de individuele prijzen van procedures onderhandelen.

De staat eist van de ziekenfondsen om alle verzekerden te accepteren en ziekenfondsen moeten gestandaardiseerde pakketten van de gezondheidszorg aanbieden.

De concurrentie tussen de ziekenfondsen werkt goed, een goed bewijs is het hoge percentage verzekerden dat van ziekenfonds veranderde. In het jaar 2011 koos rond 8 % van alle verzekerden voor een ander ziekenfonds. De reden was de verhoging van de nominale poliskosten. Het verschil tussen de goedkoopste en de duurste nominale poliskosten is ongeveer 276 euro per jaar. Andere gevolgen kunnen we niet precies specificeren, er waren enkele stappen van de hervorming die uiteindelijk de verhoging van de kosten van de gezondheidszorg veroorzaakten. De uitgaven voor gezondheidszorg zijn nu meer dan 10 % van het BBP. Deze verhoging werd veroorzaakt door de stijging van de kosten voor de gezondheidszorg in het algemeen. Artsen en medisch personeel profiteerden van de verhoging van de kosten, in het jaar 2008 was de

verhoging van de salarissen in de gezondheidszorgsector 20 % en in het jaar 2009 was dat 6,5 %. De staat heeft minder de mogelijkheid om de prijzen te beïnvloeden, bijvoorbeeld in ziekenhuizen heeft 35 % van de medische behandelingen vrije prijsvorming.

Toen de overheid verlaagde de prijzen van de medische diensten in het jaar 2010, artsen voorschreven meer zorg en daarom stegen de kosten van de ziekenhuiszorgen met 4 %.

De invloed van de hervorming op de ziektekostenverzekering was onmiddellijk en diepgaand. In de eerste jaren waren de winsten van de ziekenfondsen heel beperkt vanwege de strijd voor klanten. Drie jaar later (in het jaar 2009) heeft de markt geconsolideerd en de vier grootste ziekenfondsen in Nederland hadden 90 % van het marktaandeel. De nominale poliskosten zijn gestegen. Nederland heeft een lange traditie van vrijwillige particuliere ziektekostenverzekering, daarom kunnen de ziekenfondsen tijdelijk zijn kosten dekken uit de winsten van de commerciële verzekering te financieren. De particuliere verzekering dekt ook de diensten bij een specialist en dat is waarom mensen bij de artsen of in ziekenhuizen minder geld betalen (in vergelijking met andere OESO-landen).

Waarschijnlijk had de hervorming de grootste invloed op de prijs van generieke geneesmiddelen. De overheid wilde de generieke geneesmiddelen meer gebruiken om geld te besparen en dat verlaagde de kosten van de gezondheidszorg in het algemeen.¹²

„Een generiek geneesmiddel is een geneesmiddel dat overeenkomt met een geneesmiddel dat reeds is toegelaten (ook wel innovatorproduct genoemd). Een generiek geneesmiddel bevat dezelfde hoeveelheid werkzame stof(fen) als het oorspronkelijke geneesmiddel. Generieke geneesmiddelen en innovatorproducten worden in gelijke dosering toegepast voor de behandeling van dezelfde aandoening en zijn beide even effectief. Het generieke geneesmiddel heeft dezelfde therapeutische werkzaamheid en risico's als het oorspronkelijke geneesmiddel. Een generiek geneesmiddel kan wat betreft vorm en kleur verschillen van het oorspronkelijke

¹²DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG NA DE HERVORMING IN 2006. Demografie.info [online]. Beschikbaar van http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=830&, 30/12/2013

product. Regelmatig wordt een generiek geneesmiddel onder de naam van de werkzame stof op de markt gebracht. Het generieke geneesmiddel bevat vaak andere hulpstoffen. Net als bij alle andere geneesmiddelen worden eventuele waarschuwingen ten aanzien van hulpstoffen vermeld op de verpakking en in de patiëntenbijsluiter.“¹³

Wat betreft langdurige zorg in Nederland is het belangrijk dat de ziektekostenverzekering alleen acute zorg dekt. Alle langdurige zorg (inclusief rehabilitatie) maakt deel uit van een apart systeem genoemd De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (verder alleen AWBZ), die door de staat wordt geregeerd.¹⁴

„De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) betaalt de langdurige zorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten. Zij hoeven dan geen hoge kosten te maken als ze dure verpleging, verzorging of behandeling nodig hebben. Het kabinet is van plan om de AWBZ ingrijpend te hervormen. Dat is nodig om de zorg in de toekomst betaalbaar te houden.“¹⁵

De langdurige zorg wordt in Nederland als een doel van de hele maatschappij beschouwd. Vrijwilligerswerk, dat in Nederland iets heel gebruikelijks is, wordt bij de langdurige zorg veelvuldig gebruikt. De Nederlandse overheid verzekert de hoge kwaliteit en de invoering van de financiële bijdragen voor de zorg en dat de zorg meer toegankelijk wordt gemaakt. Het Nederlandse systeem bevat ook brede typen van diensten, inclusief de vergoeding van het verblijf in instellingen en thuis- en sociale zorg. De vergoeding van de zorg komt voor 10 % van de particuliere deelname van het inkomen van de patiënt, 60 % van de publieke verzekering en 30 % van de belastingen. In Nederland wordt de langdurige zorg meer gebruikt dan in andere landen (in totaal 6,6 % van de bevolking ouder dan 65 jaar, dat is twee keer meer dan het Europese gemiddelde).

¹³ DEFINITIE VAN DE GENERIEK GENEESMIDDEL. Cbg-meb.nl [online]. [cit. 2013-12-30]. Beschikbaar van http://www.cbg-meb.nl/CBG/nl/humane-geneesmiddelen/geneesmiddelen/generiek/Wat_is_een_generiek_geneesmiddel/default.htm

¹⁴ DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG NA DE HERVORMING IN 2006. Demografie.info [online]. Beschikbaar van http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=830&, 30/12/2013

¹⁵ DEFINITIE VAN AWBZ. Rijksoverheid.nl [online]. [cit. 2013-12-30]. Beschikbaar van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz>

Sinds 2007 maakt de thuiszorg geen deel meer van de langdurige zorg, de verantwoordelijkheid wordt nu aan de competentie van gemeenten overgedragen. Deze stap zorgt voor een prijsdaling van de zorg van 20 %. Een ander deel van de hervorming was ook de overdracht van de zorg voor geesteszieken aan de huidige zorgverzekering (zoals in Tsjechië). Het belangrijkste argument hier was om de integratie van de zorg te verhogen in primaire en gespecialiseerde ambulante zorg. De kosten van deze stap zijn echter zeer hoog.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bereid in het jaar 2013 een plan van hervormingen van de langdurige zorg. De rehabilitaties worden nu volledig door de ziektekostenverzekering gefinancierd. Personen die geen ernstige handicap hebben, hebben nu geen makkelijke toegang tot de zorg en voor hen is de zorg minder beschikbaar. Het belangrijkste punt van de hervorming van het jaar 2013 is de uitbreiding van het systeem van controles en toezicht (monitoring) op het gebruik van de financiële bijdragen. De overheid probeert zich meer te richten op een efficiënter gebruik van de middelen. Aan de andere kant wil de overheid de kwaliteit van de zorg bevorderen en de administratieve verplichtingen verkleinen.

In het algemeen kan worden gezegd dat er geen optimaal gezondheidszorgssysteem is. Op basis van de Nederlandse ervaring kan worden gesteld dat in het optimale systeem van de gezondheidszorg het niet zo belangrijk is hoeveel artsen het land heeft of wat de juridische vorm van de ziekenfondsen is. Voor de huidige geavanceerde systemen van de gezondheidszorg is het belangrijker hoe het wordt opgezet in het algemeen en om een evenwicht te vinden in de positie tussen betalers (ziekenfondsen) en aanbieders bij de onderhandeling over de prijs en de omvang van de zorg te balanceren. Als de aanbieders van de gezondheidszorg meer invloed op patiënten hebben, stijgen de prijzen. Aan de andere kant als de ziekenfondsen meer kracht hebben, kan de zorg voor sommige mensen niet beschikbaar zijn.

De keuze van de betalingswijze van de zorg is ook heel belangrijk. Het moet met de motivatie om kwaliteit van de zorg van de aanbieders (bijvoorbeeld verschillende kosten van de kwaliteit van de productie zgn. „pay for performance“) en de economische motivatie gecombineerd zijn. De financiële participatie moet worden

ingesteld in de wijze dat sociaal-economische groepen kunnen de nodige zorgen overnemen.

De rol van de staat is dan vooral om de navolging van de regels te controleren, bijvoorbeeld tussen de ziekenfondsen (de verzekering van de zorg) en aanbieders (de kwaliteit van de zorg). Alle systemen hebben de innovatieve benaderingen in de zorg voor chronisch zieken en vergoeding van de zorg nodig, met name op het gebied van de langdurige zorg.¹⁶

¹⁶ DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG VANDAAG. Demografie.info [online]. Beschikbaar van http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=830&, 13/01/2014

1.3 DE GEZONDHEIDSZORG IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK

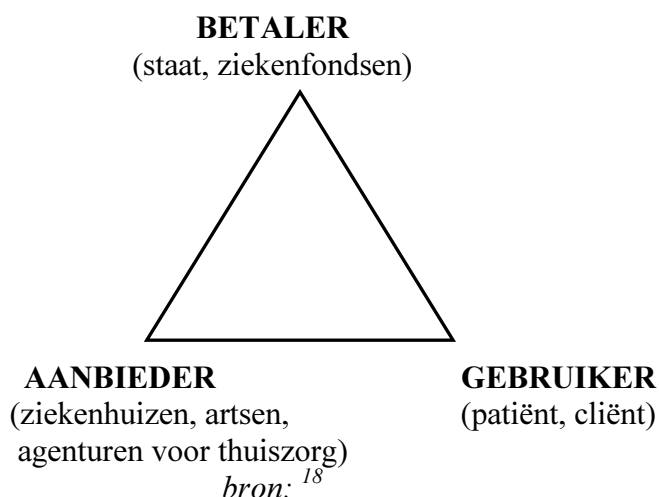
In de Tsjechische Republiek, evenals in Nederland, regelt de staat de gezondheidszorg door middel van de gezondheidspolitiek. De gezondheidspolitiek is een deel van de programma's van de politieke partijen. In de politieke sfeer in de Tsjechische Republiek zijn de meest besproken onderwerpen van de afgelopen jaren bijvoorbeeld privatisering van de ziekenhuizen, de invoering van belastingen bij artsen, de toepassing van een grotere of kleinere rol van de staat bij het reguleren van de gezondheidszorg of zorgnetwerk van gezondheidsdiensten. Tot de werktuigen van de gezondheidspolitiek behoren bijvoorbeeld wetgeving en juridische documenten, financiering van de gezondheidszorg, de oprichting van een netwerk van medische voorzieningen, de opleiding van gezondheidspersoneel, het verzamelen van informatie, het bevorderen van onderzoek en wetenschappen, en geneesmiddelenpolitiek.

Het huidige model van de gezondheidszorg in de Tsjechische Republiek is een nationaal ziektekostenverzekeringsmodel, gebaseerd op de wettelijke plicht van elke burger om de ziektekostenverzekering als een deel van zijn inkomen te betalen. Dat is dezelfde situatie als in Nederland. De staat betaalt de poliskosten voor personen die niet in staat zijn om de poliskosten te betalen. Een deel van de gezondheidszorg in de Tsjechische Republiek is een volledig private sector, die de zorg niet onder contract bij de ziekteverzekering verleent, maar alleen voor rechtstreekse betalingen van patiënten. Deze particuliere gezondheidszorg (privé sector) staat buiten het systeem van de ziekteverzekering. Private medische voorzieningen dienen voornamelijk voor de esthetische geneeskunde, laseroperaties (vooral ogen), tandheelkundige zorg en de hoge standaard van preventieprogramma's.

De financiering van de gezondheidszorg is in de Tsjechische Republiek hetzelfde als in andere ontwikkelde landen. Bij de financiering van de gezondheidszorg spelen drie subjecten de belangrijke rollen: de gebruikers/ontvangers van de gezondheidszorg –

patiënten, zorgverleners (aanbieders van de zorg) en betalers van de gezondheidszorg (staat, ziekenfondsen), (zie figuur nr. 1).¹⁷

Diagram nr. 1: Financiering van de gezondheidsdiensten



Sinds 1 januari 2008 werd in de Tsjechische Republiek het financiële participatie van patiënten van de gezondheidszorg uit ziektekostenverzekering ingevoerd. Deze participatie heeft de vorm van belasting („reguliere kosten“) die voor een patiënt als een eenmalige betaling geldt. De invoering van de wet was erg ingewikkeld en de bevolking van de Tsjechische Republiek was tegen (meer hierover in het hoofdstuk Tsjechische hervorming van de gezondheidszorg in de jaren 2007-2008).¹⁹

De sterke punten van de Tsjechische gezondheidszorg is in de eerste plaats de algemene beschikbaarheid van de gezondheidszorg en de lage kindersterfte (de Tsjechische Republiek is één van de landen waar de kindersterfte de laagste in de wereld is). In de onderstaande tabel kunnen we de kindersterfte met Nederland en ook met andere landen vergelijken.

¹⁷ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s. 117-136. ISBN 9788073675929

¹⁸ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s. 128. ISBN 9788073675929

¹⁹ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s. 135-136. ISBN 9788073675929

De tabel nr. 2: Kindersterfte in laatste tien jaar (per 1 000 geboren kinderen)

Land	1990	1998	2005	2011	2012
Tsjechische Republiek	13	7	4	3	3
Nederland	7	5	5	4	3
België	8	5	5	4	3
Verenigd Koninkrijk	8	6	5	4	4
Noorwegen	7	4	3	2	2

*bron:*²⁰

In vergelijking met sommige gezondheidssystemen in de ontwikkelde landen zijn in de Tsjechische Republiek geen langdurige wachttijden voor diagnostische procedures (zoals bijvoorbeeld mammografie). In Tsjechië staat de cardiologie op een hoog niveau, en heeft een hoge mate van professionaliteit bij medische werknemers. Het grote voordeel van de gezondheidszorg zijn de lage kosten voor de zorg die al lange tijd onder het gemiddelde van de Europese Unie (ongeveer 7 % van het BBP) liggen. De totale uitgaven van de gezondheidszorg waren in de Tsjechische Republiek rond 7,79 % van het BBP, in vergelijking met Nederland 14,8 % in 2009.

²⁰ KINDERSTERFTE. Data.worldbank.org [online]. Beschikbaar van <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>, 16/01/2014

De tabel nr. 3: De ontwikkeling van totale uitgaven van de gezondheidszorg van het BBP in % in de Tsjechische Republiek

JAAR	OVERHEIDSUITGAVEN	TOTALE UITGAVEN
2007	5,64	6,61
2008	5,68	6,87
2009	6,51	7,79
2010	6,42	7,62
2011	6,34	7,53
2012	6,42	7,63

bron: ČSÚ, ÚZIS ČR 2013

De zwakke punten van de Tsjechische gezondheidszorg zijn bijvoorbeeld de zorg voor mensen met handicaps of ouderen. Hoewel de Tsjechische Republiek goed in de zorg voor kinderen is, blijft de zorg voor ouderen daarbij achter. Een structureel probleem is in het algemeen de lage kwaliteit van communicatie tussen artsen en patiënten. De belangrijkste kenmerken zijn weinig empathie en het gebrek aan toeschietelijkheid van artsen, de zgn. onpersoonlijke benadering. Deze negatieve aspecten leiden tot instabiliteit van de gezondheidszorg in het algemeen en dus zijn er zo veel veranderingen. De instabiliteit veroorzaakt ook stress bij werknemers die vaak moeten improviseren. Deze stress voelen patiënten bij de communicatie gewoon en het leidt tot een vicieuze cirkel. Een ander zwak punt van de Tsjechische gezondheidszorg is preventie en de gedragsmatige risico's van roken, lichaamsbeweging, zwaarlijvigheid en alcoholgebruik. Politieke partijen waarvan de programma's over de veranderingen in de gezondheidszorg beslissen, kunnen geen akkoord bereiken over wat de basispunten van de ontwikkeling van de Tsjechische gezondheidszorg zullen zijn.²¹

²¹ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s. 168-170. ISBN 9788073675929

1.3.1 De geschiedenis van de Tsjechische gezondheidszorg

De Tsjechooslowaakse Republiek kreeg het model van de ziektekostenverzekering die in de tijd van Oostenrijk-Hongarije werd geïntroduceerd. In die tijd werden de wetten van ziekte- en ongevallenverzekering (1888) ingevoerd volgens het Bismarck model. De wet was niet compleet, de ziektekostenverzekering was alleen voor handelaren en arbeiders in fabrieken, mijnen en spoorwegen. Werknemers in de landbouw of bosbouw waren niet in de wet opgenomen. De verandering kwam na de Tweede Wereldoorlog met de hervorming van de gezondheidszorg. Deze hervorming werd op een sociaal-medisch systeem gericht. De hervorming was succesvol in het verbeteren van de zorg, het stabiliseren van de medische staf en het verbeteren van beschikbaarheid van de zorg.

In de jaren tachtig ontstond een groot probleem – civilisatieziekten (cardiovasculair en oncologisch) en plotseling was de gezondheidszorg niet voldoende. Er was geen moderne geneeskunde of technologie apparatuur en artsen konden niet de moderne medische procedures verrichten. Termen zoals een gezonde levensstijl en gezondheidsbevordering verschenen en het gebrek aan financiering van de gezondheidszorg werd zwaar bekritiseerd.

Na 1989 begon het gezondheidssysteem te verbeteren. De overheid gaf meer geld voor de aankoop van nieuwe technologische apparatuur en zocht een optimale oplossing hoe de gezondheidszorg te financieren.²²

²² JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s. 120-123. ISBN 9788073675929

1.3.2 De Tsjechische hervorming van de gezondheidszorg tussen 2007-2008

De hervorming van de gezondheidszorg aan het begin van het jaar 2008 was deel van het politieke programma van de rechtse coalitieregering. Het belangrijkste deel van de nieuwe wet was de introductie van de co-betaling van patiënten voor de financiering van de gezondheidszorg van de ziektekostenverzekering – de zgn. reguliere kosten, dat is een soort belasting die door de patiënt voor de gezondheidsdiensten wordt betaald. De reden van de introductie was eenvoudig, de overheid moest een andere financiële bron vinden.

De belastingen waren verplicht voor alle mensen en de bedragen waren als volgt:

- 30 CZK (1.09 euro) voor een bezoek aan een huisarts, ambulante of tandartsen, evenals een huisbezoek van een arts aan een patiënt
- 30 CZK (1.09 euro) voor elk geneesmiddel in een medisch recept
- 60 CZK (2.19 euro) voor één dag in een ziekenhuis
- 90 CZK (3.28 euro) voor een bezoek aan EHBO of medische hulpdienst.

De overheid introduceerde een beschermlimiet 5 000 CZK (182 euro) per jaar. Als de patiënt deze limiet heeft overschreden, wordt het bedrag (die hij als belastingen extra betaalde) teruggegeven.

Sinds 1 april 2009 werd de limiet verlaagd tot 2 500 CZK (91 euro) voor kinderen onder de 18 jaar en senioren ouder dan 65 jaar. De belastingen werden ook voor kinderen onder de 18 jaar voor een bezoek aan een arts, voor een verblijf in een ziekenhuis of bij de EHBO afgeschaft.

Het tweede belangrijke punt van de hervorming van de gezondheidszorg was de bewerking van de zorgverlening. De overheid wilde zich op de huidige behoeften van de bevolking richten en er verscheen ook nieuwe terminologie (aanbieder – zorgverlener en ontvanger van de gezondheidszorg).

De belastingen waren niet de enige manier om de financiële participatie van de patiënten in de gezondheidszorg te vergroten. De tweede poging was de invoering van

„een hoge standaard zorg“. De term hoge standaard zorg betekent de verlening van moderne, betere, maar ook duurdere behandelingsopties en betere medische producten. Deze diensten worden door de patiënt uit eigen middelen betaald. De nieuwe wet werd lange tijd besproken. Het grote probleem was om de grenzen tussen standaard en hoge standaard in de gezondheidszorg te bepalen. Oudere bewoners van de Tsjechische Republiek vonden deze verandering in de gezondheidszorg discriminerend.

