

om lage concentraties van antidiuretisch hormoon (ADH) nauwkeurig te bepalen. SZALATOWICZ en medewerkers (1981) hebben met een zeer gevoelige radio-immunologische methode het ADH-gehalte bepaald in het bloed van 37 patiënten met decompensatio cordis en hyponatriëmie (natriumgehalte van het plasma < 135 mmol/l, gemiddeld 131 mmol/l). De oorzaken waren coronarialijden, hartklepgebreken, cardiomyopathie, cor pulmonale of trauma en het betrof overwegend linkszijdige decompensatio cordis. Hun plasma was hypo-osmolair en tegelijkertijd werd urine met hoge osmolaliteit geproduceerd. Desondanks was bij 30 patiënten ADH in het bloed aantoonbaar, hetgeen bij normalen onder deze omstandigheden nimmer het geval is. Opvallend was dat van deze 30 patiënten er 11 nooit met diuretica waren behandeld. Dit gold eveneens voor 3 van de overige 7 zonder ADH in het bloed. Behalve dat bij deze 7 patiënten minder vaak oedemen werden vastgesteld, waren er tussen de groep mét en die zonder aantoonbaar ADH in het bloed geen verschillen in bloeddruk, polsfrequentie,

hematocriet, totaal eiwit- en albuminegehalte, lichaamstemperatuur, bloedsuikergehalte en leeftijd. Wel hadden degenen met in het bloed aantoonbaar ADH ten opzichte van de overigen een sterkere hyponatriëmie en hypo-osmolaliteit alsmede een slechtere nierfunctie.

De schrijvers gaan ervan uit dat het regelen van de ADH-afscheiding onder invloed staat van osmo- en baroreceptoren en dat de hyponatriëmie bij decompensatio cordis in de eerste plaats samenhangt met een onaangepaste afscheiding van ADH door baroreceptoractiviteit. Daarnaast kennen zij een additieve invloed toe aan intra-renale factoren en het gebruik van diuretica.

Literatuur: BORST, J. G. G., L. A. DE VRIES, A. M. VAN LEEUWEN e.a. (1960) *Clin. chim. Acta* 5, 887. — SZALATOWICZ V. L., P. E. ARNOLD, C. CHAIMOVITZ e.a. (1981) *New Engl. J. Med.* 305, 263.

J. GEERLING

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Ramaer-gedenkpenning 1983

Tijdens het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie op 8 en 9 april 1983 zal opnieuw de sinds 1920 ingestelde Ramaer-gedenkpenning worden uitgereikt. Deze gedenkpenning zal worden toegekend aan een Nederlander die naar het oordeel van de Commissie Wetenschappelijke Activiteiten van de vereniging, de meest verdienstelijke wetenschappelijke bijdrage in de afgelopen drie jaar heeft geleverd op het gebied van de psychiatrische

wetenschap, en wel in het bijzonder de klinische psychiatrie.

De Commissie Wetenschappelijke Activiteiten zal het op prijs stellen om tot uiterlijk 1 september 1982 aanwijzingen te ontvangen omtrent geschriften, inclusief proefschriften en tijdschriftartikelen, die geacht worden voor beoordeling in aanmerking te komen. Gegadigden, of referenten van mogelijke gegadigden wordt verzocht zich op te geven bij de Commissie Wetenschappelijke Activiteiten van de Ned. Ver. voor Psychiatrie, Postbus 20062, 3502 LB Utrecht, en daarbij de desbetreffende publikaties te voegen.

DISCUSSIE EUTHANASIE

Euthanasie en (of) hulp bij zelfdoding

F.L. MEIJLER, CARDIOLOOG TE UTRECHT, EN J. ROOS, INTERNIST TE 'S-GRAVENHAGE

Voor wie de huidige berichtgeving in de media wil geloven lijkt euthanasie een nieuw verschijnsel te zijn. Niets is echter minder waar; euthanasie en zelfs het eufemistische begrip „hulp bij zelfdoding” zijn zo oud als de geneeskunde zelf. Artsen hebben bij dodelijk verlopende ziekten gedurende alle tijden levenverlengende handelingen achterwege gelaten en zelfs doelbewust meegewerkt het stervensproces te bespoedigen, indien zij zulks in het belang van hun patiënten achtten. Deze vorm van euthanasie heeft de arts eigenlijk nooit in conflict gebracht met de wetgever, omdat deze handelwijze tot de normale medische taak werd gerekend. Het is echter duidelijk dat huidige maatschappelijke ontwikkelingen om meer openheid

