

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

heeft de arts als taak de patiënt te begeleiden ook gedurende zijn overlijden. De arts moet zorgen voor goede pijnbestrijding, voor infusie van vocht ter voorkoming van dorst (een van de vaak voorkomende en meest irriterende ergernissen van stervenden) en voor een humane benadering. Deze houding of behandeling is door Fletcher aangeduid met anti-dyathanasie. Hierbij is het dus mogelijk dat het overlijden van de patiënt wordt bespoedigd door bijvoorbeeld analgetica, echter met de intentie lijden te verzachten. Analgetica-toediening met de intentie te doden is niet te rechtvaardigen. Onlangs heeft de paus op dit gebied een uitspraak gedaan en met klem gezegd dat lijden zoveel mogelijk moet worden voorkomen, zelfs als dat een sneller overlijden tot gevolg heeft. Zelf hebben wij tweemaal patiënten met zodanig heftige pijn dat communicatie niet meer mogelijk was analgetica gegeven in hoge dosering die de meeste anesthesiepatiënten voor lange tijd volledig pijnloos zou maken. Eén patiënte werd communicatief voor korte tijd, beiden overleden echter binnen 24 uur na de toediening van deze medicamenten. De ademhalingsfrequentie daalde slechts gering, wat erop wijst dat zij mogelijk zeer hoge doses analgetica nodig hadden.

Als de analgetica worden toegediend met het doel de patiënt te doden, spreken wij van biathanasie. Een goed voorbeeld hiervan is het overlijden van Freud, die een jarenlange overeenkomst had met zijn behandelend geneesheer, dat deze hem morfine zou geven in hoge dosering als de pijn ondraaglijk werd. Toen het zover was, riep Freud alle dierbaren bij zich en nam afscheid. Zijn arts gaf hem de morfine en hij overleed binnen korte tijd zonder nog bij bewustzijn te komen. Hier is dus de opzet te doden duidelijk en daarom menen wij dat het afkeurenswaardig is.

Als een patiënt verzoekt om doding, kan en mag (of zelfs moet) de arts alles doen om lijden te voorkomen en de arts moet dan ook aan de patiënt uitleggen dat op een gegeven moment de pijnbestrijding kan bijdragen aan een sneller overlijden. Het verzoek tot doding zelf wijzen wij af. Bijna altijd is het verzoek een roep om hulp en een teken van angst voor onmenselijk lijden. De verzekering van een goede begeleiding, zelfs als dat vervroegd overlijden tot gevolg heeft, geeft gemoedsrust aan de patiënt voor zijn soms korte leven, en wij hebben nog geen patiënt meegemaakt die deze handelwijze afkeurde. Dit is dus anti-dyathanasie en niet biathanasie. De patiënten die hiervoor in aanmerking komen zijn allen terminaal ten gevolge van een voortschrijdend carcinoom of ander lijden. Wanneer een patiënt komt met een geperforeerde appendicitis en om volledige pijnbestrijding verzoekt zelfs als dat de dood ten gevolge heeft, is de juiste handelwijze echter operatief ingrijpen. Dus, als een lijden van tijdelijke aard de oorzaak is van heftige pijn, mag de bestrijding daarvan niet in ultimo worden uitgevoerd als dat het leven van de patiënt in gevaar brengt. In dat geval zouden wij spreken van homicide.

Als standaard voor ons handelen zien wij dus primair de begeleiding van de patiënt, en niet de preservatie van leven. De criteria voor rechtvaardiging van het overlijden bespoedigende therapieën zijn allereerst de irreversibiliteit van het lijden, een relatief sterke progressie, en een wederzijdse erkenning van onze taakopvatting. Het is naar onze mening niet noodzakelijk elke stap die gezet wordt volledig uit te spellen en daarvoor de toestemming van de patiënt te verkrijgen. De overeenkomst houdt in een goede begeleiding tot de dood, inclusief een eventueel het overlijden bespoedigende behandeling. De discussiegroep is echter van mening dat toestemming is vereist. Op grond waarvan is ons niet duidelijk.

