

Naar aanleiding van het artikel over euthanasie dat Prof. MEYLER (1973) publiceerde, zou ik het volgende willen opmerken.

De onderscheiding in actieve en passieve euthanasie is slechts een juridische spitsvondigheid. Deze termen vertroebelen een juiste probleemstelling en leiden de aandacht af van het feit dat een ieder recht heeft op een menswaardig einde als hij of zij dit uitdrukkelijk verzoekt. Bovendien zijn de termen actief en passief zó weinig exact dat zij in feite volkomen onbruikbaar zijn. Ook door over euthanasie zonder meer te spreken wordt de probleemstelling vertroebeld en speelt men de tegenstanders van *vrijwillige* euthanasie in de kaart. Het is niet voor niets dat de beide groeperingen die in ons land toelating respectievelijk legalisering van *vrijwillige* euthanasie propageren, de volgende namen dragen: „Stichting voor Vrijwillige Euthanasie” en „Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie”.

Prof. MEYLER stelt dat de arts uitsluitend in het belang van zijn patiënt dient te handelen, zonder daarbij rekening te houden met de belangen van familieleden. Ik zou hierbij het volgende willen opmerken: Ten eerste lijkt mij de kans niet klein dat in deze gevallen de patiënt zelf het (zinloos) wachten op zijn einde reeds lang moe is en misschien wel eerder dan de familieleden. Belangrijk is ook het feit dat vele mensen in geval van terminale ziekte (en ook bij demantie) hun familie niet onnodig tot last willen zijn. Voorts acht een niet gering aantal personen de tijd en moeite die door artsen en verplegend personeel ten behoeve van hen wordt aangewend, beter besteed aan patiënten die daarvan nog echt profijt kunnen hebben. Overigens wijst het verzoek van de familie om een spuitje veelal op een heel ander en hoger motief: men kan het onnodige lijden van een zijner dierbaren niet langer verdragen.

Voorts constateert Prof. MEYLER dat de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts wordt geschaad door publikaties over euthanasie in de lekenpers. Zelfs kunnen bejaarden daarom het bezoek aan de arts mijden; zij voelen zich onveilig, zo stelt hij. Ook daarom is het noodzakelijk, altijd te spreken van *vrijwillige* euthanasie. De onvrijwillige euthanasie zal een ieder natuurlijk altijd ten strengste afkeuren, men hoeft er dus ook niet verder over te spreken. Er is overigens ook nog een andere overweging. Een steeds toenemende meerderheid van ons volk blijkt, volgens opiniepeilingen, voorstander van *vrijwillige* euthanasie te zijn. Vele bejaarden — en niet alleen zij — zouden juist *geruster* in plaats van ongeruster leven als het recht op een menswaardig levenseinde zou zijn erkend! Thans is men geheel rechteloos overgeleverd aan het oordeel van de arts. De arts die euthanasie toepast, moet valse of op zijn minst onzuivere verklaringen met betrekking tot de doodsoorzaak ondertekenen. Bovendien hangt hem zo lang de wet niet is gewijzigd een proces boven het hoofd. De straf zal thans altijd wel ten hoogste een korte voorwaardelijke zijn, maar de tijd en de kosten die aan een proces nu eenmaal altijd inherent zijn, tellen ook nog mee.

Het zojuist vermelde wijst er m.i. onontkoombaar op dat humanisering van de nog uit de vorige eeuw daterende wet noodzakelijk is. Natuurlijk moet in de nieuwe wet een afdoende beveiliging tegen misbruik worden ingebouwd.

Het is mij overigens niet duidelijk hoe Prof. MEYLER het zonder wetswijziging wil stellen. Het voorbeeld waarmee hij de overbodigheid van wetswijziging duidelijk wil maken, bewijst nl. het tegendeel. Het recht op ontheffing van de dienstplicht wanneer er tegen het doden gewetensbezwaren bestaan, berust immers ook op een wet.

