

Een tweede kernpunt is een voorstel tot verplichte obductie na euthanasie als controle op de juistheid van het euthanatisch handelen. Verplichte obductie is echter als controle op de kwaliteit van het euthanatisch handelen onbruikbaar, omdat uit pathologisch-anatomisch onderzoek niet een antwoord mag worden verwacht op de vraag of het desbetreffende lijden uitzichtloos en ondraaglijk is. Voor die kwalificaties bestaat geen morfologisch substraat en evenmin kunnen uit de samenhang tussen morfologische diagnoses in een epicritische beschouwing dergelijke kwalificaties worden afgeleid. Medisch verantwoorde euthanasie, voor zover iets dergelijks al bestaat, zal naar mijn overtuiging gebaseerd zijn op een valide diagnose, ook al blijkt die wel eens niet geheel juist te zijn, op een zo objectief mogelijke evaluatie van de ernst en de ondraaglijkheid van het lijden (waarvoor een intercollegiaal consult noodzakelijk kan zijn) en op het beoordelen van de toestand van de lijdende in diens emotionele en maatschappelijke context, en de beslissing daartoe zal tot stand komen in de strikt persoonlijke relatie tussen de lijdende en de helpende mens. Iets dergelijks laat zich niet in de terminologie van de patholoog evalueren.

Een enkele opmerking nog over Meijlers ongerustheid ten aanzien van de consequenties van legalisering van euthanasie voor klinisch-medisch onderzoek. In de schets die Meijler van de situatie geeft, wordt het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt buiten beschouwing gelaten. Ook zonder de mogelijkheid tot euthanasie zullen patiënten met een terminaal lijden zich niet steeds ter beschikking willen stellen voor gerandomiseerde klinische onderzoeken. De invloed van euthanasie op klinisch geneeskundig onderzoek lijkt mij derhalve op zijn minst onvoorspelbaar, maar waarschijnlijk marginaal.

Ik heb waardering voor Meijlers scherp geformuleerde poging de medische inbreng in de euthanasie-discussie te versterken, omdat zijn standpunten uitnodigen tot discussie. Waar hij poogt het mogelijke effect van legalisering van euthanasie te neutraliseren door een beperkend keurslijf van medische regelgeving, ben ik het echter volstrekt niet met hem eens.

F. T. BOSMAN

Maastricht, april 1986

Het ging in de door mij geciteerde artikelen niet om het fataal zijn van de diagnose, maar om de aard van de diagnose met de fatale afloop als gevolg. Als er euthanasie wordt gepleegd, wordt er op het fatale karakter van de gestelde diagnose vooruit gelopen. Als men zich in de aard van de diagnose kan vergissen (van 10-30%), moet men er ernstig rekening mee houden dat ook een vergissing ten aanzien van het fatale karakter van de diagnose mogelijk is. Hoe vaak men zich in dit opzicht vergist of zal vergissen, weet ik niet, waarschijnlijk in minder dan 10% van de gevallen. Maar hoeveel fouten is collega Bosman bereid te accepteren? Het lijkt niet onredelijk uit te gaan van 1 tot 5 foutieve diagnoses per 100 euthanasiegevallen. Per 2000 euthanasiegevallen per jaar, zou dit betekenen dat 20-100 mensen zonder dodelijke ziekte zullen sterven als gevolg van een dus ten onrechte uitgevoerde thanatische handeling. Waarschijnlijk zal, als de legalisering doorgaat, het aantal euthanasiegevallen nog aanzienlijk hoger komen te liggen en dan zal het aantal ten onrechte gedode patiënten eveneens stijgen. Is wie daarop let een kniesoor?

