

Iedere dokter die de echt klinische geneeskunde beoefent, huisarts of specialist, komt van tijd tot tijd in aanraking met patiënten die dood willen, of zeggen dat ze dood willen. Hoe groot is het aantal van die zieken? In de gegevens van de Continue Morbiditeits Registratie over de jaren 1976-1981 zijn aanwijzingen te vinden, dat in ons land jaarlijks tussen de 700 en 2500 mensen aan hun huisarts om actieve euthanasie vragen.¹ Bij hoeveel van deze zieken de wil om gedood te worden vast en duurzaam is, hoeveel van deze laatsten ook werkelijk in een toestand verkeren dat ze op geen andere manier geholpen kunnen worden, is mij niet bekend. Ik neem aan dat op de vele duizenden die jaarlijks in Nederland een wrede dood sterven (10 à 20% van het totaal)^{2,4} en die wel eens om een spuitje vragen, er maar enkele honderden zijn die een onwrikbaar besluit hebben genomen, en maar enkele tientallen bij wie er werkelijk niet veel anders opzit dan ze te doden, wat dan ook gebeurt.

Het komt er op neer dat bij een paar honderd zieken de klassieke behandeling met sederende en pijnstillende middelen het opzettelijk doden nadert, en in een enkel geval gaat ze daarin ook werkelijk over. Een scherpe scheidslijn tussen euthanasie en palliatie met levensverkorting is er meestal niet. Euthanasie is een grensprobleem.

De meeste artsen – ook zij die over hun vak nadenken – hebben vrede met deze stand van zaken. Ze hebben geen behoefte aan een wettelijke regeling die officieel en met rompslomp toelaat waartoe ze zich ook zonder wet een heel enkele keer gerechtigd achten. Grensproblemen zullen er altijd zijn, ook als euthanasie gelegaliseerd wordt. Waarschijnlijk zullen ze door legalisering zelfs veel groter worden. Er is geen enkel principe dat niet soms mag worden overtreden. Wetten die dergelijke uitzonderlijke gevallen pretenderen te regelen zijn altijd slechte wetten: „hard cases make bad law”; luidt een Engels rechtsadagium.

Nu zou iemand kunnen zeggen: goed, laat het dan waar zijn dat het hele idee van een wet of buitenwettelijke regeling niet verstandig is, maar er zijn nu eenmaal mensen die daar anders over denken, en die mensen vragen tenslotte niet meer dan een regeling uitsluitend voor zich zelf, alleen voor het geval het nodig is, en die ze niemand willen opdringen. Zelfs als zo'n regeling overbodig mocht blijken, of alleen maar rompslomp en narigheid zou geven, zoals u beweert, dan is er nog geen man overboord en blijft ze dode letter, een nooit gebruikte wet zoals er wel meer zijn. Waar maakt u zich druk over? Over het volgende: Ik geloof helemaal niet dat de euthanasie-aanhangers het daarbij zouden laten. Als je hun geschriften leest, krijg je de indruk dat ze veel grotere ambities hebben. Ze hangen meestal een zeer afschrikwekkend beeld op van de gewone manier van sterven in ziekenhuizen. In hun ogen is het een soort worsteling met monitors,

infuusslangen en beademingsapparatuur, die de stervende tegen zijn wil wordt opgedrongen door een blinde of door eigenbelang beheerste geneeskunde. Het is eigenlijk een schande. Er klinkt vaak in hun beschrijvingen een toon van morele verontwaardiging tegen de geneeskunde door, die weinig ruimte overlaat voor een zakelijke discussie van de feiten.

