



het

goede

doden ...

Indicaties

voor

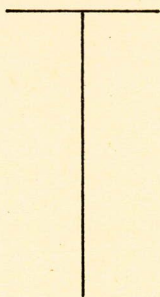
euthanasie

E.P.A.Hopster

het goede doden

INDICATIES VOOR EUTHANASIE

E. P. A. Hopster



STICHTING UITGEVERIJ DE VRIJE GEDACHTE

De "Stichting Uitgeverij De Vrije Gedachte" stelt zich ten doel boeken en brochures uit te geven, die beantwoorden aan de beginselen van de vrijdenkersvereniging "De Vrije Gedachte".

Het vrijdenken behelst een atheïstisch humanistische levenshouding.

Daarbij staat vooral het atheïsme centraal.

INDICATIES VOOR EUTHANASIE

INLEIDING

De dood, speciaal het dood gaan, is een zaak waarvan iedereen zich rekenschap moet geven. Ook euthanasie is een zaak die de hele mensengemeenschap aangaat, geen louter of hoofdzakelijk medisch of juridisch probleem.

Het geoorloofd zijn van en de indicaties voor euthanasie moeten worden bepaald door - de ethiek van - de gemeenschap en van jezelf. Het vaststellen van nauwkeurige grenzen en het regelen en bewaken van een correcte uitvoering zijn daarbij de taak van de jurist en de arts.

Dit artikel is een persoonlijke visie van een niet-jurist en een niet-arts.

Ik ben mij er van bewust dat deze visie weerstanden kan en zal oproepen. Het lijkt mij echter zinvol, dat ook niet-ter-zake-deskundigen, op onbevangen manier hun visie geven, opdat euthanasie ook voor leken beter toegankelijk wordt voor overdenken, discussiëren en besluit vormen.

BETEKENIS VAN EUTHANASIE

Euthanasie wordt gewoonlijk omschreven als: milde dood. Dit is een juiste vertaling van het griekse eu = goed, goed-voor, mild en thanatos = dood, maar een minder juiste term voor de betekenis die "euthanasie" in feite heeft. Aangaande de dood moeten we drie betekenissen onderscheiden:

- de dood of het dood zijn
- het dood gaan of sterven
- het doden of dood maken

Waar in het vervolg wordt gesproken over "de dood" is meestal bedoeld: het dood gaan of sterven.

Het achtervoegsel "thanasie" slaat niet op dood-zijn (b.v. een "gelukzalige" dood), evenmin op dood gaan (b.v. zonder doodstrijd "ontslapen"), maar op dood maken. Euthanasie betekent in feite: het milde doden, maar omdat deze woorden makkelijk schrik of afschuw wekken, zeggen we liever eufemistisch (lettr. : goed of mooi prattend): de milde dood.

Euthanasie is het doden van (mede)mensen, anders dan vanuit agressieve of zelfdefensieve beweegredenen of onopzettelijk (b.v. door spelen met vuurwapens).

Het voorvoegsel "eu" kan in de betekenis van goed-voor op drie manieren worden uitgelegd.

1. Goed-voor het individu

Indien iemand ernstig en voortdurend lijdt onder een ziekte, afwijking, beschadiging of aftakeling, waarbij lijden niet alleen somatisch lijden, maar ook psychisch lijden onder de toestand kan betekenen, en verzoekt om euthanasie, dan moeten we aannemen dat toepassing daarvan in het eigen belang is, dus goed-voor het individu.

2. Goed-voor de omgeving van het individu.

Indien de naaste verwanten of de verzorgers/verplegers van iemand die onherstelbaar

N.B. De hier gebruikte omschrijvingen van euthanasie, met name van directe en indirecte euthanasie, zijn niet gelijk aan die van de Nederlandse organisaties die op dit gebied werkzaam zijn.

gehandicapt is, lijden onder de zorg of de verzorging, omdat zij het leven van de betrokkene als zinloos, hopeloos, uitzichtloos of tragisch gestoord beleven, moeten we aannemen dat toepassing van euthanasie in het belang van het gezin, de familie of de verzorgers/verplegers is. Wat goed is voor de omgeving van het individu, hoeft nog niet slecht te zijn voor het individu. In de meeste gevallen zal het echter moeilijk zijn uit te maken of euthanasie hier in het belang van de betrokkene zelf is, omdat hij niet zelf verzoekt om of niet in staat is om te verzoeken om euthanasie.

3. Goed-voor de soort.

Doden kan goed voor de soort zijn als het dragers van ongunstige erfelijke eigenschappen betreft. Dit doden kennen we in de vorm van abortus provocatus in het geval het ongeborn kind, blijkens vruchtwaterpunctie of door een bekende erfelijke afwijking van de ouders, een chromosomale afwijking heeft.

In plaats van doden van nog ongeborn, genetisch gestoord leven kan men het ontstaan van nieuw, mogelijk genetisch gestoord leven voorkomen door sterilisatie. Het bewaken van een "goede" geboorte, zonder erfelijke, schadelijke afwijkingen, hoort tot het terrein van de eugenetiek (lettert. goede geboorte); het bewaken van een "goede" dood tot de euthanasie.

Voor het kweken van goede landbouwgewassen of het fokken van gezonde dieren wordt eugenetiek als vanzelfsprekend toegepast, bij mensen daarentegen hoogstens als vrijwillige indicatie voor abortus of sterilisatie.

De term euthanasie veroorzaakt bij vele mensen een wrange bijmaak, omdat zij direct moeten denken aan (tweede wereld-)oorlogspraktijken als uitroeiing van zogenaamde sub-rassen, wegens veronderstelde slechte eigenschappen, daarnaast aan experimenten ter ras-verbetering en ras-zuivering.

De "eu" van deze schijnvorm van euthanasie werd in dit geval vertaald met een vergrotende trap van "goed": (ras)verbeterend. Dit zogenaamd rasverbeterende doden kan niet tot euthanasie gerekend worden, omdat het niet goed-voor het individu, de omgeving van het individu, of de soort is, alleen goed-voor een op zuiver willekeurige gronden als superieur voorgesteld sub-ras (het "Arische ras"). Andere "subrassen" als Joden en zigeuners werden uitgemoord, niet omdat zij dragers waren van ongunstige erfelijke afwijkingen, dus uit eugenetische overwegingen, maar omdat zij op grond van persoonlijke motieven werden gehaat, gevreesd en inferieur geacht.

Naast eugenetische indicaties voor sterilisatie zijn er ook positief te waarderen sociale indicaties voor sterilisatie : individueel, ter voorkoming van ongewenst nakomelingschap, b.v. bij een "voltooid gezin" en collectief, ter bestrijding of voorkoming van overbevolking, zoals in India.

VORMEN VAN EUTHANASIE

De belangrijkste onderscheidingen die ten aanzien van euthanasie gemaakt worden zijn: vrijwillig - onvrijwillig ; direct - indirect ; actief - passief.

Ik zou de volgende indeling en omschrijving willen voorstellen.

1. Indirecte euthanasie (IE)

Indirecte euthanasie is het verhaasten van of het niet tegenwerken van (het intreden van) de dood, indien een patiënt stervende is of indien het levenseinde binnen hooguit enige dagen te verwachten is (dit ter beoordeling van de arts).

Het doel van IE is de patiënt (letterlijk: de lijdende) een pijnlijke, kwellende doodsstrijd te besparen of de duur hiervan te beperken, in het geval de dood niet meer effectief te bestrijden, alleen nog uit te stellen is.

IE zal in vele gevallen vrijwillig kunnen zijn, d.w.z. op eigen verzoek van de sterven-

de, maar kan ook, indien de patiënt daartoe niet meer bij machte is, worden verzocht door de naaste familie of worden geadviseerd door de behandelende arts. IE is hetzij actief, hetzij passief.

a. actieve indirecte euthanasie (AIE).

AIE wordt toegepast door het uitvoeren van medische handelingen die de onherroepelijk naderende dood helpen verhaasten, b.v. door het toedienen van extra pijnstillers.

b. passieve indirecte euthanasie (PIE).

PIE wordt toegepast door het nalaten van medische handelingen, met het doel de naderende dood niet te vertragen, b.v. door het niet (meer) toedienen van (extra) medicijnen.

AIE is stervens(duur) verkortend of levens(duur) verkortend ingrijpen.

PIE is het nalaten van stervens(duur)vertragend of levens(duur)verlengend ingrijpen.

IE lijkt mij acceptabel indien

- de patiënt zijn (verder) leven als zinloos beschouwt en verzoekt om euthanasie.
- de patiënt door zijn fysieke toestand niet in staat is een einde aan het eigen leven te maken, óf
- indien familieleden of verzorgers het (verder) rekken van het leven van de patiënt als zinloos en kwetsend voor de waardigheid van de patiënt beschouwen en verzoeken om euthanasie (tot welk verzoek de patiënt niet meer in staat is).

2. Directe euthanasie (DE).

Directe euthanasie is het veroorzaken, of het niet voorkomen van de dood, zonder dat er sprake is van een stervensfase of een stervensproces, soms ook zonder dat er sprake is van patiënt - zijn.

