

DISCUSSIE EUTHANASIE

MEIJLER en ROOS (1982) brachten in hun beschouwing over euthanasie weer enkele andere facetten naar voren dan LEENEN en RASKER (1982). Zonder het voorafgaande te herhalen zou ik op enkele punten willen ingaan. Evenals laatst genoemde auteurs en COLENBRANDER (1982) beperk ik mij uitdrukkelijk tot euthanasie in engere zin, in de stervensfase.

De zorgvuldigheid en bezinning waarop het handelen van de geneeskundige zich bij euthanasie moet baseren zal wel niemand willen ontkennen. Als Meijler en Roos de vraag stellen: wat is „ongeneeslijk ziek” en wat is „de stervensfase”, dan begrijp ik hen wel, maar ik vind hen nogal theoretisch. In het merendeel van de gevallen zal daar naar mijn ervaring geen twijfel over behoeven te bestaan, een enkele uitzondering daargelaten. Gewoonlijk denken wij aan patiënten bij wie de medische diagnose vaststaat, het ziektebeloop daarmee in overeenstemming is en de algemene toestand zo achteruit gaat dat het einde van het leven met zekerheid in zicht komt. De vraag naar euthanasie zal juist rijzen bij een te lang gerekt lichamelijk lijden.

Voorts stellen Meijler en Roos de vraag: wat is „ondraaglijk lijden”? Het is naar mijn mening niet alleen de pijn, er zijn meer factoren die het eindstadium ondraaglijk kunnen maken. De vraag, wat is ondraaglijk lijden, kan alleen door de zieke worden beantwoord. Zoals ook de vraag om euthanasie alleen en uitsluitend van de zieke afkomstig mag zijn. Het besluit tot die vraag zal niemand licht vallen. De zieke zal de gelegenheid moeten krijgen er vrij over te spreken, en in vertrouwen. Dit is nog wat anders dan de „roep om euthanasie” van hen die gezond zijn en die willen weten wat te zijner tijd het antwoord zal zijn als zij ooit in een hopeloze toestand zouden geraken.

Over de plaats en het tijdstip van euthanasie het volgende. De optimale plaats voor euthanasie is thuis omdat het een zo persoonlijke beslissing is. In een ziekenhuis zullen eerder de emoties van (vele) anderen ermee gemoeid raken. Het zal echter helaas in de praktijk dikwijls niet mogelijk zijn om te kiezen waar men wil sterven. De zieke zou het moment van de euthanasie zelf moeten kunnen kiezen. Wanneer hij of zij daartoe in staat gesteld wordt heeft men tevens de zekerheid dat de patiënt(e) het wezenlijk en tot het laatst toe heeft gewild. Als de zieke het moment kan kiezen is deze daardoor ook vrij om te kiezen wie er bij aanwezig zullen zijn. En ik kan mij indenken dat dit heel belangrijk kan zijn. Het zou veelal niet de arts moeten zijn die de euthanasie verricht, maar de zieke zelf. De geneeskundige is nodig om de indicatie te stellen en de instructies te geven omtrent wat nagelaten c.q. gedaan dient te worden. Slechts wanneer een zieke niet (meer) in staat is om te slikken zou de arts de euthanasie kunnen verrichten. De verantwoordelijkheid voor de euthanasie blijft bij de arts, ook al zou deze er niet bij aanwezig geweest zijn. Voor de zieke

wordt op deze wijze de afhankelijkheid van de arts zo gering mogelijk.

Het idee van toetsbare medische indicaties en van toetsing achteraf, door Meijler en Roos naar voren gebracht, verdient naar mijn mening steun en nadere uitwerking. Het lijkt mij duidelijk dat voor toetsing achteraf niet alleen (verplichte) obductie kan dienen. Postmortaal onderzoek zou overbodig leed kunnen berokkenen aan de zieke en diens naasten. De patiënt(e) zou dan weten dat de vraag om euthanasie tevens obductie tot gevolg heeft. Vooral als iemand de laatste maanden of weken thuis wil en kan doormaken zou een dergelijke verplichting voor mijn gevoel te zwaar zijn. In een ziekenhuis zal dit wellicht iets anders liggen.

Wanneer is de diagnose zo zeker dat obductie overbodig is? De meeste patiënten zullen door een specialist of door een team behandeld zijn, er is dus al intercollegiaal overleg. Kijken we nu naar de oncologie, het terrein waar de meeste angst van de mensen uit voort komt, dan heeft men de aard van het proces bij een operatie of biopsie ondubbelzinnig vastgesteld. Bovendien is door lichamelijk onderzoek, radio-diagnostiek e.d. de uitbreiding van het proces gevolgd. Als een patiënt dan cachectisch overlijdt, al of niet na euthanasie, staat de diagnose ook zonder obductie vast. Zo zijn er zeker meer ziekten, waarbij op grond van ondubbelzinnige gegevens en het beloop de diagnostiek duidelijk is.

Men zou dus ook kunnen afspreken om in geval van euthanasie de medische gegevens (in copie) van de patiënt(e) ter beschikking van de inspectie te stellen en slechts indien nodig tot obductie te laten besluiten. De handtekening van de medebehandelende arts of specialist zou op deze papieren kunnen staan, zodat de overlijdensformulieren alleen door de behandelende geneeskundige getekend behoeven te worden.

Is het, tot slot, wellicht een goede richtlijn om te stellen dat de geneeskundige in het geval van euthanasie belangeloos dient te zijn t.o.v. de stervende?

Literatuur: COLENBRANDER, M.C. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1056. – LEENEN, H.J.J. en J.J. RASKER (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 553. – MEIJLER, F.L. en J. ROOS (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1286.

Wassenaar, juli 1982 E.J. SCHAEPMAN-VAN GEUNS

In de discussie over euthanasie mis ik het advies van voedselabstinentie, waarvoor men de volgende overwegingen kan aandragen. De patiënt dwingt passieve zelfdoding af, op advies (de term „passieve euthanasie” is hier onjuist (LEENEN en RASKER 1982)); belast niet 2 of meer artsen en de familie, psychisch en emotioneel met een ingreep; blijft, hoewel met irritabiliteit, langdurig psychisch helder.

Het klinische beeld – passagère honger, anorexie, vetatrofie respectievelijk spieratrofie, nachtelijke