De hervorming van 2008 was zeer specifiek en bracht veel veranderingen in de Tsjechische gezondheidszorg. De invoering van de belastingen voor artsenbezoeken veroorzaakte een daling van het aantal bezoeken aan artsen en een daling van het gebruik van geneesmiddelen. De beschermlimiet werd tot 2 500 CZK (91 euro) voor alle bewoners verlaagd. Mensen begonnen op de introductie van financiële participatie te reageren, er was een breed publiek debat voor en tegen. Een deel van het geld, dat de staat uit de belastingen verkreeg, werd in dure zorg voor ernstig zieke patiënten gebruikt. Zo werd het geld voornamelijk voor dure maar zeer effectieve medicijnen gebruikt. Een ander groot voordeel voor de Tsjechische gezondheidszorg was de introductie van generieke substitutie (zie generieke geneesmiddelen op pagina 20). Generieke substitutie betekent dat de voorgeschreven medicijnen werden door geneesmiddelen met dezelfde werkend stof vervangen. Dit hielp om de kosten van geneesmiddelen te verlagen. Sinds het einde van 2007 kunnen we het eind van de langdurige schuldenlast van het gezondheidssysteem merken, omdat ziekenfondsen medische voorzieningen op tijd begonnen te betalen. De Tsjechische gezondheidszorg had in de jaren 2007-2008 een hoge economische stabiliteit in het algemeen.²³

²³ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s. 165-168. ISBN 9788073675929

1.3.3 De Tsjechische gezondheidszorg vandaag

De Tsjechische gezondheidszorg is in de afgelopen tijd elk jaar veranderd. Sinds het jaar 2012 had de Tsjechische Republiek nieuwe wetten die waren ideeën van de voormalige minister van de gezondheidszorg Leoš Heger.

Leoš Heger was in zijn functie van 13 juli 2010 tot 17 juni 2013. In de loop van zijn werkzaamheden als de minister, regelden de rechten van de patiënt, bijvoorbeeld artsen moeten nu meer informeren over het verloop van de behandeling van de patiënt. Geen informatie en onwil van artsen om over het verloop van de behandeling te praten was één van de problemen van de bevolking van de Tsjechische Republiek. De patiënt heeft nu recht op meer informatie over de medische prestaties, de medische diensten en de gezondheidstoestand. Artsen moeten de patiënt meer informeren over de interventies, de effecten en gevolgen van de behandeling. De enige uitzondering is in het geval van een urgent prestatie wanneer de patiënt in directe bedreiging voor het leven is of wanneer de patiënt wilt niet geïnformeerd zijn.

Een andere innovatie op het gebied van gezondheidsdiensten is het onderzoek en de mening van een andere arts (betaald door de ziektekostenverzekering). Nieuw heeft de patiënt recht op de aanwezigheid van een naaste familie bij de verlening van gezondheidsdiensten. Een nieuwe wet werd over zogenaamd levenswil (living will) geïntroduceerd, dat betekent een schriftelijke laatste/vrije will (bijvoorbeeld in het geval van een ernstige zieke persoon).

De wetwijzigingen over de ziektekostenverzekering (geldig vanaf 1 april 2012) bevatte bijvoorbeeld de definitie van de vordering van de patiënt (zogenaamd beperking van de standaard) en legale mogelijkheid om voor een duurdere alternatieve zorg te bijbetalen. Sinds april 2012 werden sommige soorten van vaccinaties betaald door de ziektekostenverzekering zoals de vaccinatie tegen baarmoedershalskanker (geldig voor meisjes tussen de dertien en veertien jaar).

Mislukte wetwijziging was de verhoging van de kosten van een dag in ziekenhuizen (of andere gezondheidsorganisaties/instituten) voor 100 CZK (3,63 euro) in plaats van 90 CZK (3,27 euro). Het was mislukt omdat het sinds 1 januari 2014 niet meer geldt.

Wat betreft meer controversiële maatregelen onder invloed van Leoš Heger als de minister van Volksgezondheid, gaat het bijvoorbeeld over de vrijwillige sterilisatie voor vrouwen. Het is nu mogelijk van 21 jaar, een uitzondering zijn gezondheidsredenen (bijvoorbeeld in het geval van oncologische aandoeningen). Nieuwe regels zijn voor de anonieme donoren van kiemcellen. Vrouwen kunnen de kiemcellen tussen 18-35 jaar donoren. Mannen kunnen sperma tussen 18-40 jaar donoren. Ziekenfondsen vergoeden meer pogingen van kunstmatige inseminatie. Vandaag hebben mensen drie pogingen van kunstmatige inseminatie in plaats van twee in het verleden.

Leoš Heger beschouwde als belangrijk de reistijd van de ambulancewagen. De reistijden waren volgens hem slecht en patiënten hadden niet tijdige hulp. In de nieuwe wet duren de reistijden in 95 % tot twintig minuten. Het verbeterde ook de samenwerking tussen de ambulance en ziekenhuizen.²⁴

De nieuwe minister van Volksgezondheid is sinds januari 2014 Svatopluk Němeček. Zijn aanvaarding functie bracht nog meer veranderingen in de Tsjechische gezondheidszorg. De belangrijkste hiervan is waarschijnlijk de afschaffing van de kosten van verblijf in ziekenhuizen. Patiënten hoeven niet sinds 1 januari 2014 de kosten van 100 CZK (3,63 euro) per dag in een ziekenhuis betalen. Ziekenhuizen verliezen dus elk maand ongeveer 175 miljoen CZK (6 357 856 euro). De toekomstige regering wilt ook de reguliere kosten bij artsen en in apotheken afschaffen (in het jaar 2015). Alleen de kosten bij EHBO zullen blijven.

Het ministerie van Volksgezondheid en ziekenfondsen hebben een nieuw programma om de geld te besparen. Ze zullen in twee jaar 1,85 miljoen van de bevolking voor preventieve controles uitnodigen. Voornamelijk gaat over de preventie van borstkanker, dikkedarmkanker en baarmoederhalskanker, dus de meest voorkomende oncologische ziekten in de Tsjechische Republiek. De reden van de invoering van de programma is

²⁴ REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ 2012-2013. Leosheger.cz [online]. Beschikbaar van <http://www.leosheger.cz/reforma-zdravotnictvi/>, 03/02/2014

om mensen te overtuigen om vroeger dan te laat bij artsen te komen. De preventie is goedkoper dan de verdere behandeling van kanker.²⁵

Een andere verandering is de legalisering van cannabis voor medische doelen. Het zal bijvoorbeeld voor patiënten met kanker, AIDS, multiplex sclerose en schupvlecht dienen. De wet heeft tal van fouten en het wordt door publiek heel becritiseerd. Cannabis wordt niet door de ziektekostenverzekering betalen en dus het voor sommige patiënten financieel beschikbaar zal niet zijn.²⁶

²⁵REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ 2014. Zpravy.idnes.cz [online]. Beschikbaar van http://zpravy.idnes.cz/zmeny-ve-zdravotnictvi-rok-2014-dko-domaci.aspx?c=A131221_132654_domaci_hv, 03/02/2014

²⁶DE LEGALISERING VAN CANNABIS. Legalizace.cz [online]. Beschikbaar van <http://www.legalizace.cz/2014/01/v-lekarnach-konopi-jen-tak-nebude-pacienti-je-to-zrada/>, 03/02/2014

2 DE MEDISCHE ETHIEK

Het woord „ethiek“ komt van het Griekse woord „ethos“, dat in het verleden een manier van dierlijke gedrag betekende (de term „ethologie“ betekent de wetenschap die zich bezighoudt met communicatie en het gedrag van dieren).²⁷

Één van de definities van ethiek kan zijn:

„Ethiek is een wetenschap waarbij wordt geprobeerd om bepaalde handelingen als goed of fout te kwalificeren. Daarnaast wordt er gekeken naar de beweegredenen van bepaalde handelingen. Vaak reflecteert men zichzelf in een situatie en probeert de situatie vanuit een ander oogpunt te bekijken en daarbij vragen te stellen over goed of kwaad. Op ethische vragen is geen eenduidig antwoord te vinden, wat komt omdat ze vaak erg persoonlijk zijn. Daarnaast hebben antwoorden op ethische vragen vaak te maken met handelingen en gebruiken die in een maatschappij als algemeen wenselijk worden gezien, ook wel moraal genoemd. Ethiek kan zowel descriptief als prescriptief zijn. Bij deze eerste vorm wordt er voornamelijk bestudeerd en wordt het eigen oordeel weggelaten. Bij de prescriptieve ethiek neemt men echter ook zelf standpunten in en probeert deze te verdedigen met behulp van argumenten.“²⁸

Ethiek is een tak van de filosofie, niet alleen in gebieden zoals geneeskunde, maar ook bijvoorbeeld in andere studiegebieden zoals geschiedenis, biologie, sociologie, theologie of politiek. Soms worden de woorden moraal en ethiek niet goed gebruikt. Het verschil is dat moraal de zedelijkheid zelf is, en ethiek is de studie ervan.²⁹

De medische ethiek (soms ook wel gezondheidsethiek genoemd) is een term die naar ethische kwesties in de geneeskunde verwijst, de precieze definitie van deze term is hetzelfde als de inhoud van de medische ethiek als discipline.

²⁷ VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, s. 20. ISBN 9788073677800

²⁸ DE DEFINITIE VAN ETHIEK. Ensie.nl [online].[cit. 2014-02-04], Beschikbaar van <http://www.ensie.nl/definitie/Ethiek>

²⁹ VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, s. 18. ISBN 9788073677800

De medische ethiek kan gedefinieerd worden als:

„Het geheel van gedragscodes die de uitoefening van het medische beroep bepalen. De vier kernprincipes van medische ethiek zijn: respect voor autonomie, niet-schaden, rechtvaardigheid en wel-doen. Medisch-ethische discussies worden gevoerd op talloze terreinen: gentechnologie, abortus, versterven, wetenschappelijk onderzoek bij mensen, orgaandonatie, interventies bij wilsonbekwamen, euthanasie, et cetera.“³⁰

³⁰ DE DEFINITIE VAN MEDISCHE ETHIEK. Cultureelwoordenboek.nl [online]. [cit. 2014-02-04]. Beschikbaar van <http://www.cultureelwoordenboek.nl/index.php?lem=9194>

2.1 DE MEDISCHE ETHIEK IN DE WERELD

Vandaag de dag worden we geconfronteerd met verschillende meningen over hoe de medische ethiek gedefinieerd moet worden. De grootste problemen zijn de culturele verschillen tussen landen. Jongeren die geneeskunde gaan studeren komen uit de hele wereld, dat betekent dat de toekomstige artsen moslims, joden, marxisten, protestanten of katholieken kunnen zijn en dus hebben ze verschillende meningen over de medische ethiek.

Een van de meest voorkomende problemen zijn de religieuze verschillen. Boeddhisten vinden de verwijdering van organen van de doden negatief (boeddhisten geloven dat de ziel drie dagen na de dood nog steeds in het lichaam is en op de incarnatie wacht). Joden hebben geen probleem met abortus, maar dit zullen de katholieken altijd als onmogelijk beschouwen.

In 1979 formuleerden Thomas Beauchamps (Amerikaans filosoof, gespecialiseerd in de moraalfilosofie, bio-ethiek en dierlijke ethiek) en James Childress (Amerikaans filosoof en theoloog gespecialiseerd in ethiek) de vier principes van de medische ethiek: principe van respect voor autonomie, principe van niet schaden, principe van goed doen en principe van rechtvaardigheid.³¹

2.1.1 Islam en de medische ethiek

Wat betreft de islam begrijpen moslims sommige kwesties van de medische ethiek heel anders dan mensen uit andere delen van de wereld. De reden waarom sommige meningen over dezelfde onderwerpen zo anders zijn, is het verschil in de traditionele moraal van de islamitische godsdienst. Er zijn verschillende benaderingen voor verschillende problemen (bijvoorbeeld die van boeddhisten, hindoes, christenen of atheïsten). Meestal gaat het om kwesties betreffende het begin van leven, euthanasie en transplantatie.

³¹ VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, s. 55-57. ISBN 9788073677800

De ontwikkeling van medische ontdekkingen veroorzaakte vooral in de tweede helft van de 20^e eeuw in de islamitische wereld enige problemen. Voor sommige moslims was de moderne techniek voor het islamitisch recht en theologie erg moeilijk. Organisaties zoals Organization of Medical Sciences (IOMS), Islamic Research Congress of Congress of Makka probeerden om samenwerking tussen economen, sociologen, politici en artsen (sinds 1980) te verbeteren. In de huidige medische ethiek krijgt de ethiek in de islamitische landen meer aandacht.

Wat betreft de medische ethiek in de islamitische landen kunnen we drie soorten landen definiëren: een radicaal land met een radicale interpretatie van de islamitische wet (Iran, Afghanistan, Pakistan), een land met een liberaal compromis, meestal een koninklijke dynastie (Marokko, Saoedi-Arabië) of liberale staten met druk van radicale islamitische oppositie (Egypte, Algerije). In de landen van de radicale islam wordt de moderne technologie in de geneeskunde bekritiseerd, omdat het interpersoonlijke relaties en het moreel kan verslechteren. Dat betekent niet dat de islamitische wereld geen technologische vooruitgang wil, maar de moslims zijn bang voor de sociale en culturele veranderingen (zogenaamde sociale uitsluiting met betrekking tot culturele en religieuze overtuigingen).

Op sommige punten heeft de islam met de christelijke godsdienst ideeën gemeen, beide religies beschouwen bijvoorbeeld het menselijke leven als heilig, dus dat het een geschenk van god is. Tegen abortus (soms opzettelijke vruchtafwijving genoemd) wordt in de islamitische landen verschillend aangekeken, sommige stromingen van de godsdienst vinden het acceptabel, sommige zijn helemaal tegen. In Turkije en India is abortus legaal. Moslims geloven daar dat de engel de ziel aan het lichaam na 120 dagen van de zwangerschap geeft. Veel artsen accepteren dit idee ook, dus in sommige islamitische landen is abortus legaal binnen vier maanden van de zwangerschap. Toch is abortus niet gewoon. In andere islamitische landen (Noord-Afrika, Saoedi-Arabië en Koeweit) is abortus verboden. De reden is dat moslims hier het als incorrect beschouwen om in het natuurlijke proces in te grijpen.

In het algemeen is de mening over de rechten van vrouwen wat betreft zwangerschap, anticonceptie of abortus heel verschillend, afhankelijk van het gebied. In de meeste

islamitische landen geldt dat een vrouw het recht heeft om anticonceptie te gebruiken en voorbehoedsmiddelen zijn legaal. Controversiële gevallen, wanneer een vrouw tegen de wil van haar man een abortus ondergaat, worden in de rechtbank beslist. Als een zwangerschap de gezondheid van de moeder bedreigt, dan is abortus onvermijdelijk. Als een kind een genetisch defect heeft, wordt het niet als een directe bedreiging voor de gezondheid van de moeder beschouwd, en abortus is in deze gevallen niet toegestaan. De term „eugenetica“ is in de islamitische wereld namelijk niet wijdverspreid.³²

„Eugenetica is het streven om met behulp van wetenschappelijke kennis de menselijke soort te verbeteren. Wat in dit verband als goed en beter, of slecht en slechter wordt gezien, heeft direct te maken met onze visies op de mens en het leven. Het uitgangspunt van de eugenetica is dat alleen gezonde en in alle opzichten zo perfect mogelijke individuen zich zouden mogen voortplanten. Het streven naar de verbetering van de mensheid door middel van selectie heeft zeer oude wortels in onze westerse beschaving. Al in de Oudheid schreef de filosoof Plato in zijn utopisch boek De Republiek over het selectief kweken van mensen.“³³

Kunstmatige inseminatie wordt in de islamitische godsdienst als een mogelijke oplossing beschouwd, maar het is alleen toegestaan van kiemcellen van huwelijkspartners. Als een vrouw een weduwe is dan heeft ze geen recht om zwanger van het sperma van een man (bijvoorbeeld van een spermabank) te worden.

De islamitische mening, dat god de schepper van het leven is, is betwistbaar ook op het gebied van euthanasie. Een islamitische arts probeert in het proces van het leven te helpen maar niet in het proces van sterven. Euthanasie is dus illegaal, omdat een arts niet op een actieve manier het leven van een patiënt op mag beëindigen. Moslims geloven dat niemand het recht om zelfmoord te plegen heeft of bij de zelfmoord van iemand anders te helpen. Ze geloven ook dat het lijden van de zieke helpt om de

³² ISLAM EN DE MEDISCHE ETHIEK. Zdravi.e15.cz [online]. Beschikbaar van <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/islam-a-lekarska-etika-139969>, 05/02/2014

³³ DE DEFINITIE VAN EUGENICA. Natuurinformatie.nl [online]. [cit. 2014-02-05]. Beschikbaar van <http://www.natuurinformatie.nl/nnm.dossiers/natuurdatabase.nl/i004241.html>

zonden af te kopen. De islam heeft wel duidelijke regels wanneer een persoon iemand anders mag vermoorden (de straf voor overspel, de straf voor sluipmoord, de straf voor verraad van de islam).

Denkelijk is het meest controversiële onderwerp van ethiek de vrouwenbesnijdenis. We moeten het tot de juiste proporties terugbrengen dat de vrouwenbesnijdenis niets met de islam te maken heeft. Het is een oud ritueel dat alleen in bepaalde islamitische landen wordt uitgevoerd.³⁴

Vrouwenbesnijdenis is een ritueel dat voor een specifiek geografisch gebied typisch is (vooral de landen Egypte, Ethiopië, Soedan, Guinee, Mali en Mauritius) waar de cultuur een grote rol heeft.³⁵

2.2 ABORTUS

Abortus (ook wel vruchtafdrijving genoemd) is een medische procedure waarvan de uitvoering wordt geregeld door de wet. Het is een procedure die de zwangerschap beëindigt. Dat is een mogelijke oplossing voor vrouwen die ongewenst zwanger worden en dus in een moeilijke situatie komen. De procedure mag alleen in een professioneel instituut verricht worden door een arts-gynaecoloog.

De medische ethiek is heel oude wetenschap en het oudste beproven onderwerp is abortus. Sinds de klassieke Oudheid tot de tweede helft van de 20e eeuw waren mensen ervan overtuigd dat abortus geen juiste oplossing is. De meeste van deze meningen waren gebaseerd op religieuze overtuigingen. In de tweede helft van de 20e eeuw kunnen we spreken over een liberalisatie. Wat betreft het ethische standpunt is er een conflict tussen twee rechten: het recht op het leven van de menselijke foetus (zogenaamd pro-life recht) en het recht van een moeder die het recht heeft om zelf over haar lichaam te beslissen (zogenaamd pro-choice recht). In alle landen van de wereld is het legaal om een abortus voor een vrouw mogelijk te maken als er sprake is van een

³⁴ ISLAM EN DE MEDISCHE ETHIEK. Zdravi.e15.cz [online]. Beschikbaar van <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/islam-a-lekarska-etika-139969>, 05/02/2014

³⁵ VROUWENBESNIJDENIS. Wstudies.pitt.edu [online]. Beschikbaar van <http://www.wstudies.pitt.edu/blogs/cjo9/international-womens-reproductive-health-panel>, 05/02/2014

directe bedreiging van haar leven. In sommige landen (Spanje, Polen, sommige staten van de VS zoals Arkansas, Georgia, Kansas) is abortus legaal alleen in de gevallen van verkrachting, incest of genetische defecten van de foetus. In andere landen is abortus toegestaan op basis van de vrije keuze van een vrouw zonder opgave van redenen, het gaat om landen als bijvoorbeeld de VS, Nederland, de Tsjechische Republiek, het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, België, Duitsland, etc. In deze staten zijn de meest voorkomende redenen waarom een vrouw besluit om een abortus te hebben bijvoorbeeld een voldoende aantal kinderen in het gezin, abortus wegens baan of school, om financiële redenen, problemen in de relatie met de partner, de jonge leeftijd van de aanstaande moeder of verkrachting. In Afrikaanse landen is de meest voorkomende reden voor beëindiging van de zwangerschap gebrek aan informatie over voorbehoedmiddelen (en zeer slechte toegang tot deze middelen in het algemeen). Het verbod op abortus in sommige landen is een bron van internationale discussie. De legislatieve macht onderscheid het begrip van abortussen in verschillende wijzen: legaal, legaal in verschillende gevallen bijvoorbeeld verkrachting, levensgevaar van moeder, sociale en economische omstandigheden (Finland, Zuid-Korea, IJsland, Verenigde Koninkrijk; illegaal met uitzondering van verkrachting of beschadigde foetus (Columbia, Namibië, Botswana, Zimbabwe), illegaal met uitzonderingen afgezien van beschadigde foetus (Brazilië, Argentinië, Thailand), illegaal met uitzonderingen afgezien van verkrachting (merendeel van landen in Afrika) en illegaal zonder uitzonderingen (Chili).³⁶

In de hele wereld plegen ongeveer 45 miljoen vrouwen per jaar abortus, waarvan er 26 miljoen leven in landen met een liberale abortuswet, dat betekent ook dat de abortus daar op tijd en in goede omstandigheden door opgeleid medisch personeel wordt gedaan. De resterende 20 miljoen vrouwen ondergaan deze procedure illegaal en onprofessioneel. Deze onprofessionele omstandigheden hebben jaarlijks ongeveer 70 000 slachtoffers tot gevolg.³⁷

³⁶ ABORTUS IN DE WERELD. Rehabilitace.info [online]. Beschikbaar van <http://www.rehabilitace.info/zajimavosti/interrupce-umele-preruseni-tehotenstvi/>, 06/02/2014

³⁷ ABORTUS IN DE WERELD. Zdravky.cz [online]. Beschikbaar van <http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/ze-zahranici/usa-40-let-od-legalizace-interrupce>, 06/02/2014

In het algemeen worden de meest gevaarlijke abortussen in Afrika en Zuid-Amerika gedaan. In 96 % van de gevallen kunnen we over hoge risicoprocedures praten.