De dood kan dichtbij, maar kan ook veraf liggen, soms is dat in gevallen die in aanmerking kunnen komen voor directe euthanasie niet precies te bepalen.

Als we bedenken dat de dood door niemand te ontlopen is, zouden we directe euthanasie ook kunnen omschrijven als het vervroegen van (het intreden van) de dood, terwijl deze (nog) niet noodzakelijk nabij is, d.w.z. gedurende enige, soms onbekend lange tijd te bestrijden of te voorkomen zou (kunnen) zijn.

het veroorzaken van de dood

Het veroorzaken van een milde dood kan worden overwogen bij geestelijk of lichamelijk onherstelbaar gehandicapt, ook indien zij niet, of niet met zekerheid of nog-niet, lijden onder hun toestand.

Voor de in stand houding van hun leven zijn zij volledig afhankelijk van verzorgers. Indien zij eenzelfde verzorging zouden krijgen als hun niet gehandicapte leeftijdgenoten, zouden zij ten dode (d.w.z. tot een spoedige dood) gedoemd zijn. Het gaat hier enerzijds om pasgeborenen die mentaal of fysiek onherstelbaar gehandicapt zijn (onvolwaardig, zwakzinnig, mismaakt), anderzijds om mensen die door ziekte, ouderdom of ongeluk onherstelbaar gehandicapt zijn, zonder evenwel al in een stervensfase te verkeren.

het niet voorkomen van de dood

Men kan de dood vervroegen door haar te veroorzaken én door haar niet uit te stellen. De tweede vorm van directe euthanasie is te omschrijven als het medisch niet

ingrijpen om de dood te voorkomen, ook al zou dat mogelijk zijn. Het betreft hier ziekten of afwijkingen die zonder (toepassing van) medische kunstgrepen binnen korte tijd de dood (kunnen) veroorzaken, terwijl mét die kunstgrepen de dood (voorlopig) kan worden voorkomen of uitgesteld (hetgeen iets anders is dan het leven rekken tijdens een reeds ingetreden stervensproces).

We maken ook hier eenzelfde onderscheid als bij indirecte euthanasie.

a. actieve directe euthanasie (ADE)

ADE is het uitvoeren van medische handelingen die voortzetting van ernstig beschadigd of gehandicapt, evenwel nog niet direct ten dode gedoemd leven, onmogelijk maken.

b. passieve directe euthanasie (PDE)

PDE is het nalaten van medische handelingen, die voortzetting van ernstig beschadigd of gehandicapt, evenwel nog niet direct ten dode gedoemd leven, mogelijk maken. Het doel van DE is het verkorten of beëindigen van door de betrokkene of door zijn omgeving als zinloos of ongewenst beleefd leven, omdat dat leven is aangetast of onherstelbaar is beschadigd.

In bepaalde gevallen kan DE vrijwillig, d.w.z. op eigen verzoek zijn, n.l. wanneer niet de geest, maar het lichaam onherstelbaar beschadigd is.

DE op eigen verzoek lijkt mij alleen acceptabel indien de patiënt fysiek niet in staat is tot suïcide, maar op zich zelfmoord (of, als u dat liever vindt klinken: zelfdoding) zou preferen boven euthanasie (zich laten doden door een ander), DE niet-op-eigen-verzoek kan in sommige, later te bespreken gevallen wel overwogen worden, maar grote voorzichtigheid en terughouding is daarbij steeds geboden. Motieven voor DE op verzoek van familie of verzorgers (dus niet-vrijwillige euthanasie) kunnen velerlei zijn:

- het uitzichtloos en zinloos geworden zijn van het leven van de betrokkene.
- het (vrijwel) ontbreken van reële kansen op redelijk herstel.
- het ontbreken van geestelijk contact of normaal geestelijk contact.
- het ontbreken van zelfinzicht en vrije wil bij de betrokkene en daarmee ook de mogelijkheid zelf eventueel om euthanasie te verzoeken.
- het ontbreken van menselijkheid of menselijke waardigheid aan deze vorm van leven (b.v. vergeterend, volstrekt afhankelijk).
- het vergen van verplegings-tijd, -kosten en -energie, die ten koste kunnen gaan van andere patiënten met wél redelijke levensverwachtingen.
- het bedreigd worden van de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de verzorgers of familieleden door de spanning en zorg waaraan zij blootgesteld zijn.

Misschien zouden we in plaats van mild doden beter kunnen spreken van humaan doden, indien we gestoord of vergeterend leven als niet humaan beschouwen.

VRIJWILLIG - NIET VRIJWILLIG

Wij zullen hieronder, bij de indeling van categorieën van mensen die in aanmerking kunnen komen voor euthanasie, in eerste instantie uitgaan van het onderscheid vrijwillige - niet vrijwillige euthanasie, of voor de duidelijkheid liever: euthanasie-op-eigen-verzoek tegenover euthanasie-niet-op-eigen-verzoek.

Euthanasie-op-eigen-verzoek is altijd vrijwillig en waarschijnlijk altijd in eigen belang, dat moeten we althans aannemen. We zullen onder dit hoofd 5 categorieën onderscheiden. (zie onder)

Euthanasie-niet-op-eigen-verzoek zou mogelijk toch vrijwillig kunnen zijn, alleen is dat nooit te bewijzen. Het verzoek gaat niet uit van de betrokkene, maar van anderen: familieleden, verzorgers, vrienden, artsen, de maatschappij. Deze vorm

van euthanasie hoeft niet tegen het belang van de betrokken persoon te zijn, kenmerkend voor hem is juist dat hij zich niet, misschien nooit (meer), kan uitspreken over het eigen belang, omdat hij niet bij bewustzijn of niet bij verstand (*compos mentis*) is. Zelfs bij iemand die een euthanasie-verklaring (levenstestament) heeft getekend en die b.v. na een auto-ongeluk diep comateus is, is het onmogelijk na te gaan of euthanasie op dit moment op eigen verzoek is.

De getekende euthanasie-verklaring is in zijn geval immers een verzoek betreffende een mogelijke, maar onverhoopte toekomst, geen verzoek omtrent de momentane, overzienbare realiteit. Euthanasie-niet-op-eigen-verzoek (d.w.z. momentaan verzoek) zouden we ook kunnen noemen: sociale euthanasie, euthanasie in het belang van de gemeenschap (dus nooit gericht tegen een bepaalde gemeenschap, groep of ras). We hoeven daarbij niet alleen aan gemeenschapsgelden te denken voor de verpleging, maar vooral ook aan de psychische last van de verzorging voor de verzorgers, een last inderdaad, indien de verzorging ervaren wordt als het uitdienen van zinloos (geworden) leven tot de dood als verlossing volgt.

Onder het hoofd niet vrijwillige euthanasie zullen we drie categorieën onderbrengen. (zie onder).

ABORTUS

Kunnen we abortus *arte provocatus* ook rekenen tot euthanasie?

Het doel van DE is het beëindigen, of verkorten van, door de betrokkene of door zijn omgeving als zinloos of ongewenst beleefd leven, omdat dat leven is aangetast of onherstelbaar is beschadigd. Het is duidelijk dat die aantasting hier niet betrekking heeft op de ongeboren vrucht, tenzij bekend is dat deze abnormaal afwijkend is, maar op de zwangere vrouw. Het gedwongen zijn tot uitdragen van een ongewenste zwangerschap en het later moeten zorgen voor een ongewenst kind en de schuldgevoelens over het niet kunnen aanbieden aan het kind van affectie, betekenen een aantasting, geen somatische, maar psycho-sociale aantasting, van het leven van de vrouw, maken haar tot gehandicapte.

Abortus is vanuit de vrucht geredeneerd niet vrijwillig, niet op eigen verzoek, maar duidelijk wel op eigen verzoek vanuit de vrouw. Deze redenering is echter nogal onwezenlijk, omdat een ongeborene geen op zichzelf levende eenheid is, geen zelfstandige levensvorm. De vrucht is deel van de zwangere vrouw. Abortus op haar verzoek kan daarom zeer wel worden beschouwd als ook in het belang van de vrucht.

Het ongeboren kind van de vrouw die haar zwangerschap als aantasting beleeft, zal na de geboorte tot zijn schade ervaren dat de normale moeder-kind verhouding is aangetast. Het leven van ongewenste kinderen is nauwelijks te benijden.

BEPERKING VAN DE TOEPASSING

Aan patiënten, met name bewust lijdenden die in aanmerking kunnen komen voor euthanasie, maar die hierom niet verzoeken, of zich zelfs daartegen verzetten, mag, mijns inziens, euthanasie niet worden opgelegd, hoe moeilijk het vaak ook voor de buitenwereld is om bewust lijden aan te zien.

Wel is het zinvol de mogelijkheden en eventuele konsekventies van pijn-verdoving met de patiënt te bespreken, maar hij behoudt te allen tijde het recht elke medische behandeling te weigeren.

In het omgekeerde geval mag euthanasie-op-eigen-verzoek alleen worden toegepast als aan bepaalde, van tevoren nauwkeurig te omschrijven, voorwaarden is voldaan. In dit verband dient men rekening te houden met een bijzondere groep patiënten: de psychisch lijdenden, zij die psychisch lijden onder een misvorming, stoornis of

handicap; zij die een afkeer van het leven hebben ontwikkeld (taedium vitae) of een afkeer van zichzelf; zij die een zelfmoord overwegen of een poging daartoe ondernomen hebben (suïcidalen).