Dat de arts geen rekening houdt met economische belangen, zoals Prof. MEYLER meent te kunnen stellen, is, vrees ik, een voorbeeld van „wishful thinking”. Iedere ingewijde,

dus zeker ook hij, weet dat er wel degelijk prioriteiten worden gesteld en dat dit helaas steeds meer het geval zal moeten zijn. Uiteindelijk liggen aan het stellen van prioriteiten nagenoeg altijd economische motieven (mede) ten grondslag. Het ergste is daarbij nog dat deze prioriteiten lang niet altijd op de juiste wijze gesteld worden.

*Literatuur:* MEYLER, L. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 553.

Delft, 24 april 1973

D. VAN DER KELLEN,  
bestuurslid van de *Nederlandse*  
*Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie*

Op alle punten van dit betoog kan ik niet ingaan. Ik meen dat de lezer zelf het antwoord kan geven.

De problemen rondom de euthanasie zijn door de communicatiemedia, enquêtes en het proces te Leeuwarden in de algemene belangstelling geplaatst. Het is goed dat hierdoor de mens meer aan zijn eigen dood gaat denken. Echter, het vraagstuk wordt m.i. daardoor te veel in emotionele banen geleid terwijl alleen strikt zakelijke overwegingen tot een algemene standpuntbepaling kunnen leiden.

Ik meen dat een wetswijziging niet nodig en ook niet gewenst is. De arts kan zich beroepen op overmacht in juridische zin. In art. 40 Wetboek van Strafrecht staat te lezen: „niet strafbaar is hij, die een feit begaat, waartoe hij door overmacht is gedrongen.” Overmacht genomen in ruime zin. Het beroep op gewetensbezwaren is een beroep op strafuitsluitingsgrond, dat de rechter moet onderzoeken. Hij mag het niet verwerven op de enkele grond dat het overtreden wetsartikel geen uitzondering maakt voor gewetensbezwaren.

Wanneer de arts euthanasie uitvoert na het consulteren van een specialist, kan hij zich, naar mij van juridische zijde werd verzekerd, beroepen op overmacht.

Op nog één ander punt in het betoog van de heer VAN DER KELLEN wil ik ingaan. Het is natuurlijk volkomen onaanvaardbaar het leven van een ongeneeslijke patiënt te bekorten omdat men zijn bed nodig heeft voor een patiënt die op opnemings wacht.

Groningen, mei 1973

L. MEYLER

Met aandacht heb ik het Bijzondere Hoofdartikel van Prof. MEYLER over euthanasie gelezen (1973). Daar de hoofdredactie een discussie over euthanasie gaarne op gang wil brengen, geef ik het volgende ter overdenking. Ik stel hierbij voorop, dat ik lid ben van een van de Gereformeerde Kerken in Nederland (Vrijgemaakt).

Wat ik in het artikel van Prof. MEYLER mis, is dat hij geen rekening houdt met een „leven na dit leven”. Honderden miljoenen zijn in de loop der eeuwen heengegaan in dit geloof. Zij vonden hun geloof kernachtig uitgedrukt in een van de oudste belijdenisgeschriften der christelijke kerk, het Apostolicum: „Ik geloof de wederopstanding des vleses en het eeuwig leven.” Zij waren er eveneens van overtuigd dat er voor degene die niet geloofde in het schuldverzoenend lijden van Christus, een „plaats der pijniging” is (Luc. 16:28), een „plaats van buitenste duisternis, waar het geweest zal zijn en het tandengeknars” (Matth. 8:12). Dit is nóg het geloof van miljoenen en nog eens miljoenen over de hele wereld.

Hoewel de waarheid niet bepaald wordt door het getal (meerderheid tegenover minderheid), dient in een zo belangrijke zaak als de onderhavige het geloof van die velen in de verschillende kerken niet buiten rekening gelaten te worden.