Het laagste aantal abortussen is in West-Europa, waar per 1 000 vrouwen 12 abortussen zijn. De tegenovergestelde situatie is in Oost-Europa, waar abortus een keuze voor 49 vrouwen per 1 000 is. In Noord-Amerika gaat het om 19 van de vrouwen.³⁸

2.3 HET „HELLEND VLAKE“ ARGUMENT

In de literatuur komen we vaak de term „het hellend vlak“ argument (engl. slippery slope), meestal in verband met de problematiek van euthanasie, in het kader van kunstmatige inseminatie, medisch onderzoek, enz. In het algemeen is het belangrijk dat er voor de belangrijke ethische kwesties een duidelijke grens tussen goed en slecht (of moreel goed of slecht) is. Zonder deze grens kunnen ethische kwesties tot een bedreiging van basisvormen van ethische waarden van het menselijk leven leiden.³⁹

„Het hellend vlak of glijdende schaal is een argument in de debatkunst of retoriek. Een "hellend vlak" inroepen betekent dat men beweert dat een bepaalde actie een reeks opeenvolgende gebeurtenissen zal veroorzaken die uiteindelijk tot een (meestal ongewenst) einde zullen leiden.“⁴⁰

Het argument van het hellend vlak wordt in de afgelopen jaren vaak in de context van euthanasie gebruikt, omdat de legalisatie van euthanasie tot het geleidelijke doden van mensen buiten hun wil, of zelfs tegen hun wil kan leiden. In de Verenigde Staten is een geval bekend als „Dr. Death“ (1998). Dit geval betreft de arts Jack Kevorkian, die hulp bij zelfdoding verleende. Deze arts werd veroordeeld vanwege het feit dat hij mensen „hielp“ te sterven. Deze mensen-patiënten leden niet aan ongeneeslijke ziekten. Kevorkian verdedigde zijn daden door te zeggen dat de organen voor transplantatie

³⁸ ABORTUS IN DE WERELD. Aktualne.centrum.cz [online]. Beschikbaar van <http://aktualne.centrum.cz/zahranici/evropa/clanek.phtml?id=729973>, 06/02/2014

³⁹ VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, s. 233-237. ISBN 9788073677800

⁴⁰ DE DEFINITIE VAN ARGUMENT VAN HET HELLEND VLAKE. Cyclopaedia.nl [online]. [cit. 2014-02-10], Beschikbaar van http://www.cyclopaedia.nl/wiki/Drogreden_van_het_hellend_vlak

kunnen dienen, en dus meer mensen helpen te overleven. De rationalisatie in dit soort gevallen is zeer typisch. Hij werd veroordeeld tot acht jaar gevangenis (voor 130 gevallen van euthanasie).

Een ander geval van gevaar van hellend vlak is het Zwitserse genootschap Dignitas, dat hulp bij zelfdoding biedt (weer bij mensen die niet aan ongeneeslijke ziekten lijden). Door dit genootschap stierf een aantal mensen die geestelijk ziek waren. Gezien het feit dat deze diensten aan buitenlanders worden verleend, bestaat er het gevaar van euthanasie-toerisme (zie hoofdstuk 3 Euthanasie). De hoofdarts van de kliniek Dignitas gaf een dodelijke injectie aan een patiënt in een auto toen er geen kamer beschikbaar was. Het was een volledig verlies van waardigheid van sterven, ondanks de naam van de kliniek (Dignitas – engl. dignity = waardigheid).

Op het gebied van prenatale diagnostiek is het argument van het hellend vlak heel vaak, bijvoorbeeld in de situatie wanneer er een ziekte wordt geconstateerd, die nog niet aanwezig is (de symptomen komen tijdens de volwassenheid). Dit is een kwestie van de zogenaamde genetische discriminatie. Het argument van het hellend vlak komt vaak ter sprake in het kader van geassisteerde reproductie, bijvoorbeeld bij de problematiek van klonen (met name klonen van mensen).

Een zeer problematisch gebied is het „recht op een kind“ (in sommige landen ook voor homoseksuele koppels of individuen zonder partner). De financiële huur van een baarmoeder is ook één van de ethische kwesties waar het argument van het hellend vlak kan verschijnen. De huur van baarmoeders wordt de zogenaamde „surrogaatmoeders“ genoemd. Het argument van het hellend vlak is hier op het gebied voor wat als een menselijk leven wordt beschouwd, de kwestie is of het menselijk lichaam alleen als biologisch materiaal of een commodity wordt beschouwd.⁴¹

⁴¹ VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, s. 134-138. ISBN 9788073677800

2.4 EUTHANASIE

In de geschiedenis van de medische ethiek is er geen ander woord dat zo veel gebruikt wordt op verschillende manieren als euthanasie. De term euthanasie wordt gedefinieerd als dood op verzoek.⁴²

Een meer specifieke definitie kan zijn: „Euthanasie is het‘opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de gedode persoon, maar wel op diens verzoek’. Letterlijk betekent het woord euthanasie ‘een goede dood’, deze betekenis stamt af van het Grieks. Ook hulp bij zelfdoding door een arts valt onder euthanasie. Euthanasie wordt toegepast bij patiënten die uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De definitie van euthanasie zoals wij die kennen, bestaat nog niet zo lang. Pas in 1985 kwam er duidelijkheid over het onderwerp euthanasie. Daarvoor werd er gesproken van actieve en passieve euthanasie. Het is euthanasie als het gaat om opzettelijk levensbeëindigend handelen, op uitdrukkelijk verzoek, van de patiënt zelf en door een ander (een arts). Er bestaat ook een soort euthanasie voor (pasgeboren) kinderen. In dat geval moet een derde, meestal de ouders, toestemming geven aan de arts om het leven van de kinderen opzettelijk te beëindigen. Deze soort van euthanasie heet ‘levensbeëindiging van wilsonbekwamen’. Bij dieren wordt in het algemeen van euthanasie gesproken als een dier wordt gedood zonder daardoor te lijden.“⁴³

De moderne geschiedenis van euthanasie begint in de tweede helft van de 20^e eeuw, na de Tweede Wereldoorlog. Dankzij de ontwikkeling van medische technologieën wordt de menselijke levensduur verlengd en artsen kunnen specifieke ziekten bestrijden. De gemiddelde levensduur is langer, maar verlengt ook de lengte van het leven met verschillende fysische problemen. Mensen zijn langer in ziekenhuizen dan in het verleden. We kunnen zeggen dat in het verleden mensen een kort actief leven met een korte periode van ziekte gevolgd door de dood hadden. Vandaag de dag leven we een lang actief leven, maar we zijn veel meer ziek voor de dood komt. Naast euthanasie

⁴² VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, s. 233. ISBN 9788073677800

⁴³ DE DEFINITIE VAN EUTHANASIE. Borgerson.nl [online]. [cit. 2014-02-10] Beschikbaar van <http://borgerson.nl/page.php?id=2>

wordt ook de term dysthanasie gebruikt, dat betekent onnodige verlenging van het leven van een patiënt door medisch ingrijpen.

De tabel nr. 4: Levensverwachtingen in Nederland en de Tsjechische Republiek

Jaar	Nederland		De Tsjechische Republiek	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
1982	72,75	79,44	67,14	74,44
1985	73,07	79,66	67,25	74,71
1990	73,84	80,11	67,50	76,00
1995	74,59	80,36	70,00	76,94
2000	75,54	80,58	71,65	78,35
2005	77,19	81,60	72,9	79,1
2008	78,32	82,28	74,00	80,1
2009	78,53	86,65	74,2	80,1
2010	78,77	82,72	74,4	80,6
2011	79,18	82,85	74,7	80,7
2012	79,14	82,82	74,6	80,7

bron: ^{44,45,46}

In dit tabel kunnen we zien dat vroeger (1982) was de levensverwachting zeer korter dan is het nu. Levensverwachtingen zijn in Nederland en in Tsjechië langere nu dan het was dertig jaar geleden. Vanuit de oogpunt van medische ethiek sterven mensen langere dat betekent dat met behulp van medische technologieën kunnen we vandaag beveiligen

⁴⁴ LEVENSVRWACHTING IN NEDERLAND. Statline.cbs.nl [online]. Beschikbaar van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37360NED&D1=3&D2=a&D3=0&D4=20-1&HD=130212-0832&HDR=T,G2,G1&STB=G3>, 10/02/2014

⁴⁵ LEVENSCVERWACHTING IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK. Ecmmost.cz [online]. Beschikbaar van http://www.ecmost.cz/img/zdravi/tabulky/delka_zivota.jpg, 10/02/2014

⁴⁶ LEVENSVRWACHTING IN DE TSJECHICHE REPUBLIEK. Czso.cz [online]. Beschikbaar van http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_doziti_a_prumerny_vek, 10/02/2014

een langere leven van mensen. Dat is ook de reden waarom de euthanasie wordt nu door hele wereld zo besproken. Een visie is dat het goed is om een lang leven met ongeneeslijke ziekten te leven, de tweede visie is dat de dood kan niet worden verlengen en de mensen zouden niet lichamelijk of geestelijk lijden.⁴⁷

Een andere term die vaak ten onrechte met euthanasie wordt geassocieerd is hulp bij zelfdoding. De definitie van hulp bij zelfdoding is „het opzettelijk verlenen van hulp bij levensbeëindigend handelen door de betrokkene op diens verzoek. Voor de statistiek is sprake van hulp bij zelfdoding indien door de arts is aangegeven dat het overlijden van de patiënt het gevolg is geweest van het gebruik van een middel dat door hem/haar of door een collega is voorgeschreven of verstrekt met het uitdrukkelijke doel het leven te beëindigen, én tevens is aangegeven dat de patiënt dit middel uitsluitend zelf heeft toegediend of zelf tot zich heeft genomen.“⁴⁸

Er zijn verschillende redenen waarom euthanasie een zo controversieel onderwerp is. Vanuit ethisch oogpunt is de minst problematische vorm van euthanasie de zogenaamde gevraagde euthanasie (een vorm van actieve euthanasie). Gevraagde euthanasie betekent dat de dood de wens van de patiënt is en hij in staat is om te communiceren. Een andere vorm van actieve euthanasie is de ongevraagde euthanasie, bijvoorbeeld wanneer de patiënt een pasgeborene is, of een comateuze patiënt, die niet kan communiceren. De laatste vorm van actieve euthanasie wordt onvrijwillige euthanasie genoemd (de patiënt kan wel communiceren, maar niemand vraagt naar zijn mening). Ten aanzien van ethische kwesties zijn er meestal meningen dat actieve euthanasie is ordelijk. Maar de legalisatie van euthanasie is niet zo eenvoudig.

In de maatschappij komen we vaak twee feiten tegen die problematisch met betrekking tot de legalisatie van euthanasie zijn. De eerste is het feit dat bij de legale vorm van euthanasie meer en meer de voorwaarden (de uitvoering van euthanasie of redenen om euthanasie uit te voeren) worden geschonden. Het tweede feit is een onjuiste interpretatie van het begrip „ondraaglijk lijden“. Uit studies uit Nederland, waar

⁴⁷ EUTHANASIE IN HET ALGEMEEN. Reflex.cz [online]. Beschikbaar van <http://www.reflex.cz/clanek/zpravy/54151/eutanazie-dobra-smrt-ci-hra-s-ohnem.html>, 10/02/2014

⁴⁸ DEFINITIE VAN HULP BIJ ZELFDODING. Cbs.nl [online]. [cit. 2014-02-10] Beschikbaar van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?conceptid=2964>

euthanasie jaren door de wet getolereerd wordt en nu niet strafbaar is (indien de voorwaarden worden nageleefd) blijkt dat naast de ethisch minst problematische vorm van vrijwillige dood – de gevraagde euthanasie, de ongevraagde euthanasie heel vaak wordt uitgevoerd. Uit de studies blijkt ook dat artsen de regels, volgens welke de euthanasie mogelijk is, verbreken.

Dat is niet het enige probleem in verband met de legalisering van euthanasie. De term „ondraaglijk lijden“ wordt zeer wijd geïnterpreteerd. In de ethiek vormt deze situatie een zogenaamd „hellend vlak“ (zie hoofdstuk 2, 2.3 Het hellend vlak argument). De voorwaarden van euthanasie zijn vervolgens eenvoudig te bagatelliseren. Euthanasie is dan ook mogelijk in het geval van een vrouw wiens leven volgens haar „zinloos en leeg“ was. Elke discussie over euthanasie moet rekening houden met alle aspecten van de mogelijke legalisatie van euthanasie – de ethische, juridische en sociale. Een ander aspect van de discussie over euthanasie kan bijvoorbeeld het feit van de vergrijzing van de bevolking zijn. Dat betekent voor de gezondheidszorg hogere kosten. Dit zou druk op de legalisatie van euthanasie kunnen veroorzaken met als argument dat oude en zieke patiënten gewoon te duur zijn.⁴⁹

2.4.1 Geschiedenis van euthanasie

Reeds in de oudheid wilden mensen een „goede dood“ sterven, dat betekende in evenwichtige en kalme toestand. In deze tijd werd het niet als moord gezien zoals nu door sommige mensen. Verschillende filosofen hadden over dit probleem verschillende meningen. De zogenaamde Pythagoreërs (navolgers van Pythagoras) waren het niet eens met de zogenaamde „goede dood“, voornamelijk vanwege religieuze redenen. Volgens hen is het menselijk bestaan geassocieerd met pijn en lijden. Ook de Eed van Hippocrates komt voort uit de Pythagoreërs. Socrates beschouwde de angst voor de dood als onnodig, hij beschouwde de dood als een slaap. Plato beschouwde zelfmoord als een negatieve daad. De enige mogelijkheid van een voortijdige dood voor hem was een ondraaglijk lijden. Plato verwiep het idee dat men God voor zijn leven moet danken. Hij vond dat men met een ernstige chronische ziekte nutteloos is– voor

⁴⁹ EUTHANASIE IN HET ALGEMEEN. Reflex.cz [online]. Beschikbaar van <http://www.reflex.cz/clanek/zpravy/54151/eutanazie-dobra-smrt-ci-hra-s-ohnem.html>, 10/02/2014

zichzelf en voor anderen. Tegen Plato's meningen was Aristoteles, hij beschouwde een vroegtijdige dood als laf (maar zijn meningen waren niet gebaseerd op religieuze overtuigingen). Aristoteles benadrukte dat de burgers zo lang mogelijk productief voor de staat moeten zijn. De stoïcijnen vonden euthanasie goed als de persoon pijn leed, leed aan een ongeneeslijke ziekte of in het geval van lichamelijke afwijkingen.

Heel vaak praten we in de context van euthanasie over de Eed van Hippocrates, waar we de bewering kunnen vinden dat een arts geen dodelijke stof aan iemand mag geven (*"Ik zal niemand een dodelijk geneesmiddel toedienen, ook niet aan iemand die dit van mij vraagt; zelfs een aanwijzing in die richting zal ik niet verstrekken."*⁵⁰). Aan de andere kant, in de Eed van Hippocrates wordt ook geschreven dat een arts aan een vrouw geen abortief middel mag geven, en toch is abortus in veel staten legaal (*"Ik zal nooit aan een vrouw een middel toedienen ter vernietiging van ontkiemend leven."*⁵¹). Dat is het bewijs dat de auteur van de Eed van Hippocrates een aanhanger van de navolgers van Pythagoras was. Geen wonder dat in sommige staten euthanasie of hulp bij zelfdoding als onjuist en immoreel beschouwd wordt.⁵²

Natuurlijk werd in het verleden de kwestie van euthanasie door religieuze overtuigingen (zoals het nu is) sterk beïnvloed. Joden waren altijd de grootste voorstanders van het recht op leven. De verplichting om het leven te redden is in het jodendom één van de belangrijkste religieuze geboden. Wat christelijke ethiek betreft, wordt in de eerste plaats het principe van het beheer beschouwd, dat betekent dat het menselijk leven van God komt en dat de mensen alleen de beheerder zijn, niet de eigenaar. In de islam is euthanasie verboden (het leven is een geschenk van God).

Een interessante ontwikkeling in de mening over euthanasie vond plaats in de periode van het nationaal-socialisme in Duitsland, waar Duitse onderzoekers de degeneratie van het menselijk ras vreesden (het eind van 19^e eeuw). Ze probeerden een nieuw soort

⁵⁰ EEN FRAGMENT VAN EED VAN HIPPOCRATES. Ordomedic.be [online]. [cit. 2014-03-30]. Beschikbaar van <http://www.ordomedic.be/nl/orde/artseneed/eed-hippocrates/>

⁵¹ EEN FRAGMENT VAN EED VAN HIPPOCRATES. Ordomedic.nl [online]. [cit. 2014-03-30]. Beschikbaar van <http://www.ordomedic.be/nl/orde/artseneed/eed-hippocrates/>

⁵² MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, a. s., 2005, s. 25-27. ISBN 80247110250

hygiëne, de zogenaamde rassenhygiëne, te promoten. Een positieve mening over de rassenhygiëne hadden later de aanhangers van de nazi-ideologie. Hitler beschouwde de rassenhygiëne als een belangrijk element van de staatspolitiek en hij werd dan ook als de arts van het Duitse volk beschouwd. Nazi leiders praatten vaak over het nationaal-socialisme als een vorm van toegepaste biologie. Op de Duitse universiteiten werden vakken als rassenhygiëne geïntroduceerd (voordat Hitler aan de macht kwam). De wetten over sterilisatie en „Actie van euthanasie“ waren ontwikkeld van alles. Een voorbeeld is een geval, dat aan het einde van 1938 plaatsvond, toen een lijfarts van Hitler, Karel Brandt, door de vader van een kind gevraagd werd om het kind te doden. Het kind was blind en was geboren met misvormde ledematen. Op basis van dit geval begon Hitler het „programma van kinder-euthanasie“. In augustus 1939 werd een decreet uitgevaardigd dat alle pasgeborenen met een mogelijke handicap, bijvoorbeeld idiotie en mongolisme, microcefalie, hydrocephalie of allerlei soorten verlamming, moeten worden geregistreerd. Sommige van deze kinderen werden gekozen en overgebracht naar een „speciale kinder-kliniek“, waar ze ter dood werden gebracht door verhongering of door dodelijke injecties. Er waren 5 000 kinderen tot het einde van de Tweede Wereldoorlog die op deze manier stierven. Bij volwassenen had de euthanasie een andere geschiedenis. Het begon met de vraag of euthanasie niet kan helpen om bedden in ziekenhuizen vrij te maken. Dat was een van de oplossingen om medisch personeel in de ziekenhuizen in de beginnende oorlog te ontlasten. Tot het eind van het jaar 1941 werden 70 723 voornamelijk mentaal gehandicapten gedood. Hoewel de wet werd opgeheven, werd de volgende vier jaren euthanasie heimelijk uitgevoerd door dood door verhongering of dodelijke geneesmiddelen. In deze vier jaar werden 70 000 mensen gedood.⁵³

⁵³ MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, a. s., 2005, s. 28-32. ISBN 80247110250

2.5 PALLIATIEVE ZORG

Palliatieve zorg wordt vaak geassocieerd met euthanasie. Het gaat om zorg voor patiënten die aan ongeneeslijke ziekten lijden. Het doel hiervan is om pijn en andere lichamelijk of geestelijk lijden van de patiënt te verminderen met behoud van zijn waardigheid. Dit is het tegenovergestelde van euthanasie, omdat we de levensduur van de patiënt kunstmatig verlengen met behulp van medicijnen en medische technieken. Er zijn ook tegenstanders van de palliatieve zorg (meestal voorstanders van euthanasie), die beweren dat uit het oogpunt van de medische ethiek de palliatieve zorg niet correct is. Een van de meest voorkomende argumenten zijn onder andere onethische kunstmatige verlenging van het leven van de patiënt, die geen kans heeft om te herstellen.⁵⁴

De exacte definitie van de palliatieve zorg kan zijn: „Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.“⁵⁵

⁵⁴ MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, a. s., 2005, s. 61-62. ISBN 80247110250

⁵⁵ DE DEFINITIE VAN PALLIATIEVE ZORG. Palliatief.be [online]. [cit. 2014-02-10]. Beschikbaar van <http://www.palliatief.be/template.asp?f=definities.htm>

3 ABORTUS IN NEDERLAND IN VERGELIJKING MET DE TSJECHISCHE REPUBLIEK

3.1 ABORTUS IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK

In de Tsjechische Republiek is abortus toegestaan sinds 1957. In deze tijd vond 75 % van de vrouwen de wet positief. De legalisatie van abortus hielp vrouwen uit een moeilijke situatie, maar hun beslissing was niet makkelijk - voor elke abortus moesten vrouwen ten eerste voor een abortuscommissie verschijnen. In het begin dienden deze commissies als een adviesorgaan, maar na verloop van tijd hadden de politieke partijen grote invloed daarop. Voor vrouwen waren deze bezoeken een stressvolle en vernederende ervaring. Drie jaar voor de val van het communisme werden de commissies afgeschaft.⁵⁶

3.1.1 Abortus en de jaren zestig in de Tsjechische Republiek

In vergelijking met West-Europese landen werd abortus in Tsjechoslowakije relatief vroeg toegestaan, dat kan worden gezegd namelijk na de Tweede Wereldoorlog. In tegenstelling tot West-Europa was de legalisatie van abortus niet het gevolg van dwang van de maatschappij en de feministische beweging, maar een bureaucratische beslissing. Deze bureaucratische beslissing was het gevolg van sociale en politieke omstandigheden. Wat de andere landen van Europa betreft werd abortus gelegaliseerd in de Sovjet-Unie in 1955, daarna volgde de legalisatie van abortus in een aantal andere Oost-Europese landen, zoals Bulgarije en Hongarije in 1956, in 1957 in Roemenië en in 1960 in het voormalige Joegoslavië.

