

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