en verruiming van de toepassing van euthanasie en hulp bij zelfdoding vragen. Hierdoor is deze problematiek buiten het directe terrein van de geneeskunde geraakt. Mensen en groeperingen die beroepshalve niet rechtstreeks bij euthanasie en (of) hulp bij zelfdoding zijn of zullen worden betrokken, maken deze problematiek tot de hunne op een wijze die het gevaar zou kunnen meebrengen dat euthanasie en (of) hulp bij zelfdoding op andere dan strikt medische indicaties zou kunnen worden toegepast. Met name binnen de gammawetenschappen lijkt soms de tendens te bestaan een ruimere indicatie toe te laten dan die waartoe de meeste medici bereid zijn. Wij menen dat het bepalen van de grenzen van de indicatie tot en

het eventueel ten uitvoer brengen van euthanasie en (of) hulp bij zelfdoding uitsluitend dienen te blijven voorbehouden aan huisartsen en klinisch werkzame artsen.

Kort geleden verscheen een rapport van de Gezondheidsraad (1982), dat de neerslag was van langdurige discussies en beraadslagingen van een commissie die was samengesteld uit mensen met verschillende, soms tegengestelde visies ten aanzien van euthanasie, die bovendien afkomstig waren uit diverse professionele groeperingen. Verder hebben LEENEN en RASKER (1982) in een bijzonder hoofdartikel in dit tijdschrift de houding van de arts tegenover een verzoek om euthanasie aan de orde gesteld. In grote trekken delen wij hun opvattingen. Maar voor een verantwoorde toepassing van euthanasie is meer nodig dan maatschappelijke aanvaardbaarheid en het voorlichtingsmateriaal van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. Naast juridische en moreel aanvaardbare richtlijnen zijn er medisch hanteerbare „spelregels” nodig die zo goed mogelijke waarborgen dienen te bieden tegen een (te) lichtvaardige toepassing van een handelwijze waarvoor geen weg terug bestaat.

De roep om euthanasie

Naarmate de technische vermogens van de geneeskunde zijn toegenomen, is de mening bij het publiek versterkt dat de arts, koste wat het kost, het leven van een patiënt in stand wil houden of wil rekken, zelfs indien dat voor de betrokkene veel ellende en ondraaglijke pijnen met zich brengt. Een voor de hand liggende angst voor de overweldigende ontwikkeling van de technologie in de geneeskunde lijkt bij deze opvatting een belangrijke rol te spelen en inderdaad zijn de artificiële mogelijkheden om vitale orgaanfuncties te vervangen groot. Het lijkt soms gemakkelijker het leven van een zieke te rekken, dan het op een waardige wijze te beëindigen. De roep om euthanasie is dus begrijpelijk; te meer, daar velen na jarenlang te zijn bestookt met berichten over onnodig medisch handelen in het algemeen en tijdens het eindstadium van ziekten in het bijzonder, een langdurig, ondraaglijk en onwaardig einde vrezen. We hebben dus met een „levens”groot maatschappelijk probleem te maken, een probleem dat een groot aantal mensen verontrust en bezighoudt. Hoe voor de hand liggend ook, het publiek lijkt zich echter niet altijd te realiseren dat euthanasie een onherroepelijke handeling is. En dit handelen van de arts stoelt nogal eens op premissen die uiterst wankel kunnen zijn: want wat is „ongeneeslijk ziek”, wat is „de stervensfase” en vooral: wat is „ondraaglijk lijden”? Ieder die dagelijks aan een ziekbed staat, weet hoe moeilijk het kan zijn een onaantastbaar oordeel hierover uit te spreken. Hierbij mag gevoegd worden dat de huidige stand van de medische wetenschap ondraaglijk lijden vrijwel altijd tot aanvaardbare proporties weet terug te brengen en daar komt dan nog bij dat menselijke aandacht in het algemeen het lijden meer

verlicht dan pillen en injecties vermogen te doen.

LEENEN en RASKER (1982) vermelden een aantal voorwaarden waaraan euthanasie wel en niet zal moeten voldoen. In onze ogen bieden deze voorwaarden echter nog geen waterdichte garantie voor een optimale zorgvuldigheid. Geneeskunde is een moeilijk vak en zelfs euthanasie na consultatie van één of meer collega's zou kunnen leiden tot een vorm van euthanasie die meer gebaseerd is op het gegeven van de maatschappelijke aanvaardbaarheid dan op het werkelijk allerlaatste middel waarover de arts beschikt om de patiënt op waardige wijze uit zijn lijden te verlossen.