Het is onjuist, diagnose en klinisch beloop van elkaar te scheiden. Het medische beleid bij en mede daardoor het klinische beloop van een ziekte is mede afhankelijk van de gestelde diagnose. Een fataal geachte aandoening kan door de behandeling alleen al een terminaal karakter krijgen. De patholoog-anatoom kan meestal bevestigen of weerleggen, of het desbetreffende lijden inderdaad uitzichtloos was. Over de ondraaglijkheid kan ook de arts zich geen definitief oordeel

vormen, dat wordt door de patiënt bepaald. Wel kan het lijden in de meeste gevallen draaglijk worden gemaakt.

Artsen beoordelen al sinds mensenheugenis de toestand van een patiënt in diens emotionele en maatschappelijke context, wij hadden daar alleen niet zulke fraaie termen voor. Natuurlijk laat zich dit niet in de terminologie van de patholoog-anatoom evalueren, dat hoeft ook niet en mijn voorstel behelst dat ook niet. Wat ik beoog is dat, als de euthanasie onverhoopt zou worden gelegaliseerd, wij gaan leren in welk percentage euthanasie wordt toegepast bij niet-terminale aandoeningen en dat leerproces kan onverantwoorde toepassing van euthanasie ontmoeden.

Ik laat ook het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt niet buiten beschouwing, ik ga daarvan uit. Het gaat evenmin om gerandomiseerde klinische onderzoeken bij patiënten met een op korte termijn manifest terminaal (geacht) lijden; het gaat om onderzoeken met (uiteindelijk) een natuurlijke dood als eindpunt. Als artsen gelegaliseerd en op niet strikt medische gronden, zoals ondraaglijkheid, uitzichtloosheid zonder concrete onderbouwing, zelfbeschikkingsrecht, of emotionele en maatschappelijke aspecten het leven van patiënten gaan beëindigen, dan zijn dergelijke onderzoeken niet meer mogelijk. Ik geef toe dat het effect in kwantitatieve zin niet voorspelbaar is, maar dat is juist het probleem. En hoe aanvaardbaar is marginaal?

Collega Bosman wil geen keurslijf van medische regelgeving. Welke regelgeving wil hij dan wel? Die van een wet met niet definieerbare termen? Dit land kent talloze keurslijven voor medische handelingen en alleen om geld te sparen, maar met een regelgeving die het ten onrechte uitvoeren van euthanasie zou moeten neutraliseren om daarmee levens te sparen, is collega Bosman het volstrekt oneens.

Mijn vraag aan collega Bosman en onze professie is: hoe kunnen wij ten onrechte uitgevoerde gelegaliseerde euthanasie tot een minimum beperken? Zo lang de euthanasie niet gelegaliseerd is, is de arts die de thanatische handeling verricht zelf verantwoordelijk; zodra euthanasie in welke vorm dan ook wordt gelegaliseerd, zijn wij collectief verantwoordelijk voor alle gemaakte fouten. En dat die gemaakt gaan worden, staat vast. Daarom ben ik tegen legalisering. Wie een beter idee heeft dan verplichte obductie, als die legalisering van de euthanasie er toch komt, opdat wij althans van onze fouten kunnen leren, mag het zeggen.

F. L. MEIJLER

Utrecht, mei 1986

Euthanasie, recht en medische ethiek

In het artikel van Van Alphen et al. (1986; 601-4) wordt mijns inziens een aantal essentiële punten weggelaten of onvolledig behandeld. Mijn kritiek op hun betoog behelst de volgende punten:

1. De schrijvers gebruiken het argument dat medisch handelen dat erop gericht is mishandeling door de natuur of door ongeval te voorkomen, enz., weldoen is. Dit weldoen maakt volgens hen het medisch handelen in zichzelf gerechtvaardigd. De handeling van de arts is, naar ik meen, pas weldoen als de patiënt dit ook als zodanig ervaart en is gelegaliseerd doordat de patiënt erom vraagt. Wanneer het weldoen van de arts als rechtvaardigingsgrond voor medisch handelen telt, dan moet dit gelden voor de handeling door de medicus bij euthanasie. Euthanasie, in de definitie van de Staatscommissie: 'Het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene op diens verzoek' veronderstelt een verzoek van de patiënt om dat wat hij als weldaad ziet, namelijk beëindiging van