Do sociaal-economische situatie in Tsjechoslowakije was in de jaren vijftig niet hoopgevend, sinds het einde van de oorlog was er namelijk een tekort aan basisgoederen. Een reden voor de slechte economische situatie van het land was de ineffectiviteit van de economische planning. De overheid wilde de grootte van een Tsjechoslowaakse familie verkleinen. In Tsjechoslowakije hadden vrouwen en mannen

⁵⁶ ABORTUS IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK. Zdravi.e15.cz [online]. Beschikbaar van <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/interruptce-vcera-a-dnes-471156>, 07/02/2014

in de jaren vijftig niet zo veel mogelijkheden om hun reproductie te regelen. Een voortrekker van anticonceptie in Tsjechoslowakije was de arts Ladislav Hnátek, die in 1957 het eerste contraceptieve consultatiebureau opende. Het consultatiebureau was alleen voor vrouwen, van wie het leven door zwangerschap werd bedreigd (vanwege de kleine capaciteit van het consultatiebureau).

De regering wilde vrouwen dat de anticonceptie gingen gebruiken, maar de beschikbaarheid van voorbehoedsmiddelen was erg slecht. De slechte economische situatie na de Tweede Wereldoorlog dwong de vrouwen om een baan te vinden. Hoewel op dit moment er een tendens was om de rechten en emancipatie van vrouwen te bevorderen, werd dit door het socialisme niet gestimuleerd.

Vrouwen gingen meer en meer werken en er was een noodzaak om de zorgactiviteiten voor kinderen te verbeteren, dat wil zeggen bijvoorbeeld kinderdagverblijven, kleuterscholen en andere instellingen die voor kinderen zorgden. Het feit dat vrouwen voor hun werk werden betaald werd beschouwd als genoeg voor de emancipatie. Zij werkten (48 uur per week met veel overuren en in zeer ondermaatse omstandigheden) en nog steeds moesten ze voor de kinderen en het huishouden zorgen.

Pas sinds 1950 konden vrouwen een abortus hebben als de reden ernstige gezondheidsproblemen was. Zeven jaar later werd abortus gelegaliseerd in het algemeen. Vrouwen hadden het recht om zelf over hun zwangerschap te beslissen om economische of sociale redenen. In de jaren wanneer de abortus nog niet legaal was, werden illegale abortussen in grote hoeveelheden uitgevoerd door artsen, vroedvrouwen of medische studenten. Illegale abortus werd zeer zwaar gestraft, maar toch was de maatschappij voor. Aan de voorbereiding van de nieuwe wet namen bijvoorbeeld Senta Radvanová een jonge advocaat die met de Tsjechoslowaakse Unie van Vrouwen⁵⁷ werkte en Miroslav Vojta deel (redacteur van het tijdschrift Tsjechoslowaakse gynaecologie en een deskundige voor gynaecologie en verloskunde). De belangrijkste kenmerken van de nieuwe wet werden gepubliceerd in de media – kranten, radio, gevolgd door een publiek debat. Het publieke debat werd door officiële

⁵⁷ Tsjechoslowaakse Unie van Vrouwen is een feministische sociale organisatie. Bestond in Tsjechoslowakije tussen jaren 1950-1990.

propaganda beheerst, dwz. dat niet alle meningen geuit konden worden. Artsen, advocaten en mannen in het algemeen dachten dat vrouwen niet zelf over hun zwangerschap zouden mogen beslissen, en dus onstonden de zogenaamde “abortuscommissies”.

Vanaf het begin werd abortus in verband gebracht met de problematiek van anticonceptie, die in Tsjechoslowaakije niet bestond of bijna niet beschikbaar was. Abortus werd dus beschouwd als een tijdelijke oplossing voor onbeschikbaarheid van anticonceptie. De nieuwe wet nr. 68/1957 et seq. die de abortus legaliseerde werd uiteindelijk goedgekeurd op 19 december 1957.

Abortus was mogelijk in Tsjechoslowakije onder de volgende voorwaarden: een vrouw moest een abortuscommissie bezoeken voor de procedure, ze moest medische of “andere gewichtige redenen” hebben (zoals bijvoorbeeld een ongunstige financiële situatie van de familie), de abortus mocht alleen in een medische instelling worden uitgevoerd en onder de voorwaarden omschreven door het Ministerie van Volksgezondheid. Het Ministerie van Volksgezondheid wilde abortus in Tsjechoslowakije onder controle hebben en daarom publiceerde ze nadere voorwaarden die de medische en “andere gewichtige redenen” specificeerden, bijvoorbeeld een vrouw ouder dan 40 jaar, ten minste drie levende kinderen, zwanger als gevolg van verkrachting of een andere strafbare misdaad, moeilijke levenssituatie van de ongetrouwde vrouw, overlijden van een echtgenoot of gewichtige gezondheidsproblemen, financiële problemen of woningsproblemen of huwelijksproblemen (huiselijk geweld). In het algemeen was er geen tijdslimiet, maar na de derde maand van de zwangerschap werd abortus als gevaarlijk beschouwd. Als een vrouw zelf abortus pleegde, was strafvervolgning niet mogelijk.⁵⁸

In hetzelfde jaar dat abortus in Tsjechoslowakije werd gelegaliseerd, verschenen in de media veel vragen, met name de vraag of abortus veilig is vanuit medisch oogpunt. Als

⁵⁸ DUDOVOÁ, Radka. *Interrupce v České Republice*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2012, s. 37-47. ISBN 9788073302146

de abortus door een incompetent persoon uitgevoerd werd, waren er vaak directe symptomen, die onomkeerbare gevolgen voor de gezondheid van vrouwen hadden, zoals bloeding of ontsteking. In de tijd dat abortus illegaal was, werden vrouwen vaak onvruchtbaar na de procedure (in extreme gevallen tot 75 %), soms hadden vrouwen psychische problemen. Op grond van deze problemen onstond zoals al gezegd de abortuscommissie, die deze negatieve gevolgen moest voorkomen (door de selectie van patiënten die een abortus kunnen ondergaan). De commissie bestond uit drie leden (twee deskundigen – artsen en een leek).

De vrouwen, die om abortus vroegen, werden door de commissie in de volgende categorieën ingedeeld:

1. Vrouwen – moeders van grote gezinnen die geen materiële zorg voor een ander kind hadden
2. jonge vrouwen die geen partner hadden of van wie de partner weigerde te trouwen (of een huwelijk zou een onverstandige stap zijn)
3. getrouwde vrouwen die zwanger werden buiten het huwelijk en haar gezin en huwelijk niet wilde bedreigen (in deze tijd werd grote nadruk op gezin en gezinsachtergrond gelegd.)
4. onverantwoordelijke vrouwen die de zwangerschap alleen voor hun gemak wilden afbreken.

Met uitzondering van de laatste (vierde) categorie werden deze vrouwen beschouwd als niet zelfzuchtige vrouwen, die zelf hun eigen geluk opofferen. Vrouwen van de vierde categorie werden beschouwd als zelfzuchtige vrouwen, ze zouden beter opgevoed moeten worden om hun moraliteit te kunnen verbeteren. Alle vrouwen die om abortus vroegen werden begeleid door deskundigen en overheidsinstanties. Deze vrouwen werden juridisch beschouwd als onbekwaam, hun immorele daad was de schuld van de families en van de socialistische maatschappij. Het feit dat bij de handeling van conceptie een man aanwezig moest zijn werd nooit genoemd of besproken.

De legalisering van abortus werd beschouwd als het reguleren van de bevolking: de reproductieve gezondheid van vrouwen werd gered omdat de abortus alleen in

ziekenhuizen mocht worden uitgevoerd. Een veronderstelling van het grote publiek en de regering was dat het aantal abortussen met de legalisatie zou niet stijgen. Er was ook de veronderstelling dat dankzij de abortuscommissie de redenen duidelijk zouden worden, waarom vrouwen abortus wilden ondergaan en dus zou de maatschappij op deze redenen kunnen reageren. Dit alles zou tot een algehele vermindering van het aantal abortussen leiden. Mensen begonnen abortus te begrijpen als een procedure waarin het resultaat niet is dat een bepaalde vrouw geen moeder zal worden, maar dat ze in de toekomst een betere moeder zal zijn (bijvoorbeeld als ze op een bepaald moment van de zwangerschap genoeg materiale zekerheid voor het kind heeft).⁵⁹

In het jaar na de invoering van de wet werden de impact en de gevolgen van de gezondheid van de vrouwen die abortus uit hadden laten voeren geëvalueerd. Er was een groot percentage van vrouwen die na de procedure onvruchtbaar geworden waren. Het risico was vooral te zien bij vrouwen die nog nooit bevallen waren. De dreiging van onvruchtbaarheid werd in de media herhaald. De reden voor deze complicaties waren de medische technieken die oud en gevaarlijk waren. Toch was de wet van de legalisatie van abortus geldig tot 1986. In de periode van de geldigheid van de wet (1957-1986) bleek dat de abortuscommissies beslisten op basis van het actuele niveau van vruchtbaarheid in de Tsjechoslowakije en de politieke situatie.

3.1.2 Abortus en de jaren zestig en zeventig in de Tsjechische Republiek

Het geboortecijfer begon in de late jaren vijftig en tijdens de jaren zestig te dalen. De legalisatie van abortus wordt beschouwd als een belangrijke ingreep in de voortplanting in Tsjechoslowakije. Dit betekende dat het Ministerie van Volksgezondheid in 1961 een wijziging van de wet doorvoerde. De abortuscommissies moesten de abortus bij vrouwen, die nog nooit bevallen waren, beter overdenken. De commissie kon de man, die voor de zwangerschap verantwoordelijk was, uitnodigen. Als gevolg van de beperking van het aantal abortussen werden jonge vrouwen (meestal onder 18 jaar)

⁵⁹ DUDOVÁ, Radka. *Interrupce v České Republice*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2012, s. 48-50. ISBN 9788073302146

geadviseerd om van het kind te bevallen, maar dan het kind te geven aan een instelling, bijvoorbeeld een zuigelingeninstituut of kindertehuis. Een paar jaar later konden de vrouwen het kind adopteren. In het jaar 1962 veranderde de samenstelling van de abortuscommissies, alleen een arts moest nu aanwezig zijn, de commissies werden meer en meer een politieke zaak. Tot 1962 was de abortus kosteloos, daarna moest een bedrag betaald worden (het bedrag was tussen 200 -500 Tsjechoslowaakse kronen). In 1964 was het bedrag hoger, ongeveer 800 Tsjechoslowaakse kronen (het gemiddelde loon in 1964 was 1 400 Tsjechoslowaakse kronen).

Vrouwen moesten in sommige gevallen naar andere steden reizen, alleen één abortus per vrouw werd toegestaan binnen 6 maanden. Als een vrouw een abortus onderging in een stad en binnen zes maanden wilde ze een abortus hebben, was haar enige optie om in een ander ziekenhuis in een andere stad om abortus te vragen. In 1964 veranderde de wet zodat vrouwen alleen in hun woonplaats om abortus konden vragen. Al deze maatregelen zouden het aantal abortussen verminderen en dat gebeurde, maar op hetzelfde moment steeg het aantal illegale abortussen. Rond 1973 werd de abortus niet meer beschouwd als een wijze van bescherming van de gezondheid van de vrouw (van de gevolgen van illegale abortussen), maar in als een bedreiging voor de gezondheid en ook als een bedreiging voor de ontwikkeling van de bevolking.⁶⁰

In 1986 werd de abortuswet veranderd. Vrouwen vonden de abortuscommissies vervelend, ze wilden niet over hun intieme problemen met vreemde mensen praten. Gynaecologen vonden de abortuscommissies ook een slecht idee. Zij beweerden dat de abortuscommissies een negatieve gevolgen hadden, omdat vrouwen in veel gevallen voor illegale wijze abortus kozen. De abortuscommissies werden daarom in 1986 afgeschaft. Vrouwen beslisten zelf. Een ander punt was de negatieve impact van ongewenste kinderen. Er waren verschillende studies van psychologen die de psychologische impact van ongewenste kinderen in de toekomst behandelden. Ook de psychologische impact van kinderen die in instellingen opgroeiden was alarmerend. Dit

⁶⁰ DUDOVÁ, Radka. *Interrupce v České Republice*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2012, s. 65-67. ISBN 9788073302146

argument hielp mee aan de verandering van de wet in 1986 en niet minder aan de afschaffing van de abortuscommissies.⁶¹

3.1.3 De nieuwe wet op abortus tussen 1987 - 1989

De wet nr. 66/1986 St. over abortus werd op 1 juni 1987 van kracht. Een vrouw kan een abortus ondergaan op schriftelijk verzoek (als de zwangerschap niet meer dan een periode van 12 weken was). Vrouwen onder 16 jaar moesten toestemming van de ouders hebben. Als een meisje tussen 16-18 jaar was, had ze geen toestemming van de ouders nodig, maar er werd later een brief aan de ouders gestuurd die hen over de procedure informeerde.⁶²

Na de revolutie van november 1989 begonnen groepen vrouwen, die vroeger hun meningen niet konden uiten, zich in het publiek te profileren. Vrouwelijk en feministisch georiënteerde groepen en organisaties ontstonden. Aan de andere kant verschenen enkele negatieve meningen van de katholieke kerk over legale abortus. Terwijl politici met een katholieke overtuiging voor 1989 hun mening niet in het openbaar konden uiten, begonnen ze na 1989 een belangrijke politieke macht te vormen.

Voor een relatieve lange periode (1991-1998) had de christen-democratische partij (KDU-ČSL) een grote politieke invloed in de Tsjechische. Toch deed de partij geen directe poging om de abortuswet te wijzigen. In 2001 dreven de christen-democraten echter wel een wijziging door. De wijziging in de wet ging over de embryo na de abortus, die als menselijke resten worden beschouwd en daarom officieel begraven moeten worden. De wet was echter zo controversieel dat hij kort na de goedkeuring weer werd geannuleerd. Het lijkt dat deze stap van de christen-democraten niet belangrijk was, maar het was de eerste poging van de christen-democratische partijen tot een wijziging in de abortuswet.

⁶¹ DUDOVÁ, Radka. *Interrupce v České Republice*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2012, s. 71-72. ISBN 9788073302146

⁶² DUDOVÁ, Radka. *Interrupce v České Republice*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2012, s. 83-84. ISBN 9788073302146

De vrouwenbeweging in de Tsjechische Republiek na het jaar 1989 was niet hetzelfde als andere feministische bewegingen zoals in de Verenigde Staten, West-Europa en andere landen. Tot op de dag van vandaag zijn er nog steeds minder groepen gericht op de ondersteuning van de vrouwen dan in West-Europa.

Een van de meest belangrijke organisaties was de non-profit organisatie Gender Studies o. p. s. Deze organisatie werd opgericht in de vroege jaren negentig door de voormalige dissident en socioloog Jiřina Šiklová. Oorspronkelijk werd de organisatie opgericht als een genderbibliotheek (dat was de uitgebreide persoonlijke bibliotheek van Jiřina Šiklová). Vandaag de dag richt de organisatie zich meer op politiek activisme.

Organisaties zoals Gender Studies o. p. s. konden rond het jaar 2000 deelnemen aan vergaderingen van overheid wanneer de kwesties met betrekking tot de genderproblematiek (bijv. de kwestie van abortus) werden besproken. Na 1989 werden de grenzen en de markt geopend, dat betekende een grotere beschikbaarheid van contraceptie – vooral de hormonale anticonceptie. Juist dit soort contraceptie was heel populair bij de Tsjechische vrouwen. Dankzij de hormonale anticonceptie was in het algemeen een daling van abortus te zien.

Abortus werd niet meer beschouwd als een demografisch of sociaal probleem. De publieke opinie van de Tsjechische bevolking was meestal voor legale abortus en vooral voor de mogelijkheid van een vrouw zelf over haar lichaam te kunnen beslissen (ongeveer 75 % van de bevolking was voor legale abortus). Deze meningen waren gebaseerd op de herinneringen van de oudere generaties die zich de gevreesde praktijken van de abortuscommissies herinnerden.⁶³

3.1.4 Het jaar 2003 – het verbod van abortus in de Tsjechische Republiek?

In 2003 had een groep van conservatieve parlementsleden (KDU-CSL) een voorstel voor nieuwe wet, die op het opheffen van legale abortus gericht was. In het wetsvoorstel stond dat de persoon die de abortus zou uitvoeren, 5 jaar gevangenisstraf

⁶³ DUDOVÁ, Radka. *Interrupce v České Republice*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2012, s. 85-96 ISBN 9788073302146

kon krijgen. De vrouw zelf zou niet worden gestraft. De wet werd verworpen, maar het thema abortus werd niet alleen in het parlement, maar ook in de media besproken. De belangrijkste argumenten van de christen-democratische parlementsleden waren meestal gebaseerd op christelijke overtuigingen of wetenschappelijke inzichten op de zwangerschap (dat wil zeggen zwangerschap vanuit medisch oogpunt). De belangrijkste argumenten tegen abortus waren:

- De limiet van 12 weken is te lang – de vrucht is al ontwikkeld.
- Vrouwen zijn onvruchtbaar na een abortus of ze hebben problemen bij toekomstige zwangerschappen.
- Vrouwen die abortus ondergaan hebben meestal post-traumatische stress. Als een vrouw wordt overtuigd (door een andere persoon) om geen abortus te ondergaan, is het beter voor de vrouw in de toekomst – ze is dankbaar (er werden voorbeelden gegeven als persoonlijke ervaringen of individuele verhalen).
- Vrouwen worden gedwongen om een abortus te ondergaan (door hun familie of partner).
- Vrouwen hebben geen recht om over het leven van de embryo te beslissen. Een embryo wordt beschouwd als een aparte persoon die tijdelijk in het lichaam van een vrouw moet blijven.
- Iemand heeft niet het recht om over leven van een ander te beslissen.
- Een ongeborn kind en zijn bescherming is een morele en ethische kwestie.
- Abortussen worden in het geval van gezondheidsproblemen of genetische aandoeningen met de nazi-ideologie vergeleken.
- Abortus is een communistische ideologie – de enige manier om voortplanting te regelen.