Deze psychisch lijdenden kunnen in een crisisfase ook wel eens aan derden vragen hen te doden. Mijns inziens is hier geen indicatie voor directe euthanasie, zolang als zij fysiek in staat zijn zichzelf het leven te beroven (wanneer het hen tenminste werkelijk ernst is met hun verlangen naar de dood). In vele gevallen zal juist bij hen blijken dat de vraag om dood gemaakt te worden in feite een s.o.s. sein is, een verkapte vraag om hulp en affectie.

1. INDICATIES VOOR VRIJWILLIGE EUTHANASIE

De volgende vijf categorieën hebben alle betrekking op mensen (meestal patiënten) die verzoeken om euthanasie (of abortus) en meestal fysiek niet in staat zijn tot suïcide (of zelf uitvoeren van abortus).

a. stervenden

Sterven is een natuurlijk gevolg van ouderdom, lethale ziekte of - beschadiging ten gevolge van een ongeluk. Een zekere duur van afsterven van een organisme, een stervensfase, is hierbij normaal. Het stervende-zijn is op zich dan ook geen aanleiding om in te grijpen met het doel het sterven te verkorten, tenzij de stervende ernstig lijdt en vraagt om euthanasie. Dan is PIE of AIE op zijn plaats, naar mijn inzicht. Het is wreed, onmenselijk en zinloos een stervensproces kunstmatig (medicamenteus, operatief) langer te laten voortduren dan zijn natuurlijke duur.

b. onherstelbaren die lijden

Patiënten met een onherstelbare, hoewel nog niet direct lethale ziekte, verlamming, beschadiging of verzwakking van het lichaam, kunnen, mijns inziens, in aanmerking komen voor ADE of PDE indien:

- het dysfunctioneren (of de aftakeling) irreversibel is of indien dit progressief is (ter beoordeling van de behandelende arts).
- de patiënt hevig en voortdurend lijdt, ondanks pijnstillende middelen, onder zijn toestand (psychisch lijden naast pijn lijden).

c. apparatuur dependenten

Dankzij de vergevorderde medische techniek worden talloze mensen kunstmatig in leven gehouden door middel van medicijnen, injecties, bloedtransfusies, infusen, dialyse, pacemakers, orgaantransplantaties. Deze mensen zijn afhankelijk geworden van de medische techniek, maar hebben daarbij soms een redelijke mate van vrijheid behouden, behoeven zich niet helemaal een medisch kunstproduct te voelen.

Anders ligt dat bij patiënten die langdurig beademd of kunstmatig gevoed moeten worden. Zij zijn volledig afhankelijk geworden van medische apparatuur: de hart-long machine resp. maagsonde en infuus. Indien de afhankelijkheid van deze medische apparatuur van zeer langdurige of van onvoorspelbaar lange duur zal zijn, terwijl de patiënt onder deze toestand lijdt, is er, ondanks mogelijke kansen op herstel, een indicatie voor PDE, i.c. stoppen met kunstmatige voeding of beademing.

Kunstmatige voeding mag niet worden afgedwongen. Niet eten kan een natuurlijk middel zijn om een naderende dood te bespoedigen. In het dierenrijk zijn er soorten van sociaal levende dieren bekend, waarvan de zeer oude en (dood)zieke exemplaren zich spontaan van de groep afzonderen en geen voedsel meer tot zich nemen, waardoor zij spoedig het slachtoffer worden van eigen zwakte of van predatoren.

d. operatie dependenten

Indien een patiënt voor het behoud van zijn leven afhankelijk is van een operatie, in het uiterste geval transplantatie van een ruil-hart of ruil-nier, maar hij weigert deze ingreep, welke weigering wordt gehonoreerd, en hij overlijdt, dan hebben we te maken met een grensgeval van natuurlijke dood én zelfmoord én passieve (directe) euthanasie (PDE n.l. als nalaten van medisch-technisch handelen, de operatie, die voortzetting van het zonder die ingreep ten dode gedoemd leven mogelijk zou maken). De chirurg staat hier voor een moeilijk dilemma; enerzijds heeft hij gezworen het leven te zullen beschermen, anderszijds dient hij de, misschien laatste, wil van zijn patiënt te respecteren. Indien de patiënt uitdrukkelijk en weloverwogen verzoekt hem niet te opereren, is dat, mijns inziens, een indicatie voor PDE, in dit geval dus nalaten van de operatie, ook al zouden er kansen op herstel zijn bij de operatie. Een enkele keer kan het echter wel zin hebben tegen het momentane verzoek van de patiënt in te gaan en hem de behandeling i.c. de operatie, op te leggen, namelijk indien:

- er aanwijzingen zijn dat het verzoek niet grondig is gefundeerd of gemotiveerd, maar b.v. ingegeven is door angst voor de operatie of door een tijdelijke depressie
- er redelijke kansen zijn op verdwijnen, na de ingreep, van het verlangen naar de dood of het verzoek om euthanasie.

e. abortus arte provocatus

Abortus kunnen we rekenen tot een vorm van directe euthanasie, met als bijzonderheid dat deze wordt toegepast op een menselijke vrucht. Het verzoek om abortus komt van de zwangere vrouw óf de abortus wordt door de arts geadviseerd. Een verzoek of advies tot abortus komt tot stand op grond van medische, sociale of psychische motieven:

- medisch - indien de gezondheid van de aanstaande moeder wordt bedreigd, of indien er op eugenetische gronden getwijfeld moet worden aan de gezondheid van het kind-in-wording.
- sociaal - indien het kind ongewenst is op grond van milieufactoren, b.v. het ontbreken van een gezinsconstellatie of het reeds "voltooid" zijn van een gezin.
- psychisch - indien de zwangere vrouw niet in staat geacht kan worden, b.v. op grond van gestoordheid, het moederschap op redelijke manier te vervullen, of indien zij zichzelf niet in staat acht of niet bereid is het moederschap te aanvaarden.

Het aanstaande kind toch maar geboren laten worden en dan maar laten adopteren is geen reëel alternatief voor de vrouw: zij krijgt geen kinderen voor een ander.

De publieke opinie staat i.h.a. veel positiever, toleranter, tegenover abortus (abortusklinieken, discussie over legalisering) dan tegenover (andere vormen van) euthanasie. De reden hiervan kan zijn dat men abortus (nog) niet opvat (wil opvatten) als een bijzondere vorm van euthanasie, of er is sprake van een dubbele, ambivalente moraal.

2. INDICATIES VOOR NIET VRIJWILLIGE EUTHANASIE

Aan hen die in aanmerking komen voor euthanasie, maar hierom niet verzoeken, b.v. lijdende stervenden, of onherstelbaren die lijden, mag euthanasie nooit worden opgelegd of ongevraagd worden toegepast. Wel kan met hen besproken worden of niet een vorm van PIE (bij stervenden) of PDE (bij b.v. onherstelbaren) zal worden toegepast. Zinloos rekken van hopeloos beschadigd leven kan aldus voorkomen worden, tenzij de patiënt euthanasie weigert (hetgeen zijn goed recht is). Er blijven echter drie indicaties over voor niet vrijwillige euthanasie, indien met de persoon of patiënt niet besproken *kán* worden of euthanasie al dan niet toegepast zal worden.

a. pasgeboren gehandicapten

De huidige ethiek verwerpt het doden van kinderen die bij de geboorte lichamelijk ernstig misvormd of onherstelbaar gehandicapt zijn, b.v. de zogenaamde softenonkinderen of lijdens aan spina bifida, evenals hen die geestelijk onherstelbaar zijn gestoord, b.v. anencefaal, microcefaal, hydrocefaal, mongool, (op grond van een cerebrale of chromosoom-afwijking geestelijk gestoord). Deze ethiek gaat dwars in tegen een gedragscode in het dierenrijk, die bepaalt dat ernstig gehandicapte jongeren worden verstoten. Naar mijn mening kan ernstige en onherstelbare geestelijke of lichamelijke misvorming ook bij de mens een legitieme reden zijn voor verstoting, of anders geformuleerd: een indicatie voor actieve directe euthanasie, mits binnen één of enkele dagen, b.v. maximaal 5, na de geboorte. Voorwaarden van toepassing zijn:

- dat de handicap operatief of anderszins niet, of niet goed, is te herstellen of camoufleren. Een hazelip hoort dus niet onder deze categorie thuis.
- dat de moeder (de ouders) haar (hun) moederrol (ouderrol) niet naar behoren kan of wil (kunnen of willen) vervullen bij dit gehandicapte kind.
- dat er redelijkerwijze geen pleegouders belast kunnen worden met de verzorging-opvoeding van dit gehandicapte kind.
- dat het kind levenslang volkomen afhankelijk zal zijn van hulp- en verzorging, hoogstwaarschijnlijk in internaatverband.
- dat, bij de lichamelijk gehandicapte, voortdurend psychisch lijden te verwachten is vanaf het moment dat het kind zichzelf en zijn situatie bewust begint te worden. Dat lijden kan zowel een lijden zijn onder de eigen mismaaktheid en afhankelijkheid als een lijden onder de beperktheid van dit leven en de overlast de verplegers aangedaan.