Voor degene die de *Bijbel* als het Woord van God onverkort voor zijn hele leven gelooft, is het zeker dat geen lijden

in dit leven, hoe ernstig ook, ooit vergelijkbaar kan zijn met de helse smart. M.a.w.: de arts — hij zij zelf gelovig of ongelovig — bewijst zijn ongelovige patiënt geen dienst als hij door actieve euthanasie een einde maakt aan zijn leven hier; met als ogenblikkelijk gevolg een oneindig veel groter lijden in de „plaats van eeuwige pijniging”. Alleen hij die zeker weet dat hij na dit sterven bij Christus zal zijn, mag verlangen zijn lichamelijk of mentaal lijden te verwisselen voor de eeuwige volheid van geluk. Hiervan is PAULUS een voorbeeld; zie Filipp. 1:23. De brief aan de gelovigen te Filippi heeft PAULUS geschreven in de gevangenis; zeer waarschijnlijk te Rome, kort vóór zijn marteldood.

Prof. MEYLER schrijft, dat hij zelf nimmer actieve euthanasie nodig gehad heeft. Hij schrijft dit allicht op grond van een langdurige ervaring; een ervaring die door verschillende geuit is en die ook ik heb na een praktijktoefening van meer dan 45 jaren. Deze ervaring behoeft de collegae ervoor hedendaags ernstig lijden te spoedig als „verder ondraaglijk” te beschouwen. Ik ben het eens met de door Prof. MEYLER geciteerde „iemand”, die zei „dat men de stervende zo moet begeleiden, het lijden zo moet verzachten, dat hij niet nadrukkelijk naar de dood verlangt”. Ik voeg eraan toe dat in deze „verzachting” het bewustzijn zo lang mogelijk behouden dient te blijven. Niet in de laatste plaats omdat „er voor de patiënt nog positieve ervaringen en waardevolle ogenblikken (kunnen) komen waardoor het leven ondanks alles nog de moeite waard kan zijn”.

Als Prof. MEYLER stelt dat actieve euthanasie „alleen geoorloofd kan zijn in de laatste fase van het stervensproces” dan verwijs ik hem naar zijn uitspraak: „Het is niet altijd gemakkelijk te voorspellen wanneer de eindfase van het leven zal zijn aangebroken en wanneer het sterven begint.” Ook hier acht ik „actieve euthanasie” ongeoorloofd. Dit geldt temeer daar het toch voorkomt dat een patiënt een ziekte te boven komt, waarvan de prognose op de meest klemmende gronden „infaust” geacht werd.

Van buitengewoon belang acht ik wat Prof. MEYLER schrijft boven aan bl. 555 over de persoonlijkheid van de arts die het opbouwen van een vertrouwensrelatie mogelijk maakt. Alleen verwonder ik mij erover dat dit nog in ónze tijd geschreven moet worden! De kranten en tijdschriften lopen zo nu en dan over van geschrijf over „medemenselijkheid”, over „het moeten kunnen voeren van goede gesprekken”, over „opofferingsgezindheid”, enz. *Moet* een arts, een arts in de eerste plaats, deze eigenschappen niet bezitten? Waarom wordt men anders arts? Zou het voor verschillende artsen soms gewenst zijn het oude boekje van ERWIN LIEK, *Der Arzt und seine Sendung* (5e druk, 1927) (nog) eens aandachtig te lezen? De geneesheer moet „arts” zijn, zegt LIEK, niet slechts „medicus”. Een oude vriend van LIEK, ook arts, gaf hem de raad: „Nimm Dich jeden Kranken, er sei, wer er wolle, er habe, was er wolle, so an, als sei er einer Deiner liebsten Zugehörigen; vor allen Dingen, habe die Zeit für ihn!” (bl. 44).

Tot slot nog een opmerking over het „toetsen” van het geweten: dat doet men alleen veilig aan de *Bijbel*. De beste, meest gewetensvolle vriend kan falen en verstek laten gaan.