De belangrijkste argumenten voor abortus in het parlement waren:

- Historisch argument: Abortus was hier altijd, het verbod is geen oplossing.
- Demografisch argument: Het aantal abortussen is verminderd in de Tsjechische Republiek, dus het is geen groot probleem meer.

- Medisch argument: Het verbod op legale abortussen (dus veilige abortussen) veroorzaakt een stijging van illegale abortussen (dus gevaarlijke abortussen), (bijvoorbeeld abortussen uitgevoerd thuis die veel gevaarlijker zijn).
- Biologisch en juridisch argument: Het embryo kan niet worden beschouwd als een menselijk wezen met een juridisch status.
- Sociaal argument: De verzorgingsstaat kan geen ideale omstandigheden voor de opvoeding van kinderen van alle vrouwen creëren.
- Feministisch argument: Alleen de vrouw zelf kan over haar zwangerschap beslissen. Ze heeft het recht om over haar eigen lichaam te beslissen. Als ze dit recht niet heeft, zal ze opnieuw afhankelijk van haar man zijn.

In dit breed debat uit 2004 had ook de organisatie Gender Studies o. p. s. die een aantal voorwaarden heeft voorgesteld een rol. Deze voorwaarden konden vrouwen helpen om geen abortus te ondergaan.

- vroege en goede seksuele voorlichting
- onderwijs op het gebied van gezinsplanning en het gebruik van anticonceptie
- de ondersteuning van de gelijkheid tussen mannen en vrouwen, bijvoorbeeld bij het verkrijgen van werk of in het persoonlijk leven.

De behandeling van het wetsvoorstel over de bestraffing van het uitvoeren van abortussen leidde eerder tot een maatschappelijk debat. Verschillende feministische organisaties begonnen aan projecten te werken die de gelijkheid tussen mannen en vrouwen en de politieke betrokkenheid zouden verbeteren.⁶⁴

3.1.5 Abortus in de Tsjechische Republiek in 2008

Na de discussies over abortus in 2004 in de Tsjechische Republiek spraken de politici in het parlement tot 2008 niet meer over dit thema. De discussie over abortus begon in 2008 weer om twee redenen: de hervorming van de gezondheidszorg door de minister van volksgezondheid Tomáš Julínek en een vergelijking met andere landen van West-

⁶⁴ DUDOVOÁ, Radka. *Interrupce v České Republice*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2012, s. 97-106. ISBN 9788073302146

Europa. Het ministerie van Volksgezondheid (onder leiding van minister Tomáš Julínek in de jaren 2006-2009) wilde de gezondheidszorg hervormen in zgn. “specifieke gezondheidsdiensten”. In de praktijk betekende dit, dat de Tsjechische gezondheidszorg winst moest maken en geopend werd voor het marktmechanisme. De hervorming leidde tot een aantal protesten, vooral van de kant van patiënten, artsen en universiteiten.

De hervorming had verschillende delen, een daarvan was een deel waartoe abortus behoorde, maar ook kunstmatige inseminatie, sterilisatie en medische castratie. De nieuwe abortuswet uit 2008 was bijna hetzelfde als de wet uit 1986 (bijvoorbeeld een maximale termijn van 12 weken zwangerschap en 24 weken in geval van genetische problemen). Toch waren er twee punten die in het wetsvoorstel van de wet uit 2008 (bijvoorbeeld een maximale termijn van 12 weken van de zwangerschap tot een abortus uit te voeren en 24 weken van de zwangerschap in geval van genetische problemen). Toch waren er twee punten die in het wetsvoorstel van de wet 1986 verschillend waren. Ten eerste kregen ouders van meisjes van 16 tot 18 jaar geen informatie over de uitvoering van abortus. Ten tweede kon abortus ook worden uitgevoerd bij buitenlandse vrouwen die geen vaste woonplaats in de Tsjechische Republiek hebben. Ze wilden de wetgeving van de Europese Unie benadrukken, omdat alle vrouwen in de Europese Unie dezelfde toegang tot de gezondheidszorg hebben. In de wetgeving waren de christen-democraten het niet eens. Ze betoogden dat er “abortustoerisme” van Poolse vrouwen dreigde. Minister Julínek slaagde er niet in om de nieuwe wet door te drijven.

De reden waarom de abortuswet werd vergeleken met de andere staten van Europa was zeker een poging om dezelfde wetgeving als de Europese Wetgeving te hebben. Wat abortus betreft kon een vergelijking met Europa met Europa voor de toetreding van de Europese Unie gemaakt worden. Zelfs voor 1989 waren er de argumenten en verwijzingen naar West-Europa in de politiek en dat was voor die tijd en vooral van het voormalige communistische regime iets heel ongebruikelijks. Politici verwezen in de discussies rond 1986 bijvoorbeeld naar de Wereldgezondheidsorganisatie en de Verenigde Naties (1978 – het recht op gezinsplanning als een deel van de

basismensenrechten, 1979 – ieder kind heeft een recht om als een gewenst kind geboren worden).

De discussie van het jaar 2008 verwees naar een nieuwe richting van de debatten over abortus in het kader van de Europese Unie. De regering van Petr Nečas (2011) begon opnieuw de gezondheidszorg te hervormen (de toenmalige minister van volksgezondheid was Leoš Heger) maar abortus was niet een deel van deze hervorming. In de Tsjechische Republiek geldt dus nog steeds de abortuswet van het jaar 1986.⁶⁵

⁶⁵ DUDOVÁ, Radka. *Interrupce v České Republice*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2012, s. 107-111. ISBN 9788073302146

3.2 ABORTUS IN NEDERLAND

In Nederland, net als in andere landen, was abortus lange tijd verboden. In Nederland verscheen het verbod op abortus voor het eerst in de wetgeving in 1911. De wet was:

3.2.1 Het begin van abortus in Nederland

In Nederland, hetzelfde als in andere landen, werd abortus voor lange tijd verboden, in Nederland verscheen de verboden van abortus eerst in de wetgeving in 1911. De wet was:

„Hij die opzettelijk eene vrouw in behandeling neemt of eene behandeling doet ondergaan, te kennen gevende of de verwachting opwekkende dat daardoor zwangerschap kan worden verstoord, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van ten hoogste zesduizend gulde.“⁶⁶

De wet betekende niet dat er geen illegale abortussen werden uitgevoerd, zelfs meer dan in het verleden. Deze illegale abortussen werden rond 1911 door artsen uitgevoerd die hun baan riskeerden, maar steeds dachten de artsen dat ze de vrouwen hielpen en dat was een reden waarom ze illegale abortussen uitvoerden. Deze artsen werden “engeltjesmakers” genoemd en ze bezochten vrouwen thuis om de zwangerschap te beëindigen. In deze tijd was er een groot aantal abortussen dat de vrouwen zelf deden (invasief met behulp van een scherpe voorwerp of door een bewuste val van de trappen). Soms slikten vrouwen kinine. Er was vaak een gezondheidsrisico als gevolg van deze onhygiënische en gevaarlijke methoden. Het meest voorkomende resultaat van een onprofessionele abortus waren buikwandinfecties of zelfs de dood.

Tussen de jaren twintig en vijftig was de situatie in Nederland wat betreft abortussen bijna hetzelfde als rond het jaar 1911 wanneer abortus verboden werd.

⁶⁶ DE ABORTUSWET. Historiek.net [online]. [cit. 2014-03-24]. Beschikbaar van <http://historiek.net/abortus-in-nederland/4642/>

3.2.2 Abortus en de jaren zestig in Nederland

Een discussie over het thema van abortus vond in Nederland aan het einde van de jaren zestig plaats. Sommige ziekenhuizen hadden (zoals in Tsjechië) een abortuscommissie die op het gebied van de gezondheidstoestand en de gezondheidsrisico's konden besluiten bij welke vrouw de abortus uitgevoerd zou worden. In deze tijd verschenen in Nederland de eerste abortusklinieken, maar niemand werd gestraft of vervolgd omdat justitie de abortuswet al in voorbereiding had.

Voor Nederland betekende deze opening van illegale klinieken de komst van een groot aantal buitenlandse vrouwen die naar Nederland kwamen om hun zwangerschap te beëindigen. De eerste abortuskliniek werd geopend door Mildred Ruigershuis op 27 februari 1971 in Arnhem, lang voordat de abortuswet in werking trad (1984). Dankzij de opening van het zogenaamde “Mildredhuis” werd abortus onder bepaalde voorwaarden “toegestaan”, dat betekende dat niemand werd gestraft en er geen risico van strafvervolging was.

De artsen die in de kliniek werkten, waren tegen een verbod op abortus. Het Mildredhuis werd door de VARA (een progressieve radio- en televisie omroep opgericht op 1 november 1925) gefinancierd. Een vrouw die een legale abortus wilde uitvoeren moest naar het Verenigd Koninkrijk reizen. In het Verenigd Koninkrijk was de abortus sinds 1967 legaal, maar deze vrouwen hadden gewoonlijk geen reden om naar Engeland te reizen (dankzij de afwezigheid van strafvervolging). In 1971 onstond ook de organisatie Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind (VBOK), die nog steeds bestaat, maar nu onder een andere naam – Siriz (een professionele organisatie voor onbedoelde zwangerschap).

In de jaren zestig, zeventig en tachtig kwam het feminisme weer op dankzij de Tweede feministische golf. De Eerste feministische golf ontstond voor de strijd voor het vrouwenkiesrecht (Wilhelmina Ducker en Aletta Jacobs). De Tweede feministische golf behandelde eerder de seksuele en economische bevrijding van vrouwen. De eerste groep die voor de rechten van vrouwen wilde vechten was de feministische groep Dolle Mina

die legalisatie van abortus wilde. Hun motto was dan ook “baas in eigen buik” of “vrouw beslis”.

Een andere abortuskliniek was bijvoorbeeld Bloemenhove in Heemstede. De kliniek moest worden gesloten op 18 mei 1976 als gevolg van het geval van een Duitse vrouw, die een abortus onderging van wie de tweede zwangerschap op een natuurlijke wijze beëindigd werd als een gevolg van de gezondheidsproblemen veroorzaakt door de eerste abortus. De leden van de vrouwenbeweging begonnen te protesteren. De volgende dagen waren heel zwaar voor minister van justitie Dries van Agt, hij kreeg veel kritiek, niet alleen van de vrouwenbeweging. Dankzij de pressie werd de kliniek opnieuw geopend. De overheid besloot op basis van dit geval dat als abortus binnen 13 weken wordt uitgevoerd, niemand vervolgd zal worden.

3.2.3 De abortuswet

Het was duidelijk dat de officiële legalisatie van abortus zal niet lang duren. De Wet afbreking Zwangerschap (kortweg WAZ) begon geldig zijn op 1 november 1984. Het belangrijkste punt van de wet was dat de abortus kunnen alleen door een geneeskundige en alleen in ziekenhuizen of in speciale klinieken worden uitgevoerd. De nieuwe wet werd gepresenteerd als een hulp van vrouwen met ongewenste zwangerschap. Het wetvoorstel presenteerde in 1980 Job de Ruiter (CDA) en Leendert Ginjaar (VVD). De Nederlandse abortuswet zegt dat een arts een abortus aan vrouw kan uitvoeren die als een reden om “noodsituatie” te geven.

In het jaar 1985 werd een organisatie Schreeuw om Leven opgericht. De organisatie řeší etické otázky, například právě abortus en euthanasie zijn belangrijke speerpunten. Schreeuw om Leven wilde de abortus afschaffen. In het verleden demonstreerden ze heel vaak voor de deuren van abortusklinieken.⁶⁷

In 1999 wordt in Nederland de non-profit organisatie, „Women on Waves“ opgericht, die de rechten van vrouwen betreft een vrije keuze van abortus steunt. De organisatie

⁶⁷ GESCHIEDENIS VAN ABORTUS IN NEDERLAND. Historiek.net [online]. Beschikbaar van <http://historiek.net/abortus-in-nederland/4642/>, 23/03/2014

werd opgericht door de Nederlandse arts Rebecca Gomperts. Het doel van de organisatie is om de aandacht meer op de discussie over de wetten met betrekking tot abortus en voorkomen van onveilige abortus te richten. Bovendien levert de organisatie voorbehoedmiddelen, advies en seksuele voorlichting. Verder willen ze het uitvoeren van veilige abortussen en de liberalisering van abortuswetgeving ter wereld. Een van hun belangrijkste argumenten is dat 25 % van de wereldbevolking woont in landen met zeer restrictieve abortuswetgeving (Latijn Amerika, Afrika en Azië). In enkele landen zoals bijvoorbeeld Chili kan een vrouwen die een abortus had naar gevangenis gaan. De tegenstanders van dit organisatie vinden het risico van misbruik van de mogelijkheid om abortus voor buitenlandse vrouwen uit te voeren heel gevaarlijk. Ze vinden ook een probleem dat vrouwen aan medicamenteuze abortus te gemakkelijke toegang hebben (als het legaal is). “Women on Waves” argumenteren dat de beschikbare voorbehoedsmiddelen en goede seksuele voorlichting zijn de belangrijkste voorwaarden voor een laag abortuscijfer in de hele wereld.⁶⁸

„Women on Waves“ wordt zo genoemd omdat de diensten op een speciaal schip, dat een mobiele kliniek omvat, worden geleverd. Wanneer het schip zich in internationale wateren bevindt, gelden hier de wetten van het land waar het schip geregistreerd is (dus de Nederlandse wetten). Abortus is dus ook legaal voor de kust van de landen waar abortus nog steeds verboden is (bijvoorbeeld Ierland en Polen). In 2004 voer Women on Waves naar Portugal, maar de Portugese regering blokkeerde het schip met oorlogsschepen.⁶⁹

In 2012 deden de “Women on Waves” aan het eerste islamitische land – Marokko, waar abortus voorwaardelijk met twintig jaar in de gevangenis is. Net als in andere landen met grote aantallen de gelovigen inwoners (Spanje, Ierland en Portugal) veroorzaakte de aankomst van de boot veel emoties. “Women on Waves” argumenteerden hun aankomst naar Marokko door het aantal onveilige abortussen die in dit islamitische land uitgevoerd worden, ongeveer 600-800 onveilige abortussen per jaar. In Marokko is

⁶⁸ WOMEN ON WAVES. Aqua-antwerpen.be [online]. Beschikbaar van <http://www.aqua-antwerpen.be/project-Women-on-Waves.html>, 19/04/2014

⁶⁹ WOMEN ON WAVES. Womenonwaves.org [online]. Beschikbaar van <http://www.womenonwaves.org/en/page/649/10-years-of-women-on-waves-2009>, 07/02/2014

abortus de enige optie voor alleenstaande moeders, die anders door de maatschappij beschamen zouden zijn.

In de maatschappij veroorzaakt de organisatie veel discussies over de vraag of hun activiteit verdienstelijk is of dat hun activiteit alleen een provocatie en geen acceptatie van de wetten van andere staten. In Nederland hebben mensen volgende opinies: tegenstanders die zeggen dat de organisatie alleen een aandacht wilt of dat de activiteit van de organisatie alleen een voorbeeld van imperialisme is en voorstanders die zeggen dat abortus een recht voor ieder vrouw is (onafhankelijk van cultuur) en de organisatie alleen hulp aan vrouwen van andere landen verleent.⁷⁰

3.3 DE VERGELIJKING VAN ABORTUS IN NEDERLAND EN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK

In het voormalige Tsjechoslowakije werd de legalisatie van abortus in 1957 geïntroduceerd, in Nederland ongeveer zevenentwintig jaar later (1984), als we geen rekening houden met de situatie in Nederland rond 1971, toen abortus werd getolereerd door justitie, maar niet legaal was. De invoering van abortus als een legale medische procedure in Tsjechoslowakije kon betekenen dat ook in de tijd van een streng communistisch regime de overheid zich op de westerse landen richtte. De reden van de legalisatie van abortus was in 1957 heel anders dan in Nederland (de emancipatie van vrouwen die vrij over hun toekomst en lichaam konden beslissen).

De overheid legaliseerde abortus om de eenvoudige reden van bevolkingsregeling. Ook een paar jaar na de Tweede Wereldoorlog werd Tsjechoslowakije met een grote economische ineffectiviteit geconfronteerd. De economische planning van het land had grote problemen, zodat de regering wilde meer vrouwen wilde laten werken. Natuurlijk waren vrouwen buiten het werk ook moeders, maar het Tsjechoslowaakse gezinsmodel moest worden teruggebracht tot een gezin van vier leden. Het was het voormalige model van een familie – een moeder en vader, getrouwd en met twee kinderen, die de ouders volledige welvaart konden verzekeren. Een van de hulpmiddelen om abortus onder controle te krijgen, was de invoering van abortuscommissies. Abortuscommissies

⁷⁰ WOMEN ON WAVES. Nrc.nl, [online]. Beschikbaar van <http://www.nrc.nl/nieuws/2012/10/05/de-abortusboot-een-nobel-initiatief-of-imperialisme-van-het-foutste-soort/>, 19/04/2014

werden gepresenteerd als een consultatiebureau voor vrouwen die zich in een lastige situatie bevonden – een ongewenste zwangerschap. Kort na de introductie van abortuscommissies was de aanzienlijke politieke invloed duidelijk en de functie van advisering verdween. De overheid van Tsjechoslowakije wilde dat vrouwen anticonceptie gingen gebruiken om het aantal abortussen te verminderen, maar in die tijd was anticonceptie niet beschikbaar voor Tsjechoslowaakse vrouwen en de overheid verbood de import van voorbehoedsmiddelen uit het buitenland. Het probleem werd dus niet opgelost.

De wet op legale abortus leek een manier van emancipatie voor Tsjechoslowaakse vrouwen, maar de waarheid was heel anders. Vrouwen werden heel lang ondergevraagd bij de abortuscommissies en regels voor de toelating tot de procedure werd strenger.

Het besluit van de abortuscommissie was afhankelijk van de actuele situatie van het land uit economisch oogpunt. De abortuswet had aan het begin van de invoering een heel andere intentie, maar de legalisatie van abortus is geldig tot op vandaag. Na de val van het communistische regime werden de abortuscommissies afgeschaft, maar toch duurde het een tijd voor vrouwen met een ongewenste zwangerschap met respect werd behandeld. Vrouwen hebben nooit veel steun gehad in de feministische beweging die vochten voor vrouwenrechten. Voor 1989 waren er bijna geen feministische groepen die actief waren. Dit werd door het communistische regime onmogelijk gemaakt

De voortdurende strijd wordt tot op vandaag gezien in de regering in Tsjechië, zelfs in 2003 wilden de christen-democraten (KDU-CSL) legale abortus afschaffen. De toetreding tot de Europese Unie was gunstig voor abortus, omdat de regering toenadering tot Europese landen wilde in deze ethische kwesties. Vandaag de dag wordt abortus niet meer als een controversieel thema gezien in de media en het grote publiek accepteert abortus als een verworvenheid van een ontwikkeld Europees land.

Aan de andere kant was in Nederland de loop van de geschiedenis van abortus totaal anders dan in de Tsjechische Republiek. De abortuswet werd er onder zeer verschillende omstandigheden en om heel verschillende redenen (de emancipatie van vrouwen) besproken. Een goed voorbeeld van de Nederlandse tolerantie was het jaar

1971 toen de eerste (illegale) abortusklinieken geopend werden. De Nederlandse overheid tolereerde deze klinieken met een volledig begrip voor vrouwen in een moeilijke situatie en op basis hiervan werd de wet op legale abortus voorbereiden.

Hoewel de voorbereiding van de wet bijna tien jaar duurde, had niemand een groot probleem met abortus met uitzondering van enkele activistische groepen, vooral van religieuze overtuigingen. De argumenten van tegenstanders van abortus uit christelijke redenen waren meestal het recht om leven en dat abortus een ingreep tegen god's will. Christenen beschouwen een conceptie van kind als een onomkeerbaar wonderteken van god (dat betekent dat een mens moet niet zwangerschap opzettelijk afbreken). Christenen strijden voor afsluiting van de legalisatie van abortus niet alleen in Nederland, maar door de hele wereld.

In sommige bronnen of artikelen wordt gepraat over de legalisering van abortus sinds 1971, waaruit duidelijk wordt, hoe groot de tolerantie ten opzichte van illegale abortus in die tijd was. Ook in Nederland werden abortuscommissies ingevoerd, maar ze hadden geen politieke invloed en bestonden voornamelijk uit deskundigen op het gebied van de geneeskunde of gynaecologie. Hun functie was heel eenvoudig – de gezondheidsrisico's overwegen van vrouwen die abortus wilden ondergaan. Vanaf het begin van de legalisatie van abortus werd het in Nederland beschouwd als hulp aan vrouwen die ongewenst zwanger werden.