De euthanasieverenigingen hebben zich intens beziggehouden met patiënten die na een ongeval in een te goede conditie geraken om te overlijden, echter slechts verder vegeteren, wat mogelijk wordt gemaakt door zeer technologische intensive care. De buitengewone middelen die noodzakelijk zijn om deze patiënten in leven te houden omvatten soms beademing, extracorporele circulatie, nierdialyse, fysiotherapie en kostbare medicamenten. De kosten hiervoor zijn extreem hoog. In dit verband wordt gesproken van „wrongful-life”. De patiënt zou eigenlijk overleden moeten zijn, ware het niet dat technologie het weinige leven dat nog aanwezig is, preserveert. Wij zijn van mening, als begeleider van het leven, dat deze patiënten niet met deze buitengewone middelen in leven mogen worden gehouden. In de gevallen waar niet meer dan vegeteren is overgebleven kan naar onze mening zonder toestemming van de patiënt of voogd worden gestopt met de behandeling. Echter, als het aannemelijk is dat het bewustzijn van de patiënt geheel of gedeeltelijk aanwezig is of kan worden hersteld, moet als standaard worden aangehouden dat de behandeling alleen mag worden gestopt als de patiënt dat verzocht heeft door middel van een zogenaamde „living will”, of als uit gesprekken met voogd en familie blijkt dat de patiënt in die situatie behandeling geweigerd zou hebben, ware hij bij machte die beslissing te nemen. Het probleem dan is echter dat de criteria om prospectief vast te stellen of bewustzijn hersteld kan worden nog niet goed zijn omschreven, en dat dus niet goed aan de standaard kan worden voldaan. De wetgever moet zich hiervan bewust zijn. In de praktijk lossen vele van deze gevallen zichzelf echter op gedurende de eerste dagen van de opname na ongevallen door hun spontane overlijden.

Met nadruk willen wij vermelden, dat naar onze mening niet altijd de toestemming van de patiënt of voogd nodig is om te beslissen de behandeling te staken. Verder is het van belang dat wij het niet eens zijn met de uitspraak dat nalaten van behandeling gelijk geschakeld moet worden aan het actief doden van een patiënt. Moralisten, zoals O'Rourke, besteden zeer veel aandacht aan het onderscheid daarvan om een aantal redenen. Als begeleider van het leven is het niet onze taak te interfereren met het fatum.

De begeleiding van het leven houdt dus niet in doding van de patiënt. Naar onze opvatting heeft de arts geen taak in deze. Betreffende suïcide en de hulp daarbij hebben wij nog geen duidelijke beleidslijn ontwikkeld. In enkele landen is hulp bij suïcide geoorloofd. In sommige situaties is daar ook wel iets voor te zeggen. Misschien dat in de toekomst meer duidelijkheid daarover komt van de zijde van moralisten.

Gerelateerde problemen treden op als een patiënt een genezende behandeling weigert, zoals bloedtransfusie door Jehovagetuigen. De arts moet het recht op zelfbeschikking respecteren. Echter, als er sprake is van afhankelijkten of kinderen van Jehovagetuigen, kan ontzetting uit de ouderlijke macht of uit het recht op zelfbeschikking voor de duur van de behandeling gerechtvaardigd zijn. Men moet echter bedenken dat dan soms in ernstige situaties de ouders het kind niet aanbieden voor behandeling om ontzetting uit de ouderlijke macht op voorhand te voorkomen en het kind is daar natuurlijk ook niet mee geholpen. Gelukkig zijn er alternatieven voor bloedtransfusie beschikbaar en is dit probleem in veel gevallen daarmee te voorkomen.

Wij willen niet onopgemerkt laten de houding van veel artsen en verpleegkundigen die terminale patiënten gebruiken om technieken of therapieën te proberen. Herhaaldelijk hebben wij meegemaakt dat co-assistenten of verpleegkundigen naar terminale patiënten werden gestuurd om te leren bloedprikken. Ook zijn wij, meermalen betrokken geweest bij „heroïsche therapieën”, vaak chirurgisch, met als enig doel ervaring te krijgen, terwijl de patiënt a priori geen baat van die behandeling kan verwachten. Dit valt onder het hoofdstuk vivisectie en is absoluut afkeurenswaardig, zelfs als dat een vervroegde verlossing uit het lijden tot gevolg heeft.