Strikt genomen is het gaan verzorgen/opvoeden van een levenslang volstrekt afhankelijk wezen een tegen de gemeenschap gerichte handeling. Kan een gezonde menschaatschappij zich deze on-sociale handelwijze permitteren?

Is deze wel een menselijke, natuurlijke of goddelijke plicht?

b. diepe bewusteloosheid

De gevolgen van een coma na schedeltrauma, hersenvergiftiging of hersenbloeding zijn meestal moeilijk voorspelbaar: na een kort-of langdurend coma zonder bijkomen overlijden dan wel bijkomen en daarna blijvend ver beneden het oorspronkelijke mentale niveau blijven functioneren (b.v. op imbecil of idioot niveau) óf langzaam weer herstellen tot vrijwel het oorspronkelijke geestelijke niveau. Juist omdat de gevolgen van een coma slecht voorspelbaar zijn, is bij een eventueel toepassen van euthanasie niet uit te maken of deze directe dan wel indirecte euthanasie is. Verkeert de comateuze patiënt in een stervensfase (dan IE), of zou hij weer bij kunnen komen en herstellen (in dat geval DE)? Omdat we dat nooit vooruit kunnen weten, moeten we altijd bij eventuele euthanasie er van uit gaan dat deze DE is, vergelijkbaar met DE bij apparatuur-dependenten. In dat laatste geval kan de betrokkene echter zelf om euthanasie verzoeken, omdat hij onder zijn toestand lijdt. Lijden doet de comateuze patiënt niet. Wat kunnen dan toch de overwegingen voor euthanasie zijn?

De comateuze is afhankelijk van medisch-technisch handelen: kunstmatige voeding en/of kunstmatige beademing. Mijns inziens zijn er indicaties voor PDE, dus stoppen met kunstmatige voeding of beademing indien:

- de verzorging in het ziekenhuis ten koste gaat van patiënten die wegens plaatsgebrek niet opgenomen kunnen worden.
- de verwachting van de behandelende artsen voor redelijk herstel gering is op grond van opgelopen letsel, diepte en duur van het coma.
- voor de gezinsleden van de patiënt de druk van onzekerheid, spanning en angst zo groot is dat deze bedreigend werkt voor hun fysieke en psychische gezondheid.

Het lijkt me wenselijk dat er door medici een afspraak zou worden gemaakt voor een minimum en maximum termijn van verzorging-behandeling van een comateuze patiënt, b.v. minimaal 1 maand en maximaal 6 maanden.

c. medisch afhankelijke geestelijk gestoorden

De euthanasie problematiek betreffende iemand die geestelijk gestoord is geraakt in de loop van zijn leven, als gevolg van een opgelopen ziekte, een ongeluk, ouderdom of een zich pas op latere leeftijd manifesterend endogeen ziekteproces, is een andere dan die van het geestelijk onvolwaardig ter wereld gekomen kind. In het eerste geval zijn er menselijke relaties gegroeid, emotionele banden ontstaan, in het tweede geval nauwelijks of nog niet (vandaar de noodzakelijke snelle beslissing van euthanasie voor onvolwaardig geboren).

We onderscheiden drie typen van geestelijk ernstig gestoorden:

zwakzinnigen - de verstandelijk gestoorden

krankzinnigen - de in hun persoonlijkheid gestoorden

dementen (gedementeerden) - de geestelijk afgetakelden, meestal als gevolg van ouderdom. Op zich is geestelijke gestoordheid mijns inziens geen indicatie voor actieve of passieve DE. Dat kan pas het geval zijn indien de geestelijk gestoorde afhankelijk is (geworden) van medisch handelen, hetzij ter voorkoming van verdergaande aftakeling of gestoordheid, hetzij ter genezing van een opgelopen ziekte, b.v. longontsteking. In dat geval is PDE te overwegen, dus: stopzetten of verminderen van geneesmiddelen of medisch niet ingrijpen, b.v. geen antibiotica geven ter bestrijding van een opgelopen longontsteking. Voorwaarden voor toepassing van PDE zijn:

- dat zonder medisch ingrijpen of voortzetting van medisch handelen de gestoorde patiënt spoedig zal overlijden.
- dat de stoornis ernstig en irreversibel is en veelal ook progressief.
- dat normaal menselijk contact onmogelijk is en zal blijven.
- dat aangenomen moet worden dat de betrokkene zich niet (meer) helder bewust is van zichzelf, zijn toestand en zijn omgeving en daardoor ook geen zin (meer) kan geven of beleven aan zijn leven.
- dat de betrokkene zich door zijn toestand niet kan uitspreken over zijn eigen belang en wensen, waaronder zijn wens om (verder) te leven, (en dus ook een mogelijk verzoek om euthanasie)
- dat de verzorgers of familieden vragen om of instemmen met euthanasie, daar zij voortzetting van de verzorging-verpleging als niet zinvol ervaren.

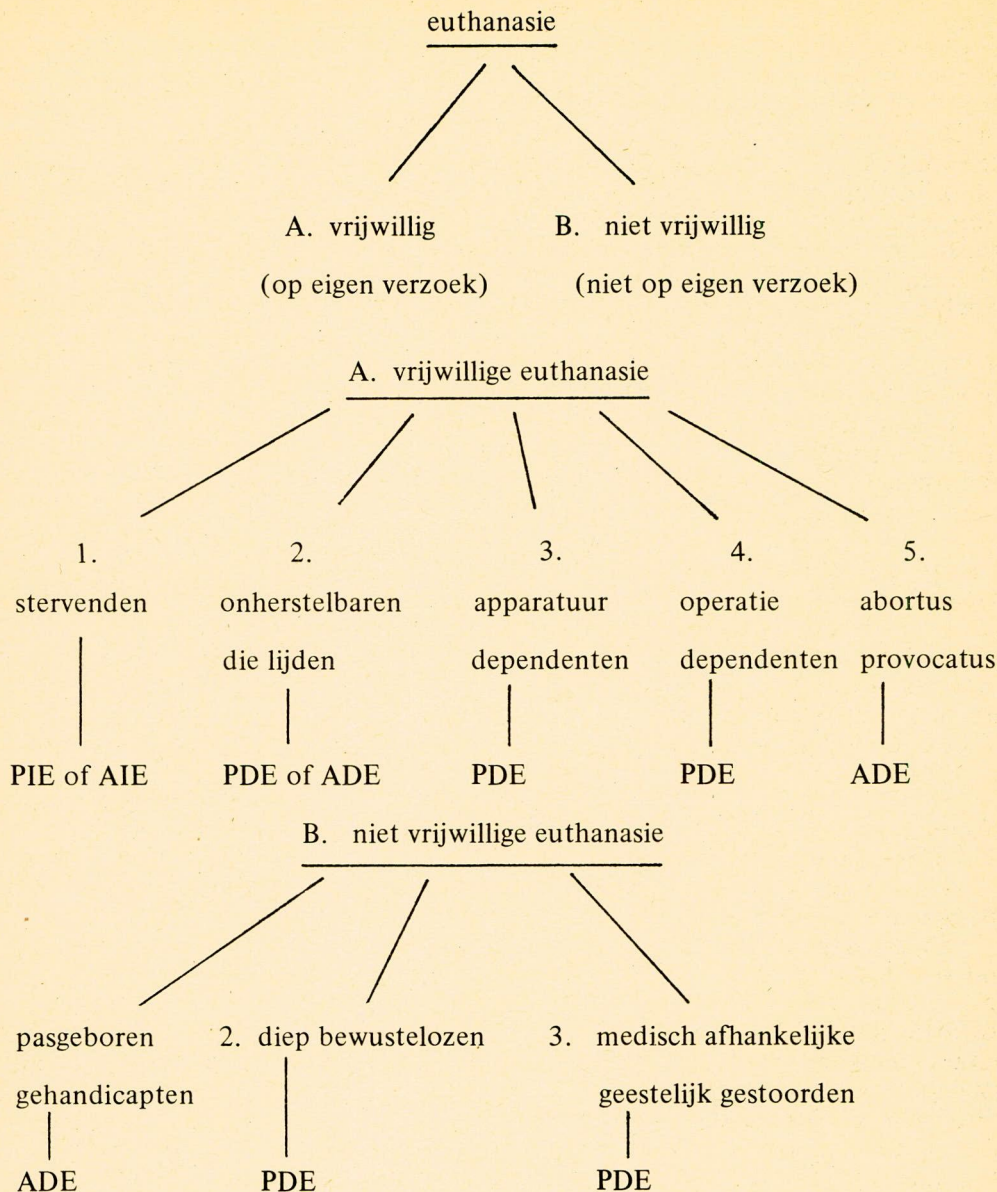
Deze stellingname impliceert niet dat men bij de geestelijk gestoorde PDE dan maar moet forceren: de patiënt op de tocht zetten, letterlijk of figuurlijk.