Het grote verschil tussen de Nederlandse en Tsjechoslowaakse invoering van abortus was de feministische invloed op deze kwestie. In Tsjechoslowakije was er geen feministische invloed die de werkgevers dwong om abortus toe te laten als een duidelijk bewijs van de emancipatie van vrouwen (recht op hun lichaam en toekomst). In Nederland was de situatie heel anders. Vrouwen uit verschillende feministische bewegingen waren actief in de politiek en in diverse demonstraties. De emancipatie van vrouwen in Nederland heeft een lange geschiedenis, al in de Eerste feministische golf streden de vertegenwoordigers (vooral Wilhelmina Drucker en Alleta Jacobs – de eerste vrouw van Nederland die als arts kon werken) voor vrouwenkiesrecht. Nog steeds worden deze vrouwen in Nederland beschouwd als een model van succesvolle vrouwen. Een bewijs van acties van Nederlandse vrouwen wat abortus betreft is de

organisatie “Women on Waves”, die niet onverschillig staan tegenover het lot van buitenlandse vrouwen in landen waar abortus verboden is.

In beide landen is abortus een procedure die de patiënt zelf moet betalen. Ter vergelijking: in Nederland kost abortus tussen 380 – 940 euro. Dit grote financiële verschil is afhankelijk van het type narcose of hoe ver de zwangerschap gevorderd is. In de Tsjechische Republiek bedragen de kosten 110 euro en meer, maar er moet altijd rekening gehouden worden met het prijsniveau van het land.⁷¹

In de Tsjechische Republiek en in Nederland is het aantal abortussen per jaar gedaald, zie de volgende tabel:

De tabel nr. 5: Aantal abortussen in Nederland en in de Tsjechische Republiek

Jaar	De Tsjechische Republiek		Nederland	
	aantal in % (van de totale bevolking)	aantal in totaal	aantal in % (van de totale bevolking)	aantal in totaal
1975	0,53	55 530	0,6	99 500
1980	0,65	68 942	0,35	58 000
1985	0,79	83 076	0,26	37 972
1990	1,02	107 146	0,18	30 242
1995	0,46	48 198	0,17	28 685
2000	0,31	32 545	0,2	33 335
2005	0,26	27 778	0,2	32 982

⁷¹ KOSTEN VAN ABORTUS IN NEDERLAND. Seksenzo.info [online]. Beschikbaar van <http://www.seksenzo.info/informatie/lijf/wat-kost-een-abortus>, 07/02/2014

2008	0,2	20 422	0,2	32 983
2010	0,26	27 344	0,19	30 984
2012	0,23	24 644	0,18	30 577

bron:^{72,73}

In de tabel is te zien dat in sommige jaren het aantal abortussen in Nederland en in de Tsjechische Republiek verschilt. Abortus was eerder legaal in de Tsjechische Republiek dan in Nederland (het verschil was 27 jaar), en in 1980 werden in Nederland de helft minder abortussen dan in de Tsjechische Republiek uitgevoerd. De reden was het communistische regime in de Tsjechische Republiek, die de invoering (en de import) van voorbehoedsmiddelen niet ondersteunde. Vrouwen in de Tsjechische Republiek hadden zeer beperkte mogelijkheden voor voorbehoedsmiddelen (of ze waren te duur, dus niet betaalbaar), en dit had invloed op het aantal abortussen in de jaren 1980 – 1990 in Tsjechië. Vrouwen in Nederland hadden betere toegang tot voorbehoedsmiddelen, wat we in de tabel kunnen zien. Het aantal abortussen was ongeveer gelijk in Nederland en Tsjechië rond vanaf het jaar 2000. Tussen 2000 – 2012 kunnen we spreken over bijna hetzelfde aantal abortussen (van de hele bevolking) in de Tsjechische Republiek en Nederland. De reden is goede beschikbaarheid van voorbehoedsmiddelen in beide landen.

⁷² AANTAL ABORTUSSEN IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK. Uzis.cz [online]. Beschikbaar van <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/potrady>, 06/02/2014

⁷³ AANTAL ABORTUSSEN IN NEDERLAND. Johnstonsarchive.net [online]. Beschikbaar van <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-netherlands.html>, 06/02/2014

Voor een betere vergelijking van wat er gebeurde in de afzonderlijke tijdstippen over de kwestie van abortus in beide landen zie de volgende tabel:

Tabel nr. 6: Gebeurtenissen met betrekking tot abortus in de beide landen in verschillende tijdstippen

periode	de Tsjechische Republiek	Nederland
1957 - 1971	<ul style="list-style-type: none"> - Overheid wilde de populatie verminderd zonder import van anticonceptie. - Vrouwen moesten meer werken om de economische effectiviteit van het land te verbeteren. - Abortus werd gelegaliseerd in 1957, helemaal onder de invloed van het communistische regime (politieke invloed). 	<ul style="list-style-type: none"> - Er was geen grote discussie over abortussen. - Illegale abortussen werden uitgevoerd in een groot aantal – dat was de enige oplossing voor vrouwen in zware levenssituaties.
1971 - 1986	<ul style="list-style-type: none"> - Critici van abortussen begonnen over de gezondheidsrisico's van abortussen te praten. - Overheid is bang voor de dreiging van de ontwikkeling van de bevolking omdat de economische situaties is beter. - Anticonceptie is hier niet beschikbaar. - Abortuscommissies worden gekritiseerd omdat meer vrouwen wilde liever de illegale versie van abortus hebben. - Abortuscommissies zijn afgeschaft in 1986. 	<ul style="list-style-type: none"> - De eerste abortuskliniek in Arnhem werd geopend maar abortussen blijven nog steeds illegaal. - Artsen werkende in abortusklinieken presenteren een soort van protest van het verbod van abortussen. - Justitie is heel tolerant. - De Tweede feministische golf – vrouwen strijden voor hun rechten. - Abortus wordt gelegaliseerd in 1984.

<p>1987 - vandaag</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Eerste feministische beweging is Gender Studies o. p. s. die een betere positie van vrouwen willen hebben, voornamelijk in de politieke sfeer. - Gender Studies o. p. s. vindt dat een mogelijke oplossing voor vermindering van abortussen kunnen betere seksuele voorlichting (anticonceptie) en ondersteuning van gelijkheid tussen mannen en vrouwen verbeteren. - Christen – democraten zijn tegen de abortussen, ze heeft enkele pogingen om abortussen af te schaffen. - Overheid begint om vrouwen anticonceptie meer te gebruiken te ondersteunen. - Toetreding naar Europese Unie helpt in de belichting van de wetgeving van abortus, overheid wilde de hetzelfde regels voor abortus hebben zoals is het in Europese Unie. - De bereiking van het laagste aantal abortussen in de geschiedenis van het land (alleen 0,23 % van de hele bevolking, 24 644 uitgevoerde abortussen in het jaar 2012). 	<ul style="list-style-type: none"> - Geen discussie over afschaffing van abortussen. - In 1999 ondersteunt de organisatie „Women on Waves“ vrouwen uit andere landen om voor hun rechten te strijden (ondersteuning van de legalisatie van abortus in andere landen). - Feministische bewegingen en groepen ondersteunen actief de rechten voor vrouwen. - Een groot nadruk op het feit dat vrouwen zelfs over hun lichamen kunnen beslissen. - De belangrijke is de gelijkheid tussen mannen en vrouwen. - De bereiking van het laagste aantal abortussen in de geschiedenis van het land (alleen 0,18 % van de hele bevolking, 30 577 uitgevoerde abortussen in het jaar 2012).
-------------------------------	--	---

4 EUTHANASIE IN NEDERLAND EN IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK

4.1 EUTHANASIE IN NEDERLAND

In het jaar 1969 schreef de Nederlandse arts Jan Hendrik van den Berg een boek getiteld *Medische macht en medische ethiek*, waarin hij stelde dat artsen de technische vooruitgang moeten accepteren. Hij wilde stervende patiënten die in een vegetatieve toestand verkeren helpen door een vroegtijdige dood.

In 1973 was in Leeuwarden de eerste rechtzaak over actieve euthanasie door een arts. In oktober 1971 diende een arts een dodelijke dosis morfine toe aan haar moeder met de bedoeling haar te doden (de moeder leefde in een bejaardentehuis), die een paar minuten later overleed. De patiënt vroeg herhaaldelijk om haar lijden te beëindigen. De arts werd alleen veroordeeld tot een voorwaardelijke straf van één week. Sindsdien werd euthanasie in Nederland door artsen uitgevoerd. Sommige gevallen kwamen voor de rechtbank, maar ze werden erg licht bestraft.

In 1982 stelde de Staatscommissie Euthanasie de voorwaarden en omstandigheden vast waaronder het mogelijk is om euthanasie uit te voeren. Het onderwerp van euthanasie werd voor het eerst in augustus 1984 gepubliceerd. Artsen moesten euthanasie als doodsoorzaak van de dood publiceren (voor die tijd was dat niet zo, en dus was het aantal bekende levens beëindigd door euthanasie niet volledig).

In Rotterdam werden de criteria van euthanasie in 1982 door de Staatscommissie Euthanasie beschreven:

„De arts is ervan overtuigd dat de vraag van de patiënt om euthanasie vrijwillig en weloverwogen was. Er is sprake van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. De arts heeft de patiënt geïnformeerd over zijn situatie en zijn vooruitzichten. De arts is met de patiënt tot de conclusie gekomen dat er voor de patiënt geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft ten minste 1 andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien. Deze arts heeft schriftelijk zijn oordeel gegeven over de situatie,

op basis van de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig uitgevoerd.“⁷⁴

Een ander geval van euthanasie in Nederland gebeurde op 16 juni 1982. De arts Schoonheim voerde euthanasie op een 95-jarige patiënt uit. De patiënt had een gebroken dijbeen en ze weigerde een operatie. Ze wist dat ze niet meer in staat zou zijn om te lopen of te zitten. Het gezichtsvermogen en gehoor begonnen te verslechteren, maar ze was in mentaal opzicht gezond. Ze vroeg de arts herhaaldelijk om euthanasie uit te voeren. De dag waarop de vrouw overleed informeerde de arts de politie dat hij euthanasie op de vrouw had uitgevoerd.

In 1983 besloot het hof dat de arts niet schuldig was. De rechtbank hield rekening met de situatie van „ondraaglijk lijden“. Het was de allereerste zaak in de geschiedenis van Nederland, waar euthanasie, door de arts uitgevoerd, niet werd bestraft. In 1984 werden de voorwaarden van euthanasie (door De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) gepubliceerd. De voorwaarden waren bijna identiek aan de Rotterdamse criteria.

In 1988 werd geschat dat in Nederland ten gevolge van euthanasie elk jaar ongeveer 6 000 mensen sterven, volgens de critici van euthanasie is de schatting overdreven.

In Nederland onstaat in 1991 de zogenaamde Commissie Remelink. Deze commissie bestaat uit drie artsen en drie advocaten die alle sterfgevallen in kaart moeten brengen (sterfgevallen in Nederland tijdens het jaar 1990). De voorzitter van deze commissie is de advocaat Jan Remmelink. In Nederland stierven in 1990 in totaal 128 786 personen (zie onderstaande tabel).

⁷⁴ DE CRITERIA VAN EUTHANASIE. Rijksoverheid.nl [online]. [cit. 2014-02-12]. Beschikbaar van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/euthanasie>

Tabel nr. 7: Aantal sterfgevallen van vroegtijdige dood in het jaar 1990

Soort van dood	Totale aantal	Aantal in %
Euthanasie	2 300	1,8
Hulp bij zelfdoding	400	0,3
Levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt	1 000	0,8

**aantallen gaan van het totale aantal sterfgevallen in Nederland in het jaar 1990 (128 786)*

bron: ⁷⁵

De eerste twee cijfers zijn niet zo verwonderlijk, maar het derde cijfer (1 000 sterfgevallen door voortijdige beëindiging van het leven zonder verzoek van de patiënt) was een vaak gehoord argument van tegenstanders van euthanasie. Van deze 1 000 gevallen waren 140 patiënten mentaal in staat om om euthanasie te kunnen vragen, maar dat gebeurde niet.

Een ander controversieel geval van euthanasie vond in 1993 plaats. Het ging om de psychiater Boudewijn Chabot, die zijn 50-jarige patiënt hielp te sterven. De patiënt leed aan een ernstige depressie, maar verder was ze gezond. De psychiater raadpleegde het niet met een andere arts, en dat is volgens de wet verplicht. Hij werd beschuldigd van moord, maar later werd hij vrijgesproken op basis van het feit dat hij alleen de patiënt wilde helpen.

Een ander betwistbaar geval van euthanasie vond plaats in 1998, toen de arts Philip Sutorius zijn patiënt, een 86-jarige man en voormalig senator Edward Brongersma, een dodelijke dosis medicatie gaf die door de patiënt zelf werd ingenomen, dus het was een kwestie van hulp bij zelfdoding. Het probleem was dat de patiënt geestelijk en lichamelijk gezond was en hij gaf redenen als hoge leeftijd en vermoeidheid van het leven om zijn leven te beëindigen. Deze redenen worden niet als „ondraaglijk lijden“

⁷⁵ VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, s. 242. ISBN 9788073677800

van een patiënt beschouwd (één van de belangrijkste voorwaarden voor de uitvoering van euthanasie). De arts Sutorius was in dit geval verplicht om andere oplossingen voor herstel van de patiënt te vinden. Het hof bevestigde dat hij schuldig was, maar besloot dat hij niet gestraft zou worden vanwege het empathische gedrag. Een interessant feit in dit geval was dat Edward Brongersma auteur is van enkele boeken en publicaties waarin hij het recht op pedofilie bepleitte.

De zaak leidde tot een uitgebreide discussie in Nederland of euthanasie vanwege existentieel lijden kan worden toegepast.⁷⁶

In 1999 was in een wetsvoorstel ook de mogelijkheid om een arts euthanasie bij kinderen vanaf 12 jaar te laten uitvoeren. Een arts zou ook euthanasie kunnen uitvoeren in het geval dat de ouders van het kind tegen euthanasie zijn. Het wetsvoorstel werd niet goedgekeurd omdat er te veel tegenstanders waren. In de definitieve wet van 1999 konden kinderen van 12 tot 15 jaar om euthanasie vragen, maar alleen met toestemming van hun ouders. Patiënten van 16 en 17 jaar oud kunnen om euthanasie vragen, maar in alle gevallen moeten de ouders aanwezig zijn.

De redenen waarom patiënten euthanasie wilden rond het jaar 1999 waren bijvoorbeeld het gevoel van eenzaamheid, het gevoel van verlies van waardigheid, het gevoel dat de patiënt een belasting voor anderen is, het gevoel van verlies van betekenis van het leven, angst voor pijn of angst om te sterven. Rond het jaar 2003 veranderden de redenen, mensen wilden de mogelijkheid van euthanasie om redenen zoals een gevoel van hopeloosheid, depressie, sociaal isolement of verdriet.⁷⁷

In Nederland werden twee onderzoeken gedaan naar het aantal gevallen van euthanasie in 1995 en 2000. Uit onderzoeken blijkt dat mensen meer klassieke actieve euthanasie kozen dan hulp bij zelfdoding.

⁷⁶ VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, s. 239-242. ISBN 9788073677800

⁷⁷ MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, a. s., 2005, s. 36. ISBN 80247110250

Tabel nr. 8: Aantal gevallen van euthanasie in Nederland in 1995 en 2000

Resultaten van twee onderzoeken in %	1995		2000	
	1 ^e onderzoek	2 ^e onderzoek	1 ^e onderzoek	2 ^e onderzoek
Euthanasie	2,3	2,4	2,2	2,6
Hulp bij zelfdoding	0,4	0,2	0,1	0,2
Levensbeëindiging zonder verzoek van patiënt	0,7	0,7	0,6	0,7

bron:⁷⁸

Euthanasie is legaal in Nederland sinds 1 april 2002 (als de eerste staat in de wereld). Voor die tijd was het officieel illegaal, maar werd de euthanasie als overmacht (vis major) beschouwd (dus als een specifieke juridische begrip).

Euthanasie is legaal in Nederland sinds 1 april 2002 (als het eerste land in de wereld). Voor die tijd was het officieel illegaal, maar werd de euthanasie als overmacht (vis major) beschouwd (dus als een specifiek juridisch begrip).

Een van de belangrijkste punten van de nieuwe wet is het feit dat op incompetent (bijvoorbeeld niet geestelijk gezonde) patiënten euthanasie kan worden gepleegd als ze eerder een verzoek achterlieten waarin ze om euthanasie vroegen. Een ander punt van de wet, waren de voorwaarden voor verschillende leeftijden. Op patiënten, die tussen 16-18 jaar zijn, mag euthanasie worden uitgevoerd, ook als de ouders tegen zijn. Als de patiënt 12 tot 16 jaar is, is de toestemming van de ouders verplicht. Wat artsen betreft, moeten ze ervan overtuigd zijn dat het lijden van de patiënt duurzaam en ondraaglijk is. Een ander punt was dat alle gevallen na de dood van de patiënt moeten worden onderzocht. Voor artsen bracht de nieuwe wet geen grote veranderingen met zich mee.

⁷⁸ MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, a. s., 2005, s. 36. ISBN 80247110250

Verder moet de patiënt vrijwillig en herhaaldelijk om euthanasie vragen en de arts moet de wens van de patiënt respecteren, maar alleen in de gevallen dat de arts ervan overtuigd is dat de patiënt geen kans op herstel heeft en dat hij ondraaglijke pijn heeft. Zonder deze voorwaarden moet de arts een mogelijkheid voor herstel voorstellen.⁷⁹

4.2 EUTHANASIE IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK

In de Tsjechische Republiek wordt de legalisatie van euthanasie de afgelopen jaren besproken, maar zoals in de laatste jaren, zal ook dit jaar (2014) niet over de wet worden onderhandeld door de overheid. Uit onderzoeken blijkt dat ongeveer 66 % van de Tsjechische bevolking voor euthanasie is. De meest voorkomende redenen van de respondenten waren om het lijden van de patiënt niet te verlengen en een waardige dood. Toch wordt euthanasie door de maatschappij in de Tsjechische Republiek beschouwd als moord.

Ondanks deze feiten kunnen de Tsjechische artsen de intensieve zorg bij terminaal zieke patiënten beëindigen, maar door de Tsjechische wetgeving wordt dit niet als euthanasie beschouwd. De mogelijkheid om het lijden van een patiënt te beëindigen wordt in een vier pagina's groot document beschreven. De aanbevelingen voor artsen worden gebaseerd op het feit dat de arts geen plicht heeft om een uitzichtloze behandeling van een patiënt te beginnen of te continueren.

Een arts moet altijd rekening houden met de eerdere wensen van zijn patiënt. Niettemin wordt in het document benadrukt dat het geen euthanasie is. De veronderstelling is dat de onderbreking van de behandeling mogelijk is in gevallen van patiënten met ongeneeslijke ziekten, maar ook wanneer de patiënt in vegetatieve toestand is. De Tsjechische artsenorganisatie benadrukt dat de aanbevelingen van artsen om de behandeling niet te continueren is niet de hetzelfde zoals euthanasie. In Tsjechië waren er al verschillende pogingen om euthanasie te legaliseren. De Tsjechische wetgevers twijfelen, vooral op het gebied van verkrachting. Sinds 2013 is het in de Tsjechische Republiek een onderbreking van de behandeling mogelijk is in het geval van

⁷⁹ VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, s. 243-244. ISBN 9788073677800

ongeneeslijk zieke patiënten, maar ook wanneer de patiënt in vegetatieve toestand is. De Tsjechische artsorganisatie benadrukt dat de aanbevelingen van artsen om de behandeling niet te continueren niet hetzelfde is als euthanasie. In Tsjechië waren er al verschillende pogingen om euthanasie te legaliseren. De Tsjechische wetgevers twijfelen, vooral op het gebied van verkrachting. Sinds 2013 is het in de Tsjechische Republiek mogelijk om een zogenaamde living will te ondertekenen, die in de eerste plaats door ernstige zieke patiënten worden gebruikt. Meestal staan in de living will de voorwaarden waaronder de patiënt niet langer wil leven.

Argumenten tegen euthanasie in Tsjechië hebben verschillende redenen, zo wordt het gebrek aan moraliteit bekritiseerd. Een andere belangrijke reden is dat niemand het recht heeft om het leven van iemand anders te beëindigen.