Is deze houding, die nauw aansluit bij de heersende anti-technologiemode, al verontrustend genoeg, een deel van de euthanasie-aanhangers gaat nog verder. Ze klagen niet alleen het onnodige lijden aan (wat dat ook mag zijn), maar alle pijn en ellende. Het is alsof ze ieder lijden eigenlijk een schandaal vinden. Zo zei niet lang geleden een Amerikaanse actrice van 62 jaar in een TV-film, gewijd aan haar besluit om zelfmoord te plegen: „I don't want a minute of pain”, alsof leven zonder pijn mogelijk was. Je merkt deze houding vooral tijdens TV-debatten en -interviews. De voorstanders werpen de tegenstanders gewoon beelden voor de voeten van zeer zieke mensen, liefst omgeven door ingewikkelde apparatuur, zonder dat ze duidelijk maken wat de diagnose of prognose is. Associaties met folterkamers en vivisectie zijn onvermijdelijk en ook bewust gewild. Er heeft zich een demagogie tegen het lijden ontwikkeld, die het als een misstand aan de kaak stelt, iets waartegen geprotesteerd moet worden en waar als het ware schuldigen voor zijn aan te wijzen. De schuldige is hier niet meer alleen de geneeskunde, maar het leven zelf.

Ook het ideaal van De Goede Dood, dat de euthanasie-aanhangers tegenover Het Schandaal Van Het Lijden stellen, maakt bij nader inzien een wat griezelige indruk. Het klinkt natuurlijk heel mooi – zij het wat aanmatigend – dat „menswaardig sterven” „te rechter tijd” en met opgeheven hoofd, dat voor de zieke wordt opgeëist door sociologen en vormingswerkers van nog geen dertig jaar en op de toon van een looneis, maar is De Goede Dood, behalve snel en proper, werkelijk vrijwillig? Hoe vaak proef je niet dat het eigenlijk de kosten zijn voor de gemeenschap, de last en druk op de omgeving, die de doorslag geven in de geest van de voorstanders, en veel minder de wens van de zieke zelf. De hele euthanasiebeweging is vanaf het begin (nu meer dan honderd jaar geleden) doortrokken geweest van zulke economische en sociale motieven, en van collectivistische tendensen, al hangt er, zeker de laatste tien jaar, het dunne en doorzichtige gordijn van het recht op zelfbeschikking voor. Het aantal uitspraken van vooraanstaande euthanasie-aanhangers waaruit die collectivistische trekken blijken, is zo groot dat er een dik boek mee te vullen zou zijn. Ik verwijs daarvoor naar een uitvoeriger publikatie,⁵ en wil hier alleen nog een beeld schetsen van wat er nu al gebeurt in ziekenhuizen waar patiënten worden behandeld volgens euthanasievriendelijke principes. Al in 1973 beschreven Duff en Campbell hoe ze 43 zuigelingen op de pediatrie

intensive care-afdeling van Yale hebben laten doodgaan, omdat „prognosis for meaningful life was extremely poor or hopeless”.⁶

Op zich zelf is het staken van de behandeling bij patiëntjes met zeer zware defecten of ongeneeslijke ziekten natuurlijk helemaal niets bijzonders. Het is heel goed mogelijk en zelfs waarschijnlijk dat in de meeste van die 43 gevallen de beslissing zelf niet verschilde van wat kinderartsen altijd doen, of horen te doen. Maar de procedure van de besluitvorming en de motieven die daarbij een rol speelden geven een heel nieuw aspect aan de zaak. Ik doe er het beste aan de beide auteurs zelf te laten spreken: „For some years the unit has had a liberal policy for parental visiting. . . . Formal and informal meetings take place regularly. . . . As a given problem may require, some or all of several persons (including families, nurses, social workers, physicians, chaplains and others) may convene to exchange information and reach decisions” (cursivering I. v.d. S.).

Over de manier waarop die besluiten door al die tot betrokkenen gebombardeerde mensen werden genomen, gaven de auteurs uitvoerig uitsluitel. „The penetrating questions and challenges . . . of knowledgeable parents . . . brought increasing doubts about the wisdom of many decisions that seemed to parents to be predicated chiefly on technical considerations. Some thought their child had a right to die since he could not live well or effectively. Others thought that society should pay the costs of care that may be so destructive to the family economy. Often too, the parents' or siblings' rights to relief from the seemingly pointless, crushing burdens were important considerations. It seemed right to yield to parent wishes in several cases . . . As a result, some treatments were withheld or stopped . . . Such options were explored with the less knowledgeable parents to ensure that their consent for treatment of their defective children was truly informed.”