SAMENVATTING INDICATIES

We kunnen vijf categorieën onderscheiden van personen die verzoeken om een vorm van euthanasie en daarvoor in aanmerking (kunnen) komen, daarnaast drie categorieën die niet om euthanasie (kunnen) verzoeken, maar er desondanks wel voor in aanmerking kunnen komen. Is er sprake van een intredende of ingetreden stervensfase, dan kan indirecte euthanasie (IE) in aanmerking komen, in alle andere gevallen alleen vormen van directe euthanasie (DE).

Beide kunnen hetzij actief hetzij passief worden toegepast, als (medisch) handelen, resp. nalaten van handelen (PIE, AIE en PDE, ADE).

De in aanmerking komende categorieën kunnen we als volgt schematiseren:



Hetzelfde nog eens op een andere wijze:

Voor welke vorm van euthanasie kunnen welke categorieën in aanmerking komen?

PIE - A1 (stervenden)

AIE - A1 (stervenden)

PDE - A2, A3, A4, B2, B3 (lijdende onherstelbaren, apparatuur dependenten, operatie dependenten, diep bewustelozen, geestelijk gestoorden).

ADE - A2, A5, B1 (lijdende onherstelbaren, abortus, pasgeboren gehandicapten).

DE KERN VAN DE PROBLEMATIEK

De kern van de euthanasie-problematiek ligt - mijns inziens - niet in de vrijwillige euthanasie, ook niet in de euthanasie bij stervenden. Euthanasie is "het goede doden" en niet "het goede (b.v. waardige) sterven". Lijden tijdens de stervensfase is natuurlijk en hoeft niet te worden weggemoffeld door de hele stervensfase maar te laten verdwijnen. Alleen onnatuurlijk lijden tijdens een onnatuurlijk gerekt leven - en al door een operatie of transfusie kan leven onnatuurlijk worden gerekt - mag op onnatuurlijke manier, door een medische ingreep, b.v. door medicijnen, worden verminderd, of onderdrukt. Euthanasie is *niet*: stervenden zo snel mogelijk aan hun einde helpen op een cleane manier.

Vrijwillige, dit is zelfgevraagde, euthanasie zal waar mogelijk dienen te worden omgezet in zelf-doding. Dat is geen afschuiven van de verantwoordelijkheid van de behandelende arts. Het kiezen van (nieuw) leven is een persoonlijke zaak van man en vrouw die nageslacht wensen, het kiezen van de dood is een persoonlijke zaak van een individu dat niet wenst verder te leven. Indien iemand vraagt om euthanasie omdat hij kennelijk niet de middelen heeft voor zelfdoding, zal zo mogelijk, in plaats van euthanasie op hem/haar toe te passen, aan hem/haar de middelen tot zelfdoding moeten worden gegeven.

De arts of leek die dat doet ontloopt daarmee niet zijn verantwoordelijkheid door de daad aan de ander over te laten; hij zal dienen toe te lichten wat het gebruik van de gevraagde middelen impliceert, maar laat - terecht - de uiteindelijke beslissing over de dood over aan degenen die vraagt om de dood.

De kern van de euthanasie-problematiek komt daarmee te liggen bij diegenen die niet -nooit- tot zelfdoding of tot het vragen om euthanasie in staat zijn (omdat ze geen normale of menswaardige vorm van leven kennen). De ethische problematiek blijkt met deze constatering nog groter dan zij aanvankelijk al leek. Mogen we mensen doden, vermoorden zo u wilt, die geen weet hebben van hun verminkte leven omdat ze daarvoor te ernstig lichamelijk/geestelijk zijn beschadigd? Deze vraag moeten we ook omkeren: moeten we onherstelbaar gehandicapten altijd wel in leven houden? We moeten ons daarbij afvragen: ten koste van wat? Moet b.v. het kunstmatig in leven houden (via medicijnen, verpleging, internaten) ook geschieden ten koste van de zorg voor gezonde mensen die extra hulp, b.v. voedsel, nodig hebben?

Een van de vragen uit een zeer bekende Amerikaanse intelligentietest (subtest gezond verstand) is: waarom moeten bij een schipbreuk vrouwen en kinderen het eerst worden gered? Een van de goede antwoorden is: omdat kinderen een langer leven voor zich hebben. Deze vraag -en dit antwoord- impliceert dat het tot het gezonde verstand gerekend wordt de waarde van verschillende levens tegen elkaar af te wegen als het gaat om een beslissing over leven en dood.

We moeten ons inzake euthanasie realiseren dat er geen hogere instantie is boven de mens die de mens heeft opgedragen, of opdraagt, om onherstelbaar beschadigde, van verzorging compleet afhankelijke individuen zo lang mogelijk in leven te houden.

Indien er een opdracht is om dit te doen zijn wij zelf - mensen - het die ons hiertoe verplichten. We zijn dan tevens verplicht ons te realiseren dat deze verpleging, het in leven houden van wie niet zelfstandig levensvatbaar is, een vorm van luxe is, waarvan we steeds weer zullen moeten bepalen wat die ons waard is. Misschien wel heel veel, maar hóéveel blijft een menselijke keuze. Er is geen opdracht aan de mens om alle menselijk leven te aanvaarden omdat het nu eenmaal leeft.

De mening dat alle menselijk leven, in welke vorm dan ook, in alle gevallen, zo lang mogelijk in stand gehouden moet worden berust niet op eerbied voor het leven, maar op eerbied, of nog eerder angst, voor een veronderstelde schepper van het leven. Het niet met alle middelen beschermen van het leven zou door die veronderstelde schepper wel eens gewroken kunnen worden op het eigen leven. Veel van de huiver voor euthanasie, zelfs denken over euthanasie, berust op een nauwelijk of niet bewuste

angst voor een over leven en dood beschikkende godheid. Als die er niet is moet de mens zelf voor zijn eigen leven en zijn eigen dood gaan zorgen en waken. Medemens die niet of niet meer voor eigen leven en eigen dood kunnen zorgen moeten niet beschermd worden ten koste van het algemeen welzijn, maar alleen indien de maatschappij zich de bescherming kan en wil permitteren.

EUTHANASIE IN DISCUSSIE

Het onderwerp euthanasie is volop in discussie, een reden van blijdschap voor de drie (!) Nederlandse organisaties die zich bezig houden met euthanasie als sociaal-maatschappelijk, medisch-juridisch en praktisch probleem.

De ontstane brede discussie maakt het probleem wat we tot euthanasie moeten rekenen, wanneer we euthanasie mogen toepassen en wie dat mag doen vaak niet eenvoudiger. De deskundigen spreken elkaar nogaleens tegen, veranderen van opinie of bestrijden door anderen ingevoerde termen of definities.

De belangrijkste punten van discussie en controverse zijn:

- het begrip euthanasie is alleen van toepassing als deze is: in het belang van degeen op wie euthanasie wordt toegepast, óf: dit begrip is ook van toepassing in bepaalde gevallen waarin niet aantoonbaar gehandeld wordt (kan worden) in het belang van degeen op wie euthanasie wordt toegepast.
- er is wel/geen verschil tussen actieve en passieve euthanasie.
- de tweedeling vrijwillige/onvrijwillige euthanasie is juist/onjuist (onvrijwillige "euthanasie" is geen euthanasie). Men moet deze tweedeling wel/niet vervangen door gevraagde-ongevraagde euthanasie.
- de tweedeling directe-indirecte euthanasie is terecht/onterecht.
- het begrip stervensfase is wel/niet bruikbaar.
- euthanasie heeft tot doel: waardig, "confortabel" en pijnloos te doen of laten sterven, óf euthanasie heeft tot doel: zinloos (geworden), in sommige gevallen ook ongewenst leven(abortus) te beëindigen of verkorten.
- euthanasie moet wel/niet worden gelegaliseerd.
- er is een duidelijk/nauwelijks verschil tussen euthanasie en zelfdoding.
- euthanasie mag uitsluitend/hoeft niet uitsluitend door de behandelend arts(te) worden uitgevoerd.

Hoe moeten we nu verder als bijna alle uitspraken over euthanasie worden betwist of betwijfeld? We zitten duidelijk in een fase van collectieve meningsvorming over een controversieel onderwerp. Enkele dingen zijn inmiddels toch duidelijk geworden:

- euthanasie bestaat; er wordt door sommige artsen en in sommige ziekenhuizen euthanasie toegepast (of verleend), een zaak die een decennium geleden nog verzwegen of ontkend werd.
- steeds meer mensen, behalve juristen en artsen juist ook leken, gaan zich een mening vormen over euthanasie.
- de vroeger overwegend negatieve of gereserveerde houding tegenover het probleem wordt steeds opener, flexibeler en toleranter.
- het inzicht dat (verder doen) leven door middel van kunstmatige middelen of medische kunstgrepen niet kan of mag worden afgedwongen van een patiënt, dus tegen zijn wil, verbreidt zich. Men erkent eerder dan vroeger dat er ook ten aanzien van de (eigen) dood een zelfbeschikkingsrecht bestaat.

Eerder heb ik op bepaalde punten stelling genomen of stellingen verdedigd met betrekking tot bovengenoemde controverses. Mijn uitgangspunt is daarbij verschillend van dat van de meeste euthanasie discussies.