In Tsjechië is euthanasie heel veel bediscussieerd. In termen van ethiek wordt euthanasie door deskundigen sterk bekritiseerd. Tsjechische artsen verklaren dat euthanasie geen deel van de functieomschrijving van een arts is. Ze zeggen dat ze aan mensen tijd, empathie en deskundigheid geven, maar dat ze niet doden. Een mogelijke oplossing is volgens de artsen een hoogwaardige en betaalbare palliatieve zorg. Andere artsen vinden dat euthanasie de medicijn kan dehumaniseren. De Tsjechische maatschappij bekritiseert euthanasie uit het ethische oogpunt vooral omdat door de legalisatie van euthanasie het leven een handelsartikel wordt (dus dat een mens zijn leven als eigendom kan behandelen). Verder vinden deskundigen dat de wens van een voortijdige dood van een patiënt door een tijdelijke depressie veroorzaakt kan worden (bijvoorbeeld gevoel van hulpeloosheid). Een filosofisch-ethisch argument tegen euthanasie is ook de vraag of de waarde om te beslissen belangrijker is dan de waarde van het leven.⁸⁰

Aan de andere kant wijzen sommige deskundigen op het gebrek aan plaatsen in instellingen voor de terminaal zieken en zijn ze ervan overtuigd dat de legalisatie van euthanasie deze situatie zou verbeteren. De financiering van deze instellingen is moeilijk, hoewel de ziektekostenverzekeringen hun best doen, bijvoorbeeld door de

⁸⁰ EUTHANASIE IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK. Tribune.cz. [online]. Beschikbaar van <http://www.tribune.cz/clanek/29075-pro-eutanazii-neni-misto>, 19/04/2014

uitbreiding van bedden in medische instellingen voor chronische zieke patiënten of de ondersteuning van thuiszorg.⁸¹

⁸¹ EUTHANASIE IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK. Mese.cz [online]. Beschikbaar van <http://www.mese.cz/clanky/eutanazie-smrt-v-primem-prenosu/?do=articleText-pollInText3855-viewResult>, 03/03/2014

4.3 DE VERGELIJKING VAN EUTHANASIE IN NEDERLAND EN IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK

Euthanasie is in de media en de politiek van de Tsjechische Republiek enkele keren besproken maar niet in grote debatten. In Tsjechië is er niemand die het initiatief neemt over en direct vecht voor de legalisatie. Zoals blijkt uit een onderzoek vindt 66 % van de bevolking euthanasie een goed idee, de redenen voor de legalisatie van de bevolking zijn bijvoorbeeld waardige dood of lijden van patiënt niet te verlengen. De Tsjechische Republiek was nooit een voortrekker van controversiële wetten zoals in Nederland (bijvoorbeeld geregistreerd partnerschap of adoptie voor homoseksuele koppels). Het is verwarrend dat de Tsjechische artsen intensieve zorg van patiënten in een terminal stadium van ongeneeslijke ziekte kunnen afbreken, maar dat wordt niet met euthanasie geassocieerd. Niemand spreekt over deze procedure als over euthanasie. In de functiebeschrijving van een Tsjechische arts staat dat de arts een uitzichtloze behandeling van de patiënt niet zou continueren, dit betekent in de praktijk dat de arts de palliatieve zorg van de patiënt eindigt.

De wetgevers zijn in de Tsjechische Republiek bang voor misbruik van de wet, het zogenaamde hellend vlak argument (zie hoofdstuk 2). In de landen waar euthanasie legaal is, is het hellend vlak argument niet zo'n groot probleem zoals het was toen euthanasie illegaal was. Dat betekent dat euthanasie meer misbruikt wordt in de landen waar euthanasie niet legaal is. De meest voorkomende reden waarom mensen in de Tsjechische Republiek tegen de legalisatie van euthanasie zijn, is dat euthanasie een gebrek aan moraliteit is. Ze denken ook dat de legalisatie van euthanasie medicijnen kan dehumaniseren. Mensen, die voor de legalisatie van euthanasie zijn beweren aan de andere kant dat legalisatie van euthanasie een tekort aan plaatsen in instellingen voor langdurig zieken kan oplossen of de financiële situatie van de Tsjechische gezondheidszorg verbeteren (omdat palliatieve zorg te duur is).

Nederland is een tolerant land, vooral wat justitie betreft, dat is zichtbaar in de geschiedenis van euthanasie in Nederland. Nederland was het eerste land waar euthanasie gelegaliseerd werd als een legale medische procedure (april 2002). Tijdens

de twaalf jaar van legalisatie van euthanasie vindt de bevolking de legalisatie van euthanasie nog steeds een positieve beslissing.

Wat euthanasie betreft was Nederland heel liberaal en progressief. Terwijl in andere landen het thema van euthanasie nog niet in de maatschappij of in het parlement besproken was, was de euthanasie in Nederland als thema al bekend door Jan Hendrik van den Berg (1969). Van den Berg wilde euthanasie als een nieuwe optie voor stervende patiënten. Er gebeurden sommige gevallen van illegale euthanasie, maar het was een verrassing dat de daders geen zware gevangenisstraffen kregen.

De eerste gevallen van illegale euthanasie, die in de rechtbank werden behandeld (1971 – de arts gaf aan haar moeder een dodelijke dosis morfine, de moeder vroeg haar hierom), werden bestraft met een waarschuwing of voorwaardelijke straffen (van bijvoorbeeld een week).

De Nederlandse justitie begon te denken of het een goed idee zou zijn om een nieuwe wet van legalisatie van euthanasie in te voeren. In de media bleken gevallen te zijn waarin artsen euthanasie uitvoerden, maar het werd als empathisch gedrag beschouwd. In de gevallen waarin de patiënten ondraaglijke pijnen hadden, werden de artsen niet naar de gevangenis gestuurd. Ondanks verschillende pogingen van het parlement om de wet van de legalisatie van euthanasie door te drijven, duurde het een paar jaar voordat euthanasie officieel werd gelegaliseerd als een erkende medische procedure.

4.4 DE ONTWIKKELING VAN EUTHANASIE IN DE WERELD

In Europa is euthanasie alleen legaal in Nederland (als eerste land in de wereld), in België, Luxemburg en Zwitserland. Buiten Europa is euthanasie legaal in geen enkel landen.

4.4.1 Euthanasie in Australië

Tussen de jaren 1995-1997 werd in het noordelijke deel van Australië een experiment gedaan waar euthanasie legaal was. De hoofdstad van dit gebied, Darwin, werd onmiddellijk uitgeroepen tot „hoofdstad van de dood“ en mensen protesteerden tegen de

euthanasie. De wet werd vervolgens na tien maanden geannuleerd. In augustus 2009 was er een geval in Australië, dat wat de legalisering van euthanasie betreft een mogelijke doorbraak was. De Australische Hoge Raad stond een 49-jarige man toe te sterven. De zwaar gehandicapte Christian Rossiter was in het jaar 2004 een enthousiaste sporter. Tijdens een fietstocht werd hij echter door een passerende auto aangereden. Zijn armen en benen waren verlamd en hij werd volledig afhankelijk van medische hulp. Hij besloot dat hij liever van honger zou sterven. Hij vertelde zijn bedoeling aan het personeel in de zorginstelling Brightwater Care Group. Zijn verzorgers hebben een besluit van de Hoge Raad gevraagd, omdat hulp bij zelfdoding ook een misdaad is in Australië. De Hoge Raad besloot op 14 augustus 2009 dat Christian Rossiter mocht sterven, meer precies, dat artsen de sondevoeding mochten afbreken. Zelfs de dag ervoor dacht Rossiter nog over het aanbod van de Zwitserse kliniek Dignitas, die euthanasie uitvoert. Een maand later stierf Rossiter aan een ontsteking in de borst. Zijn proces werd op dat moment beschouwd als een grote bijdrage in de houding ten opzichte van euthanasie in Australië. Toch hielp dit geval Australië niet om euthanasie te legaliseren, en ook vijf jaar later is euthanasie in Australië nog steeds illegaal.⁸²

4.4.2 Euthanasie in de Verenigde Staten

Wat het Amerikaanse continent betreft, is euthanasie in geen enkel land legaal. In sommige staten daarentegen is hulp bij zelfdoding legaal, namelijk in Oregon (sinds 1998), Washington (sinds 2008), Montana (2009) en Vermont (2013).⁸³

Hulp bij zelfdoding heeft in Oregon strenge regels. De aanvrager van de beëindiging van het leven moet in aanvulling op de basiscriteria (zoals meerderjarigheid, ongeneeslijk ziek, een schriftelijk verzoek om hulp bij zelfdoding) ook geestelijk gezond zijn (als er een verdenking van een psychiatrische ziekte is moet de patiënt eerst

⁸² EUTHANASIE IN AUSTRALIË. Zpravy.idnes.cz [online]. Beschikbaar van http://zpravy.idnes.cz/australie-prestala-odmitat-eutanazii-ochrnutemu-povolila-zemrit-1cu-zahranicni.aspx?c=A090814_145303_zahranicni_btw_04/03/2014

⁸³ VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, s. 238. ISBN 9788073677800

een psychiatrische behandeling ondergaan) en moet de arts de patiënt vragen om ten minste een van zijn nabestaanden te informeren. Volgens de statistieken overleden in Oregon tussen 1998-2007 in totaal 341 patiënten door middel van hulp bij zelfdoding. Ongeveer 82 % van de patiënten leed aan kanker en 86 % was in het ziekenhuis voor langdurige zorg. In januari 2011 was het aantal mensen dat van hulp bij zelfdoding gebruik heeft gemaakt in Oregon in totaal 525 patiënten.⁸⁴

4.4.3 Euthanasie in Zwitserland – zelfmoorde toerisme

Ook in Zwitserland is hulp bij zelfdoding legaal (in beperkte mate sinds 1942), mensen reizen vaak naar Zwitserland om de reden dat euthanasie voor buitenlanders daar mogelijk is, het zogenaamde zelfmoord toerisme. Een reden waarom buitenlanders voor Zwitserland kiezen als land waar ze hun leven willen eindigen, zijn de unieke regels voor de uitvoering van euthanasie. Ten eerste is het niet verplicht om de Zwitserse nationaliteit te hebben, de tweede reden is dat de patiënt zich niet in de terminale fase van een ongeneeslijke ziekte hoeft te bevinden. Wat misschien nog meer bijzonder is, is het feit dat het hele proces van euthanasie in Zwitserland wordt uitgevoerd buiten de medische professie. Hoewel de hulp bij zelfdoding door artsen uitgevoerd wordt, voert de arts de euthanasie niet uit als een arts, maar als een burger, in het bijzonder in zijn vrije tijd (op deze manier wordt de wet beschreven). Daarnaast wordt de hulp bij zelfdoding beheerd door non-profit organisaties, niet door medische organisaties.⁸⁵

Toch wordt de Dignitas wereldwijd bekritiseerd. Meestal hebben mensen problemen met de hoge kosten voor de hulp bij zelfdoding (ongeveer 60 000 CZK) en met het feit dat de hulp bij zelfdoding in mensonwaardige omstandigheden uitgevoerd wordt (bijvoorbeeld bij gebrek aan ruimte). In 2009 heeft de Zwitserse vereniging voor vrijwillige dood Exit⁸⁶ in samenwerking met wetgevers een overeenkomst gesloten dat de regels voor euthanasie strenger moeten worden. Hulp bij zelfdoding was alleen

⁸⁴ VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, s. 244-245. ISBN 9788073677800

⁸⁵ VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, s. 245-246. ISBN 9788073677800

⁸⁶ Exit is een Zwitserlandse organisatie die de diensten van hulp bij zelfdoding biedt.

mogelijk in gevallen waarbij de patiënt als gevolg van gezondheidsproblemen lijdt en artsen niets voor hem kunnen doen, maar niet in gevallen wanneer patiënt psychische problemen of depressies heeft. Er zijn speculaties dat Dignitas hulp bij zelfdoding ook uitvoerde bij depressieve patiënten. Een bewijs is een Tsjechische redacteur van het dagblad Mlada Fronta Dnes, Jakub Pokorny, die aan Dignitas een verzoek schreef om zijn leven te beëindigen. Hij beschreef zichzelf als een zeer depressieve man en bijna onmiddellijk kwam een positief antwoord samen met een postwissel. De groep Exit probeerde in 2009 te verbieden om winst te maken op het doden van mensen. Exit stelde de financiële grens op 500 Zwitserse frank. Ook komt er in de wet een leeftijdsgrens van 25 jaar voor de hulp bij zelfdoding. Dignitas, die naast Exit wordt beschouwd als de machtigste groep wat betreft euthanasie in Zwitserland, was tegen de nieuwe regels en vond het te beperkend. Uit een studie uit 2008 blijkt dat het aantal mensen, die geïnteresseerd zijn in hulp bij zelfdoding, stijgt. Meer en meer patiënten met geestelijke of psychische problemen. In mei 2011 was er een referendum in Zwitserland over euthanasie. Allereerst waren er twee belangrijke kwesties: de afschaffing van de hulp bij zelfdoding als een soort van euthanasie in Zwitserland, of het verbod van de hulp bij zelfdoding voor buitenlanders. Tegen de beide wijzigingen was 78,4 % van de bevolking. Dankzij Dignitas stierven bij de hulp bij zelfdoding elk jaar ongeveer 200 mensen. Tegen het verbod op euthanasie was 84,5 % en tegen het verbod van euthanasie voor buitenlanders was 78,4 % van de bevolking.

Hulp bij zelfdoding bij Dignitas werkt als volgt; werknemers maken een dodelijk drankje en de patiënt drinkt het zonder hulp. In Zwitserland is het argument van het hellende vlak te zien, omdat meer en meer buitenlanders van een vroegtijdige dood gebruik maken om psychische redenen. De Zwitserse overheid wilde daarom de wet strenger maken, zodat euthanasie alleen mogelijk is voor patiënten in de terminale fase van een ongeneeslijke ziekte.⁸⁷

De overheid weigerde alle beperkingen van euthanasie voor buitenlanders. De kliniek Dignitas hielp bij de dood van ongeveer 1169 buitenlandse patiënten. Ongeveer de helft

⁸⁷ EUTHANASIE IN ZWITSERLAND. Zpravy.idnes.cz [online]. Beschikbaar van http://zpravy.idnes.cz/svycari-v-referendu-odmitli-zakazat-asistovanou-eutanazii-pro-cizince-1np-zahranicni.aspx?c=A110515_151802_zahranicni_brm,05/03/2014

van hen kwam uit Duitsland. De tweede grootste groep van buitenlanders werd gevormd door Britten, dan Fransen (zie in de volgende tabel). Een paar Tsjechen bezocht ook de kliniek.⁸⁸

Tabel nr. 9: Aantallen buitenlanders die diensten van Dignitas gebruikt in jaren 1998-2011

NATIONALITEIT	AANTAL
Duitsers	664
Britten	182
Fransen	117
in totaal	1169

bron:⁸⁹

Vijf van de 1000 sterfgevallen in Zwitserland worden door euthanasie veroorzaakt. Statistieken noteerden een stijging van het aantal doden met behulp van hulp bij zelfdoding. In het jaar 1998 waren er slechts 43 doden door hulp bij zelfdoding, in 2009 al 297. Oudere statistieken zijn helaas niet beschikbaar, hoewel hulp bij zelfdoding in Zwitserland al sinds 1942 in beperkte mate uitgevoerd wordt. Uit een studie blijkt dat bijna 90 % van de mensen die in de afgelopen 13 jaar op verzoek stierf, ouder dan 55 jaar was. De leeftijdsgroep onder de 35 jaar is een procent (dat is ongeveer 20 doden in 13 jaar). Ongeveer 55 % van de patiënten die vroeg om hulp bij zelfdoding waren vrouwen. De meeste patiënten, die hulp bij zelfdoding wilden, zijn patiënten met een ongeneeslijke ziekte (meestal kanker). Minstens 71 mensen van de kliniek Dignitas tijdens de studieperiode stierven op basis van depressie of andere psychische problemen. In de studieperiode waren in de kliniek Dignitas 24 blinde patiënten.⁹⁰

⁸⁸ EUTHANASIE IN ZWITSERLAND. Zpravy.aktualne.cz [online]. Beschikbaar van <http://zpravy.aktualne.cz/zahranici/svycarsky-parlament-odmitl-prisnejsi-kontroly-eutanazie/r~i:article:758661/>, 05/03/2014

⁸⁹ EUTHANASIE IN ZWITSERLAND. Denik.cz [online]. Beschikbaar van http://www.denik.cz/psychika/eutanazie_pocet_narusta.html, 05/03/2014

⁹⁰ EUTHANASIE IN ZWITSERLAND. Denik.cz [online]. Beschikbaar van http://www.denik.cz/psychika/eutanazie_pocet_narusta.html, 05/03/2014

5 CONCLUSIE

In mijn werk vergelijk ik twee controversiële kwesties – abortus en euthanasie. Voor de feitelijke medische ethiek moest ik de situatie van de gezondheidszorg in Nederland en de Tsjechische Republiek bestuderen. Ik heb over de gezondheidszorg in mijn vorige scriptie geschreven maar deze keer was ik meer gefocust op wat er is veranderd in de afgelopen vijf jaar. Beide landen hebben veel gemeen wat de basise gezondheidszorg betreft – de gezondheidszorg is een grote kostenpost van de staatsbegroting. Nederland en de Tsjechische Republiek hebben het systeem van ziektekostenverzekering, dus een bepaalde financiële participatie van patiënten voor de gezondheidsdiensten. Nederland wordt beschouwd als een voorbeeld voor andere landen waar de gezondheidszorg verliesgevend is of wat problemen in de gezondheidszorg problemen zijn. De Tsjechische gezondheidszorg kampt nog steeds met problemen veroorzaakt door veelvuldige wijzigingen in de overheid en onvoldoende effectiviteit van de financiering. Verschillende politieke partijen hadden verschillende visies hoe de gezondheidszorg te verbeteren, bijvoorbeeld Tomáš Julínek, voormalig minister van volksgezondheid wilde dat de Tsjechische gezondheidszorg meer geld zou verdienen en daarom introduceerde hij de financiële participatie van patiënten (reguliere kosten – een soort belasting).

We kunnen zeggen dat voor de Tsjechische gezondheidszorg in de afgelopen jaren Nederland een voorbeeld was, vooral in de bescherming van de volksgezondheid en preventie (preventie is voor Nederland één van de belangrijkste punten de hervorming van de gezondheidszorg). Het Ministerie van volksgezondheid onder leiding van Svatopluk Němeček (in functie sinds 2014) wil twee jaar lang ongeveer 1, 85 miljoen uitnodigingen voor preventieve zorg sturen. Meestal gaat het om preventieve onderzoeken in verband met kanker. Het aantal mensen die dit ziekte hebben in Tsjechië stijgt en de overheid vindt dat preventie een eerste stap is voor verbetering van hele systeem, maar ook van de gezondheid van de bevolking in het algemeen. De Tsjechische ziekenfondsen begonnen naar het voorbeeld van Nederland de Tsjechische bevolking aan te zetten tot een gezondere levensstijl, terwijl dat in Nederland iets vanzelfsprekends is, het Algemene Ziekenfonds (Všeobecná zdravotní pojišťovna) bijvoorbeeld begon met een project (Klub pevného zdraví – Club van sterke

gezondheid) in het jaar 2013, wanneer het ziekenfonds diensten voor hun cliënten betaalde die een positieve behandeling van hun gezondheid hebben (uitbetaling van sport- en rehabilitatie activiteiten).

Het tweede deel van mijn scriptie gaat over medische ethiek. Medische ethiek is een begrip dat door elk volk anders kan worden begrepen. De reden is vooral de culturele verschillen op basis van religieuze overtuigingen, zoals in het tweede hoofdstuk is beschreven. Wanneer praten we over de medische ethiek, wordt er vaak gesproken over de Eed van Hippocrates. In de tijd van het ontstaan was de eed heel actueel en tijdloos, na verloop van tijd, ten gevolge van menselijke evolutie, (evolutionaire veranderingen – zoals bijvoorbeeld de verlenging van leven) werd de Eed van Hippocrates achterhaald. Dit kan worden gezien bij het spreken over controversiële kwesties van medische ethiek. In de Eed van Hippocrates wordt geschreven dat een arts geen abortif middel aan een vrouw mag geven, maar ondanks de veelvuldige referenties en verwijzingen naar de eed, is abortus geen probleem meer. Er wordt ook geschreven in de eed dat een arts niet voortijdig een leven van een patiënt mag beëindigen en toch is euthanasie in sommige landen legaal.