Kort en goed, het kwam er op neer dat de familie werd behandeld, en de gemeenschap, en dan misschien ook nog het patiëntje. Zo was er een mongooltje met, net als de bekende Johns Hopkins baby, duodenumatresie. Men liet het sterven omdat „his parents thought that surgery was wrong for their baby and themselves”. In dit ene zinnetje worden de eigen belangen van het patiëntje genegeerd door ze gewoonweg op één hoop te gooien met die van de ouders. De hele nieuwe procedure te Yale leidde daartoe. Zo schrijven Duff en Campbell: „Arguments among staff members and families for and against such decisions were based on varied notions of the rights and interests of defective infants, their families, professionals and society . . . Regarding the infants, some contended that individuals should have a right to die in some circumstances . . . Such very defective

individuals were considered to have little or no hope of achieving meaningful 'humanhood'.”

Het beeld dat er tenslotte oprijst uit zo'n artikel is dat van comités en praatgroepen die al pratend en vergaderend over de rechten van de zieke (en van anderen, om in de stijl van Duff en Campbell te blijven), met de beste bedoelingen en zonder zich daar eigenlijk goed van bewust te zijn, in werkelijkheid patiënten laten doodgaan op sociale indicatie. En dat is ook wat er dreigt bij onmondige, en zelfs mondige volwassen zieken, die, als deze mentaliteit zich zou verbreiden, onder sociale druk van de omgeving de dood zouden worden ingedreven, misschien zonder dat er een woord bij gesproken werd. Gelegaliseerde vrijwillige euthanasie, in een klimaat beheerst door de ideologie van De Goede Dood en door de commissies, comités en groepen van wat ik de sociologische technologie noem – en in dat klimaat leven we nu al – zou, ben ik bang, in de praktijk al heel snel afglijden naar het min of meer routinematig doden van zieken met een slechte prognose, van zwaar gehandicapten en versleten ouden van dagen, ongeacht de formele waarborgen waarmee de wetgever de zaak zou omgeven.

Tot slot nog een opmerking van de orde. Het is mijn ervaring dat kritiek op de euthanasiebeweging in Nederland nauwelijks meer wordt getolereerd. Christelijke oppositie tegen het principe, dat kan er nog mee door, maar zulke bezwaren als ik boven heb geuit wil men niet meer horen. Het is „not done”, en als het niet als laster wordt afgedaan, dan wordt het toch al gauw onfatsoenlijk genoemd. Het minste is wel dat je wordt verweten geen respect voor je tegenstanders te hebben. Ik vind dat een grote misstand: de idealen, ideeën en opvattingen van de euthanasie-aanhangers – zeker nu ze zulk een invloed dreigen te krijgen op de geneeskunde – moeten besproken en bekritiseerd kunnen worden met dezelfde vrijheid en hetzelfde gebrek aan respect waarmee zij de bestaande geneeskunde bekritisieren. Meer heb ik hier niet willen doen.

LITERATUUR

- 1 Continue morbiditeitsregistratie. Peilstations. Utrecht: Stichting Nederlands Huisartsen Instituut; Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne; en Geneeskundige Hoofdinspectie, 1976: 50-2; 1977: 53-5; 1981: 72-6.
- 2 Osler W. Science and immortality. Londen: Archibald Constable, 1904: 36-7.
- 3 Exton-Smith AN. Terminal illness in the aged. Lancet 1961; ii: 305-8.
- 4 Hinton JM. The physical and mental distress of the dying. Q J Med 1963; 32: 1-21.
- 5 Sluis I Van der. Het recht om grootmoeder te doden. 2e druk. Amsterdam: Editions Saint Jacques, 1979.
- 6 Duff RS, Campbell AGM. Moral and ethical dilemmas in the special-care nursery. N Engl J Med 1973; 289: 890-4.

Amsterdam, december 1982

I. VAN DER SLUIS