Bij de definitie van euthanasie ben ik niet primair uitgegaan van degeen op wie euthanasie wordt toegepast, met name het eigen belang van die persoon, maar van degeen die euthanasie toepast, met name de motieven voor zijn daad van euthanasie. Euthanasie heb ik gedefinieerd als het doden van (mede)mensen anders dan vanuit agressieve of zelfdefensieve beweegredenen of onopzettelijk.

Dus euthanasie geschiedt met opzet, maar zonder agressieve (of zelfdefensieve) opzet. Euthanasie is het opzettelijk, maar met positieve (goede, verg. Griekse "eu") bedoelingen doden van een (mede)mens.

In de meer "klassieke" euthanasie discussies wordt juist het belang van degeen die

door de ingreep (van euthanasie) overlijdt (de "moriturus") primair gesteld waarbij bij voorkeur de termen "doen of laten sterven" worden gebruikt in plaats van het (emotioneel schokkende) "doden".

Ik ben van mening dat het begrip: belang (van de moriturus) tenslotte moeilijker te hanteren zal blijken te zijn dan het begrip (niet - agressieve) opzet (van de euthanasie verlener). Als men er over nadenkt is het eigenlijk heel gek te stellen dat de dood of het sterven in het eigen belang kan zijn van degenen die sterft. Het amputeren van een been kan in het eigen belang zijn, omdat daarmee in sommige gevallen het leven kan worden gered. We kunnen immers een been missen en dan toch nog "eigenheid" overhouden.

Na het sterven verliest men echter (zijn) eigenheid, wordt men verteerd, wordt men tot as verbrand of wordt men onder de aarde gestopt. Men verdwijnt heel letterlijk van het aardoppervlak. Dood gaan kan dus nooit in het eigen belang zijn, met de dood houdt het eigene en daarmee ook het eigen belang op. Niet het sterven, maar het ophouden van lijden kan in het eigen belang zijn.

Omdat er naast lijden onder pijn ook lijden onder het eigen bestaan voorkomt, kan het bekorten van een als zinloos beleefd bestaan, indien daaronder geleden wordt, in zeker opzicht toch wel in het belang van de lijder genoemd worden. Of euthanasie altijd wel in het belang is van de moriturus of van de euthanasie-vrager (niet hetzelfde!) is echter lang niet altijd te bepalen of bewijzen.

Wanneer het belang van de moriturus niet aantoonbaar is, kan er dan nooit sprake zijn van euthanasie? Kan euthanasie dus alleen worden toegepast op patiënten die ernstig lijden en expliciet vragen om euthanasie? Kan de euthanasie vrager altijd wel goed beoordelen of euthanasie in zijn eigen belang is?

Misschien kan een zeer hevig lijdende patiënt die persé dood wil, wel genezen en later gelukkig zijn dat zijn oorspronkelijke dood-wens niet is vervuld.

Het punt is dat het belang (van de moriturus) uiteindelijk toch beoordeeld wordt, moet worden, door degenen die eventueel euthanasie wil toepassen. Of euthanasie in het eigen belang is, is afhankelijk van het oordeel van een ander!

Die ander kan ontkennen dat euthanasie in dit geval in het eigen belang is.

Door het begrip euthanasie te beperken tot het motief eigen belang van de euthanasie vrager snijdt men - en dat is minstens zo belangrijk als het bovengenoemde bezwaar tegen de klassieke definitie - een groot deel van een nauw verwante maatschappelijke problematiek af, namelijk die van de zwaar gehandicapten, die geheel van verzorging of verpleging afhankelijk zijn, maar niet aantoonbaar lijden. Bedoeld worden mensen die in hun geestelijk, soms ook in hun lichamelijk functioneren onherstelbaar zijn aangetast, maar daaronder niet (of nog niet, n.l. bij pasgeborenen) lijden, althans niet bewijsbaar lijden, omdat ze geen besef van zichzelf en hun situatie hebben, geen oordeel over hun eigen belang en daarom ook niet in staat zijn zelf om euthanasie te vragen.

Het is nu eenmaal niet te ontkennen dat er menselijke minusvarianten bestaan die niet om hun bestaan hebben gevraagd en ook niet om hun dood (kunnen) vragen.

We kunnen die categorie natuurlijk wel negeren door angstvallig te poneren dat we inzake euthanasie altijd moeten uitgaan van het verklaarde, het zelf uitgesproken eigen belang. Hoewel praten en denken over euthanasie wel door sociale, menslievende motieven zal zijn ingegeven, is het kortzichtig en weinig maatschappelijk om zich hierbij te beperken tot die mensen die over het eigen belang (nog) een oordeel kunnen vellen (terecht of ten onrechte).

Indien men in de euthanasie discussie uitgaat van het motief van de euthanasie verlener, dan kan men ook deze gehandicapten in de discussie betrekken en sluit men niet willens en wetens de ogen voor een "levensgroot" sociaal probleem: het onnatuurlijke leven van onherstelbaar gehandicapten die heel hun leven afhankelijk blijven van verpleging door anderen.

Waar het motief van de euthanasie vrager (eigen belang) lang niet altijd aantoonbaar

is, is het motief van de euthanasie verlener in ieder geval beter te onderzoeken omdat hij immers zelf blijft leven na zijn (dodende) ingreep en daarvoor ter verantwoording - namelijk van zijn positieve motieven - kan worden geroepen.

Hij moet daarbij aannemelijk kunnen maken dat hij euthanasie in het belang acht(te) van de euthanasie vrager. Nogmaals, het belang van het doen of laten sterven wordt niet bepaald door degenen die zal sterven, maar door degenen die doet sterven.

Omdat de mens een sociaal wezen is, is het onmogelijk (het oordeel over) het belang van het individu volledig los te koppelen van het belang van zijn omgeving. Vrijwel iedereen maakt of maakte op de een of andere manier deel uit van een gezin, familie, buurt, werkkring, maatschappelijke groep, kring van bekenden of van hulpverleners.

De euthanasie verlener moet daarom weldegelijk ook het belang van de omgeving van de euthanasie vrager in aanmerking nemen.

Indien men abortus provocatus ook tot een vorm van euthanasie rekent, zoals ik heb gedaan, kan men hieraan nog toevoegen: belang van de soort, in geval van abortus op medische, (eu)genetische indicatie.

Het is mijns inziens onjuist in euthanasiekwesties (of randgebieden daarvan) principieel alleen uit te gaan van het belang van de moriturus, men moet daarnaast ook het belang van de omgeving van de moriturus in beschouwing nemen. Dat laatste wel te verstaan alleen als men kan uitsluiten dat er tégen de belangen van de moriturus wordt gehandeld, alleen dus in gevallen waarin het niet zeker is of niet onderzoekbaar, wat het belang van de gehandicapte is, omdat deze zich niet over het eigen belang kan uitspreken.

In het geval dat men over het belang van de patiënt (gehandicapte) in het ongewisse moet blijven, is het onjuist aan te nemen dat zo lang mogelijk door blijven leven altijd in het belang van de patiënt zal zijn. In dit geval moet het onzekere belang van de patiënt worden afgewogen tegen het al of niet zekere belang van de omgeving. Zowel voor de patiënt als voor zijn omgeving kan de behandelende arts oordelen wat de perspectieven voor verder leven zijn, wat de waarschijnlijke ontwikkeling van de gehandicapte zal zijn. Alleen als de patiënt euthanasie vraagt en de arts oordeelt euthanasie in dienst "belang" (zie eerder), kan hij ambtshalve de belangen van zijn patiënt behartigen, c.q. euthanasie verlenen. In gevallen waarin de patiënt zich niet uit kan spreken en zich waarschijnlijk ook niet in de toekomst uit zal kunnen spreken over een al dan niet willen blijven leven (b.v. indien hij comateus is, of geestelijk gestoord), kan de arts m.i. naast de mogelijke, maar onzekere belangen van de patiënt, rekening houden met de uitgesproken belangen van zijn omgeving, hoewel hij ambtshalve daartoe niet de plicht heeft (deze richt zich namelijk op de zorg voor het individu). Het is in deze gevallen echter niet gewenst dat er een vorm van actieve euthanasie wordt toegepast.

Alleen als deze patiënten een ziekte of afwijking hebben of krijgen waarvoor zij medisch behandeld moeten worden, is het gerechtvaardigd en zinvol zich af te vragen of medische behandeling wel wenselijk is; zo niet, dan is passieve euthanasie geïndiceerd.

Als belang van de moriturus hebben we genoemd beëindigen van het lijden, hetzij lijden onder lichamelijke pijn, hetzij geestelijk lijden onder de uitzichtloze, hopeloze positie waarin men verkeert (b.v. er onder lijden dat men nooit meer productief of nuttig kan zijn of dat men voor de omgeving een object van voortdurende zorg en verzorging vormt). Hoe kunnen we hiertegenover het belang van de omgeving van de patiënt (of moriturus) omschrijven?