Onze samenleving wordt bedreigd (men vergeve ons deze kwalificatie) door de oprichting van teams van „deskundigen” die bereid zijn om het leven van patiënten, ook al werden zij niet door hen behandeld, op technisch volmaakte wijze te beëindigen. Met LEENEN en RASKER (1982) zijn wij van mening dat de behandelende arts zelf de euthanasie moet uitvoeren en mocht hij dit om technische redenen aan derden overlaten, dan dient hij daar zelf bij aanwezig te zijn en er de volle (mede)verantwoordelijkheid voor te dragen. Het loskoppelen van medische behandeling en actieve levensbeëindiging is onaanvaardbaar.

Het rapport van de Gezondheidsraad

Bovengenoemde en vele andere aspecten komen aan de orde in het rapport over euthanasie en hulp bij zelfdoding dat door de Gezondheidsraad (1982) is opgesteld en aan de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne werd uitgebracht. Iedere Nederlandse arts die met de vraag naar euthanasie wordt of kan worden geconfronteerd, zou van de inhoud van dit rapport kennis dienen te nemen. En niet, omdat het een antwoord geeft op zijn (of haar) vragen, maar omdat het de vele vragen en problemen ordent en aan een redelijk kritische beschouwing onderwerpt. Men kan van de maatschappelijke en juridische tendensen kennis nemen om euthanasie te herleiden tot algemene regels van wet en ordening. Het blijkt uit dit rapport hoe moeilijk het zal zijn aan deze wetten vorm te geven en deze toe te passen op juist dat ene individu, over wie de medicus zal moeten beslissen. Maar ook al komt er een juridisch kader waarbinnen de medicus zonder kans op strafvervolging euthanasie kan toepassen, toch willen wij er, vrij zeker ten overvloede, op wijzen dat het geneeskundig handelen (of beter gezegd: het handelen van de geneeskundige) ook zich zelf duidelijke eisen moet opleggen van zorgvuldigheid en bezinning.

Een medische benadering

Eén onzer heeft als lid van de genoemde Gezondheidsraadscommissie 10 regels opgesteld die als bijlage aan het rapport zijn meegegeven. De kern hiervan kan wellicht tot discussie leiden, een discussie waarom ook de hoofdredactie van dit tijdschrift onlangs heeft gevraagd. Ofschoon deze regels ook een bijdrage willen vormen tot de in het vooruitzicht gestelde

wettelijke regeling van euthanasie, betreffen ze in de eerste plaats datgene wat de medicus aangaat en daarom verdienen ze onzes inziens een plaats in dit tijdschrift in de hoop dat ze aan collegiale kritiek of bijval zullen worden onderworpen.

Euthanasie zal slechts op toetsbare medische indicaties mogen geschieden. Tegen die achtergrond kan er vanuit de medische professie in feite weinig bezwaar bestaan tegen een formele legalisering van euthanasie. Alle vrijheden – dus ook euthanasie – in het intermenselijke verkeer zijn echter aan zekere beperkingen gebonden. Formele legalisering te ener zijde vraagt om zo goed mogelijke waarborgen voor zorgvuldig handelen en professionele nauwkeurigheid te anderer zijde.

Uitgangspunt van onze opvatting is dat er sprake dient te zijn van een eindstadium van een dodelijke organische ziekte met een voor de patiënt en door de patiënt en diens behandelende arts ondraaglijk geacht lijden en (of) zodanige ontluistering erdoor, dat grote doses opiaten en (of) andere ingrijpende maatregelen zoals voortdurende beademing, kunstmatige voeding enz. nodig zijn om hierin enige verlichting te brengen of zonder welke verlenging van het leven niet mogelijk zou zijn. Als aan deze voorwaarde(n) is voldaan en patiënt en behandelend arts tot de overtuiging zijn gekomen dat alleen euthanasie nog uitkomst kan brengen, dienen beiden bereid te zijn deze onherroepelijke stap van optimale waarborgen vooraf en vooral ook van toetsing achteraf te voorzien. Dit laatste kan met postmortaal onderzoek bereikt worden, maar het biedt vooral ook daarom een waarborg, omdat de arts weet dat zijn handelen zal worden geverifieerd op de medisch juiste indicatie.