*Literatuur:* MEYLER, L. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 553.

Leiden, 26 april 1973

P. JASPERSE

Ik zal nooit pijnstillende middelen toedienen wanneer de patiënt dat niet wenst. Ik zal geen middelen geven waardoor het bewustzijn wordt beneveld wanneer hij „erbij” wil blijven. Ik zal zijn toestand ondraaglijk beschouwen wanneer hij dat zelf zo ondervindt. Maar ik begrijp niet goed waarom

iemand die gelooft aan schuldverzoenend lijden, maar pijnbestrijding door chemische middelen niet afwijst, daardoor de belofte op het eeuwige leven zou verspelen.

Groningen, mei 1973

L. MEYLER

Ik ben erg blij met het artikel van collega MEYLER (1973) over het onderwerp euthanasie. In grote lijnen ben ik het met het artikel eens.

Persoonlijk heb ik de belangrijke rol van de verpleging in de begeleiding van de mens in zijn laatste levensfase gemist. Deze verpleging is voor de groep patiënten waar collega MEYLER het over heeft, zeer arbeidsintensief, nl. regelmatig wassen, verschoneren, helpen met eten, evt. wonden verzorgen en andere verpleegkundige handelingen. Hiermee zijn veel mensen, vooral uit de verpleging, bezig. In de situatie waarin ik werk, betekent dat: 22 verpleegkundigen en één arts (voor 50% van zijn werktijd) op 48 patiënten. De sfeer op de afdeling wordt voornamelijk bepaald door de mensen die er werkzaam zijn. Deze sfeer is m.i. bepalend voor het gemakkelijk accepteren van de aangeboden hulp aan deze groep patiënten in een voor hen zo aangrijpende levensfase.

De filosofie die er in ons werkterrein achter zit, vind ik in het bijzonder goed beschreven in het artikel van Sir THEODORE FOX in *The Lancet* (1965). Echter, ook daarin wordt m.i. te weinig nadruk gelegd op de belangrijke rol van de andere hulpverleners in de gezondheidszorg.

*Literatuur:* FOX, TH. (1965) *Lancet* II, 801. — MEYLER, L. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 553.

Bennebroek, 26 april 1973

W. J. M. SCHULTE

In mijn artikel over euthanasie heb ik het standpunt van de arts willen weergeven. Vanzelfsprekend zijn er anderen die hulp kunnen bieden bij het stervensproces. Ik noem de familieleden en de geestelijke verzorger.

Ik ben collega SCHULTE zeer erkentelijk dat hij op de rol van de verpleegkundige wijst. Inderdaad kan deze zeer belangrijk zijn, zowel wanneer het de wijkverpleegkundige als de verpleegkundige in het ziekenhuis betreft. Helaas wordt deze laatste overdag grotendeels in beslag genomen door technische handelingen. Tijdens de nachtelijke uren is er vaak wel tijd om rustig met de patiënt te praten en ik heb herhaaldelijk de heilzame gevolgen van zo'n gesprek mogen waarnemen.

Groningen, mei 1973

L. MEYLER

N.a.v. de poging van de redactie om een euthanasie-discussie te starten, zou ik willen voorstellen aan de deelnemers te verzoeken zich te houden aan de terminologie die is gebruikt in het Interne Advies inzake Euthanasie, uitgebracht door de Gezondheidsraad. Op pag. 10 en 11 staan definities van euthanasie; vrijwillige, onvrijwillige, passieve, actieve euthanasie; geldige wilsverklaring enz.

Het Advies is te bestellen bij de afd. Externe Betrekkingen van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne tel. 070-694211. Als de discussianten ieder een eigen terminologie en begripsbepaling hanteren, zal de verwarring na enkele bijdragen reeds onoverkomelijk worden.

's-Gravenhage, 3 mei 1973

H. A. H. VAN TILL-  
D'AULNIS DE BOUROUILL