zijn leven. Het weigeren van een weldaad moet als daad van onbarmhartigheid opgevat worden. Dit betekent niet dat de arts altijd verplicht is tot het uitvoeren van euthanasie, maar wel dat door de vraag van de patiënt om een weldaad de euthanasie door de arts moreel gerechtvaardigd wordt. Volgens Kuitert kan alleen de overtuiging dat sterven voor deze mens geen weldaad is de arts van de verplichting tot deze daad ontslaan.²

2. Van Alphen et al. bestrijden een toetsing van het handelen van medici op grond van motieven. Ook zij moeten weten dat één daad verschillend gewaardeerd kan worden. Het geven van een hoge dosis pijnstillende middelen kan zowel doden als lijdensverzachting zijn. Dit wordt bepaald door de intentie waarmee de arts het middel toedient. Dit geeft aan dat de morele waarde van een daad niet zozeer bepaald wordt door de handeling alswel door de intentie hiervan. Dit maakt dat een toetsing van handelingen van medici wel degelijk ook op motieven moet plaatsvinden. Dit plaatst hen mijns inziens niet in een uitzonderingssituatie.

3. De schrijvers stellen dat de arts de plicht heeft het leven te beschermen en nooit de plicht heeft om te doden. Ook zeggen zij dat het zinloos rekken van leven als onmenselijk en vernederend moet worden gezien. Het volgen van de laatste redenering leidt tot een weg die de auteurs niet durven te gaan en die zij afschermen met het eerste argument. Het is onjuist om te stellen dat voorstanders van legalisering de arts een plicht tot doden willen opleggen. Eerder is de vraag relevant of de plicht tot levensbescherming voor de patiënt een plicht tot leven moet worden. Wanneer een patiënt zichzelf in een onmenselijke en vernederende toestand ervaart en verzoekt om euthanasie, zou het als onethisch beschouwd kunnen worden wanneer de arts de patiënt in deze toestand laat. De plicht tot bescherming van leven moet zich richten op meer dan het biologisch, door de arts vast te stellen leven. Het ongevraagd en ongewild verlengen van leven is mijns inziens moreel verwerpelijker dan het gevraagd en gewild verkorten daarvan.

4. Het artikel gaat aan het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt consequent voorbij. Zelfbeschikking moet volgens Kuitert gezien worden als het recht op uitoefening van je autonomie. Van dat recht kun je gebruik maken, maar je kan dat ook laten. Het wettelijk verbieden van euthanasie blokkeert alle keuzen en neemt het zelfbeschikkingsrecht en het individu niet serieus. De patiënt moet het recht hebben om om euthanasie te vragen, de arts moet, onder een groot aantal voorwaarden, het recht hebben de vraag van de patiënt in te willigen, al kan niemand hem daartoe dwingen. Het lijkt mij dat juist gewetensbezwaarden hierdoor met een gerust hart hun werk kunnen doen.

LITERATUUR

¹ Rapport van de Staatscommissie Euthanasie. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1985.

² Kuitert HM. Een gewenste dood. 2e druk. Baarn: Ten Have, 1981.

R. J. VAN MARUM

Amsterdam, april 1986

De kern van de discussie en tevens de essentie van ons artikel schuilt in de laatste zin van het commentaar van collega Van Marum. Hoewel welwillend door hem aangeboden, zoeken wij geen juridische houvast of morele steun met een gerust hart ons werk te kunnen doen. Wij wensen dit echter niet te doen vanuit een positie waarin ook hij ons plaatst: die van gewetensbezwaarden. Met andere woorden, de discussie gaat niet over de onvervreemdbaarheid van het geweten, doch over de aard en de inhoud van de medische ethiek. Ten aanzien hiervan is de ethische argumentatie van Van Marum onzes inziens niet toereikend.