Gegeven deze in onze ogen noodzakelijke toetsing van wettelijk geregelde euthanasie dienen de patiënt en (of) diens familie en uiteraard de behandelende arts zich dus tevoren te realiseren dat, als euthanasie wordt toegepast en op het overlijdensformulier wordt vermeld, er na het door de euthanasie bespoedigde overlijden, obductie zal geschieden. De bij de obductie verkregen gegevens bevestigen de diagnose (of niet) en verifiëren daarmee in belangrijke mate de indicatie die tot euthanasie heeft geleid. Indien bij obductie zou blijken dat er geen dodelijke ziekte bestond, hetgeen kan en zal voorkomen, kan de betrokken arts overwegen hierover door intercollegiale toetsing te laten oordelen. Het gaat er niet om, de arts die naar eer en geweten heeft gehandeld, in gebreke te stellen; het gaat er echter wel om, dat euthanasie en (of) hulp bij zelfdoding (ook) op strikt medische indicatie een zo ernstige en onherroepelijke daad is, dat de betrokken arts formeel gehouden moet zijn, zijn handelen door obductie te doen beoordelen. De wijze waarop, door wie en waar obductie moet worden uitgevoerd, kan nader worden uitgewerkt.

Op het overlijdensformulier dient te worden vermeld: de aard van de ziekte(n) op grond waarvan euthanasie werd verricht en het woord euthanasie zelf. Indien de behandelende arts de euthanasie niet

zelf (heeft) verricht, dient het overlijdensformulier zowel door hemzelf als door de arts die het euthanaticum toediende te worden getekend.

Aan het begrip „eindstadium van een letale organische ziekte” kan in zekere mate een ruime interpretatie worden gegeven. Men denke hierbij aan pas- en (of) vroeggeborenen met zodanige lichamelijke afwijkingen dat de levenskans miniem moet worden geacht en (of) het in leven houden niet dan met ingrijpende hulpmiddelen mogelijk is. Ook zou gedacht kunnen worden aan die vormen van dementering die met totale ontluistering gepaard gaan. Het wordt dan echter moeilijk de patiënt zelf in de besluitvorming te betrekken.

De verruiming van de interpretatie kan en mag echter niet zo ver gaan, dat het verlangen tot sterven van de betrokkene en (of) een oppervlakkig klinisch inzicht van de behandelende arts voldoende zouden zijn euthanasie te rechtvaardigen en te verrichten. De arts die de euthanasie verricht, dient zich ervan overtuigd te hebben en zich er van bewust te zijn dat aantoonbare ernstige organische afwijkingen moeten bestaan. Het postmortale, pathologisch-anatomische onderzoek kan en moet dienst doen als waarborg vooraf en als controle achteraf.

Met LEENEN en RASKER (1982) menen wij dat het de voorkeur verdient dat het besluit tot het verrichten van euthanasie of het hulp verlenen bij zelfdoding in teamverband (multi-disciplinair?) wordt genomen. Een absolute voorwaarde is dit in onze ogen niet (meer), aangezien het vaststellen van een organische ziekte in het eindstadium veelal geen team van artsen, al dan niet aangevuld door anderen, vereist.

Conclusie

Met deze medische gedragsregels kan en mag de euthanasie uit de strafrechtelijke sfeer worden gehaald. Zo lang er (kwantitatief, visueel, humoraal of anderszins) geen toetsbare criteria bestaan voor niet-organische ziekten en (of) ondraaglijk geachte levenssituaties, dient euthanasie en (of) hulp bij zelfdoding op deze indicaties onvoorwaardelijk strafbaar te blijven en ook daadwerkelijk te worden bestraft. Het aanvaarden van niet-toetsbare indicaties voor een onherroepelijk handelen als euthanasie, zal, naar wij vrezen, aanleiding kunnen geven tot ernstige misstanden. Het lijkt niet uitgesloten dat de geschiedenis het morele oordeel over onze generatie onder meer zal vellen naar aanleiding van de wijze waarop wij ten aanzien van euthanasie en abortus hebben gehandeld.

LITERATUUR

Gezondheidsraad (1982) *Advies inzake euthanasie*. Verslagen, Adviezen, Rapporten nr. 20/82. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage.

LEENEN, H.J.J. en J.J. RASKER (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 55.

April 1982