Het is duidelijk, moet althans zeer duidelijk gemaakt worden, dat er hier nooit sprake mag zijn van materiële belang - men denke aan de erfenis die door de erfgenamen wordt begeerd! - en ook niet van een persoonlijk belang - men denke aan het uit de weg ruimen van een tegenstander, rivaal, of figuur wiens macht of aanspraken worden betwist of benijd. Wat kan dan wel het belang van de omgeving van de moriturus

zijn? Ook de omgeving van de uitzichtloos zieke patiënt kan lijden onder de toestand. Dat lijden kan twee vormen aannemen.

Ten eerste lijden onder de intensieve, tijd en geld verslindende verzorging, die vaak ten koste gaat van het gezin of van minder ernstige, andere zieken, en die vooral drukkend is als bekend is dat de kansen op redelijk herstel nihil of zeer klein zijn. Behandelen zonder uitzicht op resultaat van behandeling is deprimerend en psychisch zwaar belastend.

Ten tweede lijden door indentificatie met de patiënt. De verzorgers moeten soms gevoelens toegeven of onderdrukken als: indien ik in zo'n toestand zou verkeren als deze patiënt, zou ik wensen te sterven (dood gemaakt te worden) - ik zou mijn omgeving niet willen belasten met de verzorging van dit zinloos geworden leven.

Ik geloof dat het redelijk is dat artsen en verzorgers- verplegers niet alleen rekening houden met het (mogelijke) lijden van de patiënt, maar ook met het (mogelijke) lijden van zijn omgeving.

In gevallen waarin de patiënt niet aantoonbaar lijdt, b.v. indien hij in coma ligt, maar de omgeving merkbaar lijdt, b.v. door de wetenschap dat de patiënt niet meer of hooguit onherstelbaar afgetakeld zal ontwaken, kan m.i. het belang van de omgeving doorslaggevend zijn.

Na deze uiteenzetting over de uitgangstelling kom ik terug op de in het begin genoemde punten van controverse.

1. Er is m.i., zoals boven is uiteengezet, niet alleen sprake van euthanasie als deze aantoonbaar in het belang is van de moriturus. Er kan ook van euthanasie sprake zijn als er een aantoonbaar belang is van de omgeving van de moriturus (anders dan een persoonlijk of materiëel belang), terwijl het belang van de moriturus wat betreft verder leven of euthanasie niet aantoonbaar is door de toestand waarin hij verkeert.
2. Mijns inziens is het zinvol een onderscheid tussen actieve en passieve euthanasie te blijven maken, hoewel deze vormen wat betreft medisch handelen of nalaten van handelen erg dicht bij elkaar in de buurt kunnen komen te liggen. Juridisch en psychologisch blijft er een verschil bestaan tussen doen sterven en laten sterven.
3. De termen vrijwillige en onvrijwillige euthanasie kunnen veel beter worden vervangen door de termen gevraagde en ongevraagde euthanasie. Daarmee wordt dus tevens gesteld dat er ongevraagde euthanasie bestaat, dat er sprake kan zijn van euthanasie ook als er niet om wordt gevraagd.
4. De termen directe en indirecte euthanasie blijven m.i. zinvol om te onderscheiden, waarbij directe euthanasie betrekking heeft op een fase, die (nog) niet kan worden gekarakteriseerd als stervensfase, indirecte euthanasie wel betrekking heeft op de stervensfase. Indirecte euthanasie is hetzij (aktief) het verhaasten van de naderende dood, hetzij (passief) het niet vertragen daarvan. Directe euthanasie is (aktief) het veroorzaken of (passief) het niet voorkomen van de dood, zonder dat er sprake is van een stervensfase of -proces.
5. Het begrip stervensfase is medisch niet exact te bepalen (althans de intrede daarvan), maar lijkt toch zinvol te gebruiken, omdat patiënten die dichtbij hun stervensuur verkeren zichzelf beleven als in een speciale, het leven afsluitende periode, terwijl ook de omgeving van de stervende de beleving kan hebben dat de patiënt verkeert in een (laatste) fase met eigen kenmerken.
6. Het doel van euthanasie is m.i. niet primair lijdensbeëindiging (bij de stervensfase). Onder natuurlijke omstandigheden is smartelijk sterven zelfs niet zinloos of mensonwaardig. Pijn kan zowel biologisch als psychologisch heel zinvol zijn. Voor de stervende kan pijn zinvol zijn om te (kunnen) beseffen in een nieuwe, terminale fase van het leven te zijn gekomen, waarin de pijn het afscheid nemen van het leven veel makkelijker kan maken. Met pijn komt men ter wereld, met pijn verdwijnt men er ook weer van. Voor de omgeving van de stervende heeft de stervenspijn en doodstrijd de zin van bewust maken van een diep levensgevoel, het gevoel te leven zonder ervoor te moeten vechten. Pijn lijden wordt echter zinloos als een leven - met

- pijn onnatuurlijk en zinloos wordt gerekend door medische ingrepen.

Het doel van de euthanasie is niet pijnloos, comfortabel en waardig te doen of laten sterven. Vooral het woordje comfortabel dat in dit verband gebruikt wordt, doet mij griezelig aan. Het lijkt er op dat degenen die het doel van euthanasie aldus omschrijven, wensen dat het leven van wieg tot graf comfortabel moet zijn. Na de conceptie in een comfortabel bed volgt een pijnloze bevalling, dan wake men voor een zorgeloze jeugd, kope, volwassen geworden, een comfortabel huis, bediene zich van alle gemakken, verzekerde zich van een all risk bestaan met koopsompolis en lijfrenteverzekering en sterve na een waardig leven geheel pijnloos in een comfortabel ziekenhuis. Waarom moet men waardig sterven? Omdat het geschreeuw van een stervende de burens kan storen in hun nachtrust?

Waardig lijkt hier te betekenen: met tempering (onderdrukking) van de emoties door middel van sedativa. Het gaat er m.i. niet om mensen op waardige wijze aan hun einde te helpen, maar om mensen een zinloos lijden te besparen. Dat zinloos lijden kan al snel ontstaan als gevolg van medische ingrepen als operaties, transfusies, injecties, infusen, medicijnen, transplantaties.

Op talloze wijzen wordt er aan het leven "gedokterd". Vaak hebben deze ingrepen een zinloze levensverlenging tot gevolg' b.v. de behandeling van een opgetreden complicatie. Juist het zinloze lijden dat door medische handelingen - vaak reeds tijdens geleden aangevangen - is ontstaan, zou - ook weer door toepassing van medische ingrepen! - verkort moeten worden. Euthanasie heeft tot doel het beëindigen van een als zinloos beleefd leven, niet het beëindigen van oncomfortabel lijden.

7. Moet euthanasie worden gelegaliseerd? De Stichting voor Vrijwillige Euthanasie is tegen, de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie is overwegend vóór. De controverse lijkt uiteindelijk neer te komen op een verschil in opvatting over de functie van wetgeving: orde bewarend versus normen stellend. De "Stichting", bij monde van Van Till, stelt dat de arts in zake (vrijwillige) euthanasie dezelfde vrijheid van handelen heeft als bij operaties en amputaties. Een wetswijziging is niet nodig omdat de arts vrijwillige euthanasie reeds openlijk en straffeloos mag uitvoeren. Daartegenover stelt de "Vereniging" dat als euthanasie in de praktijk voorkomt en niet wordt gestraft en ook zeer goed verdedigbaar is, deze toestand ook wettelijk erkend moet worden en daarbij tegelijk aan bepaalde normen gebonden. De huidige praktijk tolereren betekent accepteren van een dubbele moraal. Formeel is euthanasie strafbaar, maar omdat artsen in hun functie een praktische, overigens niet erkende, uitzondering vormen op de wetten inzake euthanasie en mishandeling, hoeven zij niet bang te zijn voor deze formaliteit. Zij staan boven de wet. Mij dunkt dat artsen noch juristen met deze toestand erg gelukkig kunnen zijn. Als euthanasie mag, of bepaalde vormen van euthanasie mogen, dan moet dat in principe ook worden erkend en omschreven in het wetboek. Dat het onderwerp nog volop in discussie is, kan geen argument zijn om euthanasie (nog) niet te legaliseren. Wetten dienen niet alleen om de praktijk achteraf te bekrachtigen, maar juist om gedrag(normen) vóór te schrijven. Zou de Stichting het ook zinloos vinden abortus te legaliseren omdat deze allang in de praktijk bestaat en straffeloos door artsen kan worden uitgevoerd? Kan een rechtsstaat het zich permitteren obsoleete wetten te handhaven, omdat ze toch al niet meer serieus worden genomen?

8. Tussen euthanasie en zelfdoding hoeft geen groot verschil te zijn. Het is zelfs te hopen dat euthanasie zo dicht mogelijk in de buurt komt van zelfdoding, d.w.z. dat de beste oplossing is dat de arts aan de euthanasie vrager de middelen verschaft, waarmee laatstgenoemde zelf zijn leven beëindigt.

Alleen wanneer de patiënt absoluut niet meer in staat is zichzelf te doden - één van de te respecteren middelen van de patiënt is voedselweigering - mag euthanasie worden toegepast.