1. De stelling dat de instemming van de patiënt een voorwaarde is voor de wettiging van het medisch handelen, impliceert niet dat alles waarom de patiënt vraagt gerechtvaardigd is omdat hij erom vraagt. De eigenlijke legitimatie van het medisch handelen wordt niet gevormd door het verzoek of de instemming van de patiënt, doch door de indicatie van het handelen. Op de achtergrond van dit handelen en als vooronderstelling ervan staat het leven van de patiënt, dat nimmer kan worden gerelativeerd. Hierin kan dan ook nooit een indicatie worden gevonden voor een handelen van de medicus dat erop gericht is het leven weg te nemen.

2. Het doden van een patiënt en het stillen van zijn pijn zijn twee wezenlijk verschillende daden. Soms kunnen beide bereikt worden door toepassing van dezelfde middelen, hoewel het motief meestal spreekt uit de aard of de dosering van de toegepaste middelen. Maar ook toediening van een zelfde middel maakt doden en het stillen van pijn nog niet tot één en dezelfde daad. Dit dient duidelijk te worden onderscheiden van het uitvoeren van een en dezelfde daad op grond van verschillende motieven, zoals het doden met goede of met slechte bedoelingen. De rechtvaardiging van een medische handeling kan niet zonder meer worden gevonden in de nobele intentie.

3. Het zinloos rekken van leven moet als onmenselijk en vernederend en dus als verwerpelijk worden beschouwd. Maar dit impliceert niet dat niet-doden als onethisch of verwerpelijk mag worden beschouwd of dat levensbeëindiging op verzoek niet verwerpelijk zou zijn. Evenmin legt het niet-doden aan de patiënt een plicht tot leven op. Dit zou slechts het geval zijn, indien het leven zonder meer als een produkt van het medisch handelen, c.q. van het niet-handelen van de medicus werd beschouwd.

4. Iedereen aanvaardt het recht op zelfbeschikking. De vraag is echter of uit dit zelfbeschikkingsrecht rechtstreeks de goorloofheid van levensbeëindiging door de arts kan worden afgeleid. De discussie gaat over de grenzen van dat recht en deze discussie kan niet worden beslecht door een formeel beroep op dat zelfbeschikkingsrecht zelf. Ook kan een wettelijk verbod van levensbeëindiging-op-verzoek niet als een ontkenning van het zelfbeschikkingsrecht of van het individu worden beschouwd. Integendeel, het teniet doen van een individu door het doden moet worden gezien als de meest radicale manier om hem of haar niet serieus te nemen.

Van Marum legt vooral de nadruk op het verzoek, c.q. het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt als basis voor de levensbeëindiging. Daarentegen stoelen de voorstellen van de staatscommissie, van Wessel-Tuinstra en van het kabinet vooral op 'de uitzichtloze noodsituatie', 'ondraaglijk lijden', 'een concrete doodsverwachting', enz. Daarin schuilt onzes inziens tegelijkertijd het onontkoombare gevaar. Waarom zou men alleen patiënten die erom kunnen vragen uit dergelijke situaties mogen 'verlossen' en niet patiënten die in soortgelijke situaties verkeren en er 'helaas' niet om kunnen vragen? Het is onze stellige overtuiging dat wanneer de grens van levensbeëindiging in eigenlijke zin eenmaal is overschreden, ook de grens van de vrijheid of het expliciete verzoek van de patiënt niet meer te handhaven zal zijn. De praktijk heeft dit inmiddels al bewezen.

H. A. M. VAN ALPHEN

N. F. TH. ARTS

H. H. M. DE BOER

L. H. D. J. BOOIJ

J. M. MINDERHOUD

J. OLDHOFF

F. J. G. OOSTVOGEL

G. B. A. STOELINGA

D. J. T. WAGENER

Amsterdam, mei 1986