Onze conclusie is dat de ontwikkeling van standaards prioriteit heeft. Dat is vooral de taak van moralisten en niet van artsen. Vervolgens moet de standaard verwoord worden in praktische criteria. Dat is de taak van de arts. Mogelijk dat dit kader, in combinatie met het onderscheid tussen vóór- en ná-renaissance-houding van de arts, een perspectief biedt voor de vele moeilijke beslissingen die wij in de hedendaagse technologische geneeskunde moeten nemen. De wetgever heeft een taak in de regeling van medisch handelen voor zover het betreft de erkenning van standaards. Naar onze mening is het minstens zo belangrijk om aan te geven wanneer handelingen niet langer aanvaardbaar zijn. Het feit dat „euthanasie”, of handelingen in het algemeen, worden uitgevoerd in de dagelijkse medische praktijk mag nooit een basis vormen voor de erkenning en goedkeuring daarvan. Wij menen dat medisch-ethische vraagstukken in het vervolg alleen landelijk gepresenteerd zouden mogen worden, als een gedegen studie is gemaakt en een duidelijke moraal-theologische zienswijze, of beter zienswijzen worden gepresenteerd met referenties

naar de literatuur, die inmiddels zeer uitgebreid is en voor iedere serieuze lezer beschikbaar kan zijn.

*Literatuur:* BERNAT, J.L., C.M. CULVER, B. GERT (1982) Defining death in theory and practice. Hastings Center Report 12:5-8. - COOMBS, D.W., R.L. SAUNDERS, M. GAYLOR, M.G. PAGAU (1982) Epidural narcotic infusion reservoir: implantation technique and efficacy. Anesth 56:469-473. - Editorial (1980) The pope on medical ethics. Origins 10:351-352. - Editorial (1980) Patient's right to die case decided by New York court. The Citation 41:1-2. - HENDRICKX, H.H.L., G.G. KNICKERBOCKER, M.E. BRULEY, J.J. SKREENOCK (1981) Ongevallen in ziekenhuizen. Medisch Contact 1339-1342. - ILLICH, I. (1976) Death against death. In: I. ILLICH, Medical nemesis. The expropriation of health. Bantam books: 171-204. - KASTENBAUM (1979) The physician and the terminally ill old person. In: Clinical geriatrics. I. ROSSMAN (Ed.), Lippincott Co.: 576-589. - LEENEN, H.J.J., J.J. RASKER (1982) De houding van de arts tegenover een verzoek om euthanasie. Ned.T. Geneesk. 126:553-56. - LOUISELL, D.W. (1973) Euthanasia and biathanasia: on dying and killing. Cath Univ Law Rev. 22:723-745. - O'ROURKE, K. (1982) Allowing a patient to die: the ethical issues. Critical Care: state of the art III(R):1-27. The Society of Critical Care Medicine. - SEPER, F., J. HAMER (1980) Vatican declaration on euthanasia. Origins, 10:154-157.

Pittsburgh (V.S.), juli 1982 H.H.L. HENDRICKX

Naar aanleiding van de reactie van H.J.J. LEENEN (1982) op het ingezonden stuk van G.L.M.A. HAGE-NOËL (1982) zouden wij enkele opmerkingen willen maken.

In het licht van de taakomschrijving van de apotheker kan een apotheker bij zijn beroepsuitoefening weigeren om een geneesmiddel als euthanaticum af te leveren (BERGHUIS e.a. 1982). Het functioneren als apotheker of als arts is onlosmakelijk verbonden met het functioneren als mens. Door LEENEN en RASKER (1982) wordt erkend, dat een arts die bijvoorbeeld uit levensovertuiging niet bereid is om aan euthanasie mee te werken, dat niet behoeft te doen. Ook behoort een verpleegkundige niet met uitvoerende handelingen belast te worden. Deze uitspraken zijn in overeenstemming met die, welke in het advies van de Gezondheidsraad inzake euthanasie genoemd zijn. Wij verzetten ons dan ook tegen de zienswijze van Leenen dat een apotheker niet het recht zou hebben om, handelend vanuit zijn levensovertuiging, zijn medewerking aan euthanasie te onthouden.

*Literatuur:* BERGHUIS, F. e.a. (1982) Pharm. Weekbl. 117, 418. - HAGE-NOËL, G.L.M.A. (1982) Ned. T. Geneesk. 126, 1055. - LEENEN, H.J.J. (1982) Ned. T. Geneesk. 126, 1056. - LEENEN, H.J.J. en J.J. RASKER (1982) Ned. T. Geneesk. 126, 553.

's-Gravenhage, juli 1982

Werkgroep Euthanasie KNMP