Nederland heeft geen problemen om de eed na te leven, maar is meer tolerant ten opzichte van veranderingen dan andere landen. Dat betekent niet dat Nederlandse artsen de eed niet hoogachten. Ze zijn alleen meer open voor bepaalde veranderingen die met de Eed van Hippocrates gerelateerd worden. De Tsjechische Republiek is conservatiever wat de eed betreft. Nogmaals betekent het niet dat de Tsjechische artsen meer zorgvuldig werken dan de Nederlandse collega's.

In de tweede hoofdstuk heb ik het een probleem met betrekking tot euthanasie en palliatieve zorg beschreven. Het probleem is dat mensen langere leven dan in het verleden dankzij moderne medicijnen en medische technieken. In Nederland is de vergrijzing van de bevolking een groot probleem, zoals ook in andere landen. In Nederland leven mensen nog langer dan in de Tsjechische Republiek. Bij vergelijking van de levensduur in Nederland en de Tsjechische Republiek is zichtbaar dat vrouwen langer dan mannen in beide landen (zie tabel nr. 5). Het is dus duidelijk dat na verloop van tijd de moderne geneeskunde en medische technieken een mens langer in leven

kunnen houden. De ethische kwestie is of het uit ethisch oogpunt goed of niet is. Een mening kan zijn dat de palliatieve zorg een kunstmatig uitstel van de dood is en daarom onethisch gedrag van artsen. Critici van de palliatieve zorg beweren dat de palliatieve zorg geen natuurlijk proces van sterven is, artsen zeggen dat ze gewoon proberen om van de dood een draaglijk proces te maken en pijn te verlichten. Palliatieve zorg is vaak in conflict met euthanasie, in de praktijk is palliatieve zorg het tegenovergestelde van euthanasie. Een andere mening kan zijn dat palliatieve zorg het enige antwoord is op de steeds stijgende levensduur van de mens.

Het derde hoofdstuk beschrijft de ontwikkeling van één van de meest controversiële onderwerpen in de geschiedenis van de medische ethiek – abortus. De ontwikkeling abortus en de abortuswetgeving in beide landen is interessant met name omdat in de Tsjechische Republiek (voormalig Tsjechoslowakije) abortus eerder werd gelegaliseerd dan in Nederland (de Tsjechische Republiek – 1957, Nederland – 1984). In de geschiedenis is het ongebruikelijk dat de Tsjechische Republiek een controversiële wet eerder legaliseert dan in Nederland. In 1957 was de reden om abortus te legaliseren in Tsjechoslowakije niet de verbetering van vrouwenrechten of vrije keuze voor vrouwen om over hun lichaam te beslissen. De toenmalige overheid legaliseerde abortus uit economisch en sociaal oogpunt. Na de Tweede Wereldoorlog was in Tsjechoslowakije de economische effectiviteit heel slecht. De overheid had meer werkrachten nodig die de Tsjechoslowaakse economie konden verbeteren. In de dagen van het communistische regime hadden vrouwen hier een slechte positie in de maatschappij, ze konden geen rol spelen in de politiek en ze hadden bijna nooit hoge posities in het werk. Hun rol in de socialistische staat was vooral vrouw – moeder – huishoudster. De invoering van abortus zou ervoor kunnen zorgen dat vrouwen sneller naar het werk terug zouden kunnen gaan. De invoering van abortus in 1957 werd gepropageerd als een manier om een betere staat te hebben en als oplossing voor een tekort voorbehoedsmiddelen.

In deze tijd werd de invoering van abortus in Nederland niet besproken, maar dat betekent niet dat abortus niet illegaal werd uitgevoerd. Veel vrouwen kiezen voor deze oplossing als de enige oplossing van een moeilijke levenssituatie. Een belangrijk jaar was 1971 toen de eerste abortuskliniek in Nederland (Arnhem) werd geopend. De

kliniek werd geopend hoewel abortus nog steeds officieel illegaal was. Vrouwen vochten voor hun rechten en artsen, die illegale abortussen uitvoeren, protesteerden op deze manier tegen het verbod op abortus, daarom was justitie zo tolerant. De wetgevers begonnen een wet te voorbereiden maar de duur was niet zo belangrijk, omdat er geen straffen op illegale abortussen stonden en als dat wel zo was, waren het alleen voorwaardelijke straffen (bijvoorbeeld voor enkele weken). In sommige bronnen kunnen we zien dat abortus in Nederland vanaf 1971 legaal is, maar sinds dit jaar werd abortus alleen getolereerd door de justitie. Dit feit is ook een bewijs van de grote Nederlandse tolerantie. De officiële legalisatie van de abortuswet kwam in 1984 en, verliep rustig en zonder grote protesten.

Rond het jaar 1984 was in Tsjechoslowakije het grootste probleem de abortuscommissies. Oorspronkelijk werden de commissies ingesteld voor de gezondheidstoestand van vrouwen die abortus wilden ondergaan en ook als een consultatiebureau. De commissies begonnen meer en meer politieke invloed te hebben. In Nederland werden de abortuscommissies ook ingevoerd, maar alleen als een instantie die de gezondheidstoestand van vrouwen onderzocht. Een doorbraak was in Tsjechoslowakije de val van het communistische regime, toen de grenzen voor de voorbehoedsmiddelen werden opengesteld en het aantal abortussen begon zo snel te dalen (zie tabel nr. 4).

Vandaag de dag is in beide landen geen probleem met abortus. Het aantal abortussen daalt snel ten gevolge van een breed aanbod van voorbehoedsmiddelen voor vrouwen en mannen. Een gepland ouderschap is een natuurlijkheid van elk ontwikkeld land. De invoering van seksuele voorlichting op scholen hielp ook aan de vermindering van het aantal abortussen. Hoewel beide landen verschillende redenen hadden voor de invoering van legale abortus als een medische procedure, dan kunnen we in het jaar 2014 over een gemeenschappelijk doel spreken – het recht van vrouwen om vrij over hun lichaam en toekomst te beslissen. De gebeurtenissen worden in tabel nr. 6 beschreven.

We kunnen dezelfde juridische situatie als in Nederland zien: in geval van abortussen, maar een paar jaar later. De abortussen werden ook eerst illegaal uitgevoerd en was de impuls voor de wetgevers zoals het bij euthanasie in Nederland was. Door

omstandigheden begonnen de wetgevers over legalisatie van euthanasie te praten. Bij de situatie van euthanasie kunnen we nog keer de tolerantie op het juridische gebied in Nederland zien. Er waren sommige gevallen van euthanasie vóór de legalisatie van de wet van euthanasie maar deze gevallen werden als een daad van barmhartigheid beschouwd.

Als we de situatie van euthanasie in beide landen vergelijken, is de bevolking na twaalf jaar van euthanasie in Nederland meestal tevreden – ze vinden de legalisatie van euthanasie nog steeds een positieve beslissing. In de Tsjechische Republiek is euthanasie illegaal, maar 66 % van de bevolking is voor de legalisatie. Een probleem bij de Tsjechische artsen is, is dat ze vinden dat euthanasie kan de medicijn dehumaniseren en ze zien een mogelijke oplossing in de verbetering van palliatieve zorg.

Vandaag de dag heeft Nederland een duidelijke wet met alle voorwaarden voor uitvoering van euthanasie. In de Tsjechische Republiek blijft euthanasie nog steeds illegaal.

LIJST VAN BRONNEN

Primaire literatuur

DUDOVÁ, Radka. *Interrupce v České Republice*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2012, 177 s. ISBN 9788073302146

JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, 294 s. ISBN 9788073675929

MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, a. s., 2005, 108 s. ISBN 80247110250

VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, 302 s. ISBN 9788073677800

Secundaire literatuur

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007, 164 s. ISBN 9788024720692

POLLARD, Brian. *Eutanázie ano či ne?* Praha: Česká typografie, a. s., 1996, 210 s. ISBN 8085926075

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011, 528 s. ISBN 9788024739762

THOMASMA, David a Thomasine KUSHNEROVÁ. *Od narození do smrti*. Praha: Mladá Fronta, 2000 389 s. ISBN 8020408835

Internet

OBAMA-CARE. Zpravy.idnes.cz [online]. Beschikbaar van http://zpravy.idnes.cz/americky-senat-schvalil-dodatecne-zmeny-obamovy-zdravotni-reformy-1pk-/zahranicni.aspx?c=A100325_091614_zahranicni_btw, 26/01/2014

DEFINITIE VAN VOLKSGEZONDHEID VAN C. E. A. WINSLOW. Epha.org [online]. [cit. 2014-01-14]. Beschikbaar van epha.org/IMG/pdf/publichealth_text_ned.pdf

DEFINITIE VAN DE GEZONDHEIDSZORG. Is.muni.cz [online]. Beschikbaar van http://is.muni.cz/el/1456/jaro2007/PVEKZD/um/1348696/hodnoceni_systemu_zp_a_efektivnost.pdf, 16/12/2013

DEFINITIE VAN DE GEZONDHEIDSZORG EN DE ASPECTEN. Euroclinicum.cz [online]. Beschikbaar van <http://www.euroclinicum.cz/definice-zdravotni-pece/>, 16/12/2013

INDELINGEN VAN GEZONDHEIDSZORG. Nationaalkompas.nl [online]. [cit. 2013-12-16], Beschikbaar van <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/wat-is-gezondheidszorg/>

DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG. Zdravcr.cz [online]. Beschikbaar van <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-1-2013.pdf>, 17/12/2013

DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG NA DE HERVORMING IN 2006. Demografie.info [online]. Beschikbaar van http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=830&, 30/12/2013

DEFINITIE VAN DE GENERIEK GENEESMIDDEL. Cbg-meb.nl [online]. [cit. 2013-12-30]. Beschikbaar van http://www.cbg-meb.nl/CBG/nl/humane-geneesmiddelen/geneesmiddelen/generiek/Wat_is_een_generiek_geneesmiddel/default.htm

DEFINITIE VAN AWBZ. Rijksoverheid.nl [online]. [cit. 2013-12-30]. Beschikbaar van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz>

KINDERSTERFTE. Data.worldbank.org [online]. Beschikbaar van <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>, 16/01/2014

REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ 2012-2013. Leosheger.cz [online]. Beschikbaar van <http://www.leosheger.cz/reforma-zdravotnictvi/>, 03/02/2014

DE LEGALISERING VAN CANNABIS. Legalizace.cz [online]. Beschikbaar van <http://www.legalizace.cz/2014/01/v-lekarnach-konopi-jen-tak-nebude-pacienti-je-to-zrada/>, 03/02/2014

DE DEFINITIE VAN ETHIEK. Ensie.nl [online]. [cit. 2014-02-04], Beschikbaar van <http://www.ensie.nl/definitie/Ethiek>

DE DEFINITIE VAN MEDISCHE ETHIEK. Cultureelwoordenboek.nl [online]. [cit. 2014-02-04]. Beschikbaar van <http://www.cultureelwoordenboek.nl/index.php?lem=9194>

ISLAM EN DE MEDISCHE ETHIEK. Zdravi.e15.cz [online]. Beschikbaar van <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/islam-a-lekarska-etika-139969>, 05/02/2014

DE DEFINITIE VAN EUGENICA. Natuurinformatie.nl [online]. [cit. 2014-02-05]. Beschikbaar van <http://www.natuurinformatie.nl/nm.dossiers/natuurdatabase.nl/i004241.html>

VROUWENBESNIJDENIS. Wstudies.pitt.edu [online]. Beschikbaar van <http://www.wstudies.pitt.edu/blogs/cjo9/international-womens-reproductive-health-panel>, 05/02/2014

ABORTUS IN DE WERELD. Rehabilitace.info [online]. Beschikbaar van <http://www.rehabilitace.info/zajimavosti/interrupce-umele-preruseni-tehotenstvi/>, 06/02/2014

ABORTUS IN DE WERELD. Zdravky.cz [online]. Beschikbaar van <http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/ze-zahranici/usa-40-let-od-legalizace-interrupce>, 06/02/2014

ABORTUS IN DE WERELD. Aktualne.centrum.cz [online]. Beschikbaar van <http://aktualne.centrum.cz/zahranici/evropa/clanek.phtml?id=729973>, 06/02/2014

DE DEFINITIE VAN ARGUMENT VAN HET HELLEND VLAK. Cyclopaedia.nl [online]. [cit. 2014-02-10], Beschikbaar van http://www.cyclopaedia.nl/wiki/Drogreden_van_het_hellend_vlak

DE DEFINITIE VAN EUTHANASIE. Borgerson.nl [online]. [cit. 2014-02-10] Beschikbaar van <http://borgerson.nl/page.php?id=2>

LEVENSVERWACHTING IN NEDERLAND. Statline.cbs.nl [online]. Beschikbaar van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37360NED&D1=3&D2=a&D3=0&D4=20-1&HD=130212-0832&HDR=T,G2,G1&STB=G3>, 10/02/2014

LEVENSVERWACHTING IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK. Ecmmost.cz [online]. Beschikbaar van http://www.ecmost.cz/img/zdravi/tabulky/delka_zivota.jpg, 10/02/2014

LEVENSVERWACHTING IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK. Czso.cz [online]. Beschikbaar van http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_do_ziti_a_prumerny_vek, 10/02/2014

EUTHANASIE IN HET ALGEMEEN. Reflex.cz [online]. Beschikbaar van <http://www.reflex.cz/clanek/zpravy/54151/eutanazie-dobra-smrt-ci-hra-s-ohnem.html>, 10/02/2014

DEFINITIE VAN HULP BIJ ZELFDODING. Cbs.nl [online]. [cit. 2014-02-10] Beschikbaar van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?conceptid=2964>

EEN FRAGMENT VAN EED VAN HIPPOCRATES. Ordomedic.be [online]. [cit. 2014-03-30]. Beschikbaar van <http://www.ordomedic.be/nl/orde/artseneed/eed-hippocrates/>

DE DEFINITIE VAN PALLIATIEVE ZORG. Palliatief.be [online]. [cit. 2014-02-10]. Beschikbaar van <http://www.palliatief.be/template.asp?f=definities.htm>

DE ABORTUSWET. Historiek.net [online]. [cit. 2014-03-24]. Beschikbaar van <http://historiek.net/abortus-in-nederland/4642/>

WOMEN ON WAVES. Aqua-antwerpen.be [online]. Beschikbaar van <http://www.aqua-antwerpen.be/project-Women-on-Waves.html>, 19/04/2014

WOMEN ON WAVES. Nrc. nl, [online]. Beschikbaar van <http://www.nrc.nl/nieuws/2012/10/05/de-abortusboot-een-nobel-initiatief-of-imperialisme-van-het-foutste-soort/>, 19/04/2014

WOMEN ON WAVES. Womenonwaves.org [online]. Beschikbaar van <http://www.womenonwaves.org/en/page/649/10-years-of-women-on-waves-2009>, 07/02/2014

KOSTEN VAN ABORTUS IN NEDERLAND. Seksenzo.info [online]. Beschikbaar van <http://www.seksenzo.info/informatie/lijf/wat-kost-een-abortus>, 07/02/2014

AANTAL ABORTUSSEN IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK. Uzis.cz [online]. Beschikbaar van <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/potraty>, 06/02/2014

AANTAL ABORTUSSEN IN NEDERLAND. Johnstonsarchive.net [online]. Beschikbaar van <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-netherlands.html>, 06/02/2014

EUTHANASIE IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK. Mese.cz [online]. Beschikbaar van <http://www.mese.cz/clanky/eutanazie-smrt-v-primem-prenosu/?do=articleText-pollInText3855-viewResult>, 03/03/2014

EUTHANASIE IN DE TSJECHISCHE REPUBLIEK. Tribune.cz. [online]. Beschikbaar van <http://www.tribune.cz/clanek/29075-pro-eutanazii-neni-misto>, 19/04/2014

EUTHANASIE IN ZWITSERLAND. Zpravy.aktualne.cz [online]. Beschikbaar van <http://zpravy.aktualne.cz/zahranici/svycarsky-parlament-odmitl-prisnejsi-kontroly-eutanazie/r~i:article:758661/>, 05/03/2014

EUTHANASIE IN ZWITSERLAND. Denik.cz [online]. Beschikbaar van http://www.denik.cz/psychika/eutanazie_pocet_narusta.html, 05/03/2014

RESUMÉ IN HET TSJECHISCH

Cílem mojí diplomové práce bylo porovnat dva etické problémy ve zdravotnictví – interrupci a eutanázii v České republice a Nizozemsku. Nejvíce mě v práci zajímalo, jaké byly prvotní impulzy pro legalizaci kontroverzních zákonů v lékařské etice. Zjišťovala jsem i shodné rysy, co se etických otázek týkalo, ale i jasné rozdíly. Především se jednalo o rozdíly v historickém kontextu (Česká republika měla situaci těžší z důvodu komunistického režimu). Porovnávala jsem jak historické souvislosti, tak i současnou situaci a vývoj legalizací těchto kontroverzních zákonů. Do své práce jsem pro zajímavost zahrnula i porovnání s ostatními zeměmi.

Moje práce je rozdělena do čtyř hlavních kapitol. V první kapitole se věnuji obecně celému zdravotnickému systému v obou zemích. Zejména jsem se zaměřila na reformy, které zdravotnické systémy obou zemí nejvíce ovlivnily za posledních pár uplynulých let.

Následující kapitola se zabývá lékařskou etikou, především tedy jejím definováním. Popisuji v ní historii lékařské etiky, definuji pojmy, které navazují na následující kapitoly a nastiňuji i situaci ve zbytku světa.

Třetí kapitola přímo popisuje vývoj interrupčního zákona v obou zemích. Zabývám se především poměrně rannou legalizací interrupce v tehdejší Československu a justiční tolerancí v Nizozemsku. Pro přesnější porovnání jsem volila formu tabulek.

Poslední kapitola se zabývá vývojem zákona o legalizaci eutanázie. Zatímco Nizozemsko je v kontroverzních otázkách považováno za zemi velmi tolerantní, Česká republika se k otázkám etiky v lékařství staví velmi shovívavě.

V závěru práce zhodnocuji fakta, která vyplývají z předchozích kapitol, na které jsem během svého bádání narazila. Především porovnávám impulzy, které předcházely jednotlivých legalizacím a jejich reakce ze stran obou společností.

RESUMÉ IN HET ENGELS

The aim of my thesis is to compare the two ethical issues in health care systems – abortion and euthanasia in the Czech Republic and the Netherlands. To my mind were the most interesting findings the first impulses for the legalization of controversial laws included the problems in medical ethics. I was finding the similarities but also differences in the ethical questions.

The main differences were in the historical context (in the Czech Republic was the situation even difficult because of the communist regime). I have compared both the historical context and the current situation and the development of the legalization of the controversial laws.

I have included also comparisons with other countries. My work is divided into four chapters, in the first chapter I write about the health care systems in general in the two countries. I have aimed to reforms that effected the health care systems the most. The next chapter deals with medical ethics, primarily its definition. I describe there the history of medical ethic, definitions of terms that have something common with the texts in the following chapters.

The third chapter deals with the development of abortion law in the both countries. My goal is to describe former situation in the Czech Republic and the early legalisation of abortion law. I compared that with the Dutch toleration. For beter comparing I have chosen a form of tabels.

The last chapter is about the development of legalisation euthanasia law. Meanwhile in Netherlands are the controversial questions consider in a very tolerant way, the Czech Republic holds back. In the conclusion I evaluate the facts that follow from the previous chapters. These facts are results which I came across during my research.

ANNOTATIE

Jméno: Martina Hodaňová

Název katedry a fakulty: Katedra nederlandistiky FF UP v Olomouci

Název bakalářské práce: De ethische problemen in de gezondheidszorg in Nederland en in de Tsjechische Republiek

Vedoucí diplomové práce: Drs. Bas Hamers

Počet stran: 102

Počet použitých literárních zdrojů: 4

Klíčová slova: zdravotnický systém, Nizozemsko, Česká republika, etika, interrupce, eutanázie

Krátká charakteristika: Diplomová práce porovnává především dva etické a kontroverzní problémy – interrupce a eutanázie v Nizozemsku a České republice. Práce je rozdělena do čtyř hlavních kapitol. V první kapitole popisují hlavní rysy a rozdíly ve zdravotnických systémech v obou státech. Druhá kapitola se věnuje více teorii lékařské etiky. Třetí a čtvrtá kapitola se už přímo zabývá etickými otázkami – interrupce a eutanázie. Popisuje nejen historii legalizace zákonů, ale i kontroverzní případy.

V závěru celou práci shrnuji a porovnávám postoje a historii obou zemí z hlediska kontroverzních etických otázek.