9. De behandelend arts lijkt mij de meest deskundige persoon om te beoordelen of de patiënt wel ongeneeslijk ziek is, geen herstelkansen meer heeft, in een stervensfase

verkeert, etc. Hij is ook degeen die de technische middelen heeft en kan toepassen voor euthanasie. Om te beoordelen of euthanasie in het belang is van de moriturus en/of in het belang van zijn omgeving, is de arts de aangewezen persoon. Het spreekt vanzelf dat hij geen (morele) plicht heeft aan het verzoek van de moriturus of zijn omgeving te voldoen, wel heeft hij in dat geval de plicht een collega te consulteren of daarnaar te verwijzen.

De Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie heeft in 1976 het NIPO - het Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie - opdracht gegeven voor een proefonderzoek onder de Nederlandse bevolking naar de meningsvormen over euthanasie.

De belangrijkste resultaten en conclusies van de NIPO enquête over euthanasie 1976 zijn de volgende:

1. Tussen '72 en '76 heeft zich een verschuiving in de meningsvorming over euthanasie van een kleine 10% voorgedaan in de richting van een positievere houding tegenover euthanasie. Deze verschuiving is veel duidelijker te constateren binnen de groep van onkerkelijken dan binnen de groep van confessionelen. (zie punt 12).

Illustratie: 52% van de Nederlanders vindt dat verkeersslachtoffers die vrijwel zeker niet meer bij bewustzijn komen *niet* zo lang mogelijk in leven gehouden moeten worden. In '72 was dit percentage 43%.

2. In de publieke opinie wordt er weinig verschil gemaakt tussen actieve en passieve euthanasie (verkorten van het leven door toepassen van bepaalde handelingen, b.v. toedienen van extra slaapmiddelen resp. nalaten van bepaalde handelingen, b.v. niet meer toedienen van medicijnen). 28% heeft veel begrip voor beide vormen.

3. Men staat positiever ten opzichte van eventuele toepassing van euthanasie op zichzelf dan op familieverwanten.

44% is zeker of waarschijnlijk vóór euthanasie voor zichzelf bij ongeneeslijke ziekte, 30% zeker of waarschijnlijk tegen.

36% is zeker of waarschijnlijk vóór euthanasie voor een gezins- of familielid indien deze buiten bewustzijn is en waarschijnlijk niet meer tot bewustzijn zal komen, 39% tegen.

25% is zeker of waarschijnlijk vóór euthanasie voor een dement gezins- of familielid, 48% tegen.

4. Het is voornamelijk het aspect van het ernstig lijden dat de houding beïnvloedt (in positieve zin) aangaande het toepassen van euthanasie, veel meer dan het zinloos of uitzichtloos zijn (geworden) van het leven.

Euthanasie verdient eerder toepassing bij lijdende ongeneeslijk zieken dan bij (niet noodzakelijk lijdende) stervenden of onherstelbaar gehandicapten.

46% is vóór euthanasie bij ongeneeslijk zieken die ernstig lijden.

24% is vóór euthanasie bij pas geboren geestelijk of lichamelijk onherstelbaar gehandicapten.

16% is vóór euthanasie bij stervenden.

13% is vóór euthanasie bij dementen (geestelijk afgetakelden).

5. Oudere mensen (ouder dan 56 jaar) staan negatiever of gereserveerder tegenover euthanasie dan jongeren (18 tot 35 jarigen).

B.v. bij de jongeren is 55% vóór euthanasie bij onherstelbaar zieken, die ernstig lijden, terwijl bij de ouderen 36% hiervóór is.

Op deze regel is één opmerkelijke uitzondering: oudere mensen staan positiever ten opzichte van euthanasie bij dementen (meestal geestelijk afgetakelde bejaarden) dan jongeren. Van de jongeren is 10% vóór deze vorm van euthanasie, van de ouderen 17%.

Bij de jongeren is de groep die veel begrip heeft voor actieve of passieve euthanasie groter dan de groep die geen begrip hiervoor heeft (32% resp. 17%). Bij personen boven de 35 jaar ligt deze verhouding echter al andersom: (25% resp. 31%).

6. Vrouwen staan iets gematigder tegenover euthanasie dan mannen.

Van de vrouwen heeft 49% enig begrip voor euthanasie tegen 43% van de mannen. Veel begrip hiervoor hebben 30% van de mannen tegen 25% van de vrouwen. Geen begrip hiervoor hebben 27% van de mannen tegen 24% van de vrouwen.

7. Grotere kennis van euthanasie, opgedaan uit boeken of artikelen hierover, leidt tot een positie-

vere houding jegens euthanasie.

Van de respondenten met veel begrip voor actieve euthanasie heeft 61% over euthanasie gelezen, tegen 45% van alle respondenten.

Evenzo brengt een grotere ervaring met euthanasie (meegemaakt hebben dat iemand uit de eigen omgeving om euthanasie verzocht) een positievere houding hiertegenover met zich mee. Van de respondenten met veel begrip voor actieve euthanasie heeft 32% ervaring uit de eigen omgeving hiermee, tegen 19% van allen. Van deze groep antwoordt 66% positief op de vraag of zij zelf euthanasie zouden verzoeken, indien zij ongeneeslijk ziek en lijdend zouden zijn, tegen 44% van alle ondervraagden.

8. Euthanasie moet worden toegepast door een arts, beter dan door een vriend of familielid en wel bij voorkeur door de eigen huisarts of een bevriende arts in plaats van een vreemde arts.

39% is voor de eigen huisarts of een bevriende arts, 25% voor een arts, maar niet de eigen huisarts of een bevriende arts, 10% voor een vriend of familielid na toestemming van de arts en 6% voor een vriend of familielid na weigering van de arts.

9. Als argumenten die tegen euthanasie aangevoerd kunnen worden, wordt door 37% de kans op misbruik genoemd, door 22% de stelling dat elk leven dient te worden beschermd en door 17% de opvatting dat euthanasie in strijd is met godsdienstige opvattingen.

10. Jongeren voelen meer voor het aanvragen van een levenstestament (40%) dan ouderen (26%).

11. Euthanasie en politiek.

De niet - confessionele partijen staan positiever tegenover euthanasie dan de confessionele partijen. Binnen deze eerste groep lopen de PPR stemmers voorop, gevolgd door de VVD ers, terwijl de PvdA ers iets behoudender zijn.

Binnen de tweede groep is de houding van de KVP het meest positief, daarna die van de CHU, daarna die van de ARP.

Bij elke partij noemen we het percentage voorstanders van legalisering van euthanasie, ten tweede het percentage dat veel begrip heeft voor actieve euthanasie en ten derde het percentage dat veel begrip heeft voor passieve euthanasie:

PPR	85%	44%	58%
VVD	78%	33%	36%
PvdA	68%	32%	29%
KVP	43%	20%	20%
CHU	38%	18%	20%
ARP	32%	12%	22%

12. Euthanasie en godsdienst.

De onkerkelijken staan positiever jegens euthanasie dan de gelovigen.

Van de groep van gelovigen nemen rooms katholieken en nederlands hervormden een vrijwel identieke houding aan, terwijl de gereformeerden het meest kritisch of afwijzend staan tegenover euthanasie.

Van de onkerkelijken is 81% vóór legalisering; bij de katholieken 57% de hervormden 55%.

Alleen onkerkelijken zijn meer konsekvent positief dan konsekvent negatief jegens euthanasie voor zichzelf of familieleden in geval van ernstige ziekte met lijden of diepe bewusteloosheid. 25% van hen is konsekvent positief tegen 10% konsekvent negatief. Bij RK ligt deze verhouding: 15%-26%. Bij NH 13%- 24%. Bij geref.: 7% - 47%.

Alleen onkerkelijken zijn 10% of meer t.o.v. '72 veranderd in hun oordeel dat er ingegrepen zou moeten worden bij 1e langdurig bewustelozen met een slechte prognose, 2e bij ongeneeslijk zieken die ernstig lijden. Godsdienstigen zijn hieromtrent veel minder van standpunt veranderd.

		'76	'72
onkerkelijken	1e cat.	47%	35%
	2e cat.	44%	34%
RK	1e cat.	29%	25%
	2e cat.	33%	32%
NH	1e cat.	25%	32%
	2e cat.	29%	27%
geref.	1e cat.	16%	9%
	2e cat.	17%	17%

LITTERATUUR

- Euthanasie - het recht om te sterven; Downing e.a.; Spectrum A5.
- Medische macht en medische ethiek; Van den Berg; Callenbach
- Abortus - het recht van de vrouw; Van Tricht; De Haan Bussum
- NIPO enquête euthanasie 1976; NIPO enquête euthanasie 1972
- Kwartaalblad Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie
- Hoe verkrijgen we de milde dood?; Sybrandy; Intermediair 12 jrg. 22
- Een verklaring over het eigen einde; Van Till; Intermediair 12 jrg. 9
- De zachte dood; Van Tol; Intermediair 11 jrg. 12
- Begeleiding van de stervende bejaarde; Fuldauer; Intermediair 10 jrg. 30
- Advies inzake euthanasie; Ministerie van Volksgezondheid en milieuhygiëne; Verslagen en rapporten 1973
- Euthanasie discussie; Rekenschap 20 jrg. 3
- Documentatiemap euthanasie; Humanistisch verbond 1973
