

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

polyurie, oedeem, diarrhoea – zal naar verhouding kort duren, eerder 4 weken dan 2 maanden, en vaak niet volledig tot bloei komen wegens de indicatie: *conditio moriendi*. Zou in bepaalde gevallen deze terminale strategie niet verwerpelijk zijn? De opponent, die stelt, dat alleen een psychiatrische patiënt, o.a. met latente anorexia nervosa, op deze wijze een zachte dood zou kiezen, vergist zich en gaat bovendien voorbij aan de problematiek. Diverse artsen en patiënten blijven weerstand voelen tegen doden op verzoek (VAN DER DOES DE WILLEBOIS 1982). Zij bevinden zich daarbij in behoorlijk gezelschap, bijvoorbeeld dat van Hippokrates.

Literatuur: DOES DE WILLEBOIS, J.A. VAN DER (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1106. – LEENEN, H.J.J. en J.J. RASKER (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 553.

Amsterdam, juli 1982

H.V. VAN DER KROON

LEENEN en RASKER (1982) doen verslag van een bespreking over euthanasie in een discussiegroep. Zij vermelden dat zij ervan uitgaan dat euthanasie plaatsvindt. Uit hun verslag blijkt bovendien dat zij euthanasie aanvaardbaar achten; zij merken op dat het immoreel is om de patiënt niet door te verwijzen als deze om doding verzoekt en de arts dat niet juist acht – doorverwijzing zou in zijn ogen juist immoreel zijn – maar een coherente rechtvaardiging van hun standpunt ontbreekt. Blijkbaar wordt dat niet meer noodzakelijk geacht.

Naar onze mening kan de arts alleen dan een standpunt bepalen als hij de behandeling in een breder verband kan plaatsen, zoals aangeboden wordt door de verschillende moraal-filosofische scholen. De semantiek moet duidelijk en ondubbelzinnig zijn en een onderscheid moet worden gemaakt tussen wat als standaard wordt aanvaard en welke criteria in de praktijk kunnen worden toegepast om daaraan te voldoen.

De standaard in vraagstukken zoals „wanneer is een patiënt dood”, of „wanneer is euthanasie aanvaardbaar” moet primair door moraal-filosofen worden beantwoord, waarna de arts criteria moet formuleren om daaraan te voldoen. In een recente publikatie in de JAMA, waaraan meer dan 30 leidinggevende artsen in de V.S. hebben meegewerkt en waarin criteria voor de dood worden beschreven, is het onderscheid tussen standaard en criteria niet duidelijk naar voren gebracht. Blijkbaar vereist dat filosofische scholing die bij artsen veelal ontbreekt. Het onderscheid is echter van eminent belang, niet alleen voor de patiënt en de arts, maar ook voor de wetgever. Immers, de wetgever heeft geen specifieke taak medisch handelen te dicteren van geval tot geval, hij moet echter wel uitdrukkelijk bepalen waar sprake is van „dood of leven” of van een criminele handeling. Als een patiënt „hersendood” is door een schotwond in het hoofd en alle andere orgaan-systemen ophouden te functioneren door het verwijderen van nieren en hart om als

donororgaan te fungeren, is het van groot belang wie de moordenaar is, de chirurg of degene die het schot loste. Als standaard voor de dood nu is algemeen aanvaard dat de patiënt dood is als de hersenen, inclusief de stam, irreversibel en volledig beschadigd zijn. Hiermee vervalt dus de noodzaak voor de term „hersendood”. Dood is dood.

Om nu terug te komen op euthanasie, het is van belang te analyseren welke houding de arts aanneemt ten opzichte van zijn beroep. Meent hij dat hij moet gezond houden, genezen en het leven moet behouden ten koste van alle beschikbare middelen, of moet hij het leven begeleiden? Vóór de renaissance was de arts een begeleider van het leven, „de arts wikt en God beschikt”. Ná de renaissance echter wordt zijn taak het leven koste wat kost te behouden. Sir Francis Bacon beschrijft omstreeks 1600 voor het eerst deze houding. Er ontstaat in veel discussies een volkomen spraakverwarring omdat opponenten de basis van hun betoog, nl. deze twee basisfilosofieën, niet naar voren brengen. Zouden zij dat doen, dan wordt meteen over het verschil in opvatting veel duidelijkheid geschapen. In onze verdere beschouwing zullen wij een perspectief opbouwen vanuit de pre-renaissance-optiek, dus als begeleider van het leven.

De dood in ouderdom, zonder een lang sterfbed en met een vervuld leven wordt aangeduid met „bona mortalitas”. Eigenlijk betekent euthanasie hetzelfde als bona mortalitas; echter, door de voortdurende spraakverwarring en door de euthanasie verenigingen in Engeland en de V.S. en vooral Nazi-Duitsland, is het woord voor velen een synoniem geworden voor moord. Vandaar dat wij het woord waar mogelijk vermijden. De discussiegroep is naar onze mening niet in een goede, ondubbelzinnige en onbevooroordeelde definitie van het woord geslaagd. Het is voor iedere auteur opnieuw een moeizaam proces om zijn specifieke definitie van euthanasie te geven en te verklaren. Zelfs als hij daarin slaagt blijft het de vraag hoe de definitie bij de lezer overkomt.

Oorspronkelijk was de bona mortalitas ook wel aangegeven met natuurlijke dood. Deze laatste term wordt nu echter gebruikt om aan te geven dat een patiënt overlijdt zonder strafrechtelijk te vervolgen oorzaak. In onze ogen is het een eufemisme van natuurlijke dood te spreken als patiënten overlijden in ziekenhuizen, na de verwijdering van allerlei organen en na de toediening van zeer toxische medicamenten. Onlangs hebben wij een overzicht gegeven van ongevallen in ziekenhuizen, waaruit blijkt dat er bij een niet te verwaarlozen aantal patiënten een directe iatrogene aanleiding is tot hun overlijden (HENDRICKX e.a. 1981). De intentie is echter niet te doden maar het leven te behouden, wat de arts vrijwaart van vervolging. Wij noemen desondanks alle overlijden natuurlijk, als er geen sprake is van strafrechtelijk vervolgbare feiten.

Het tegenovergestelde van bona mortalitas is dysthanasie, de dood door ziekte, na een onvoltooid leven en met veel lijden. Als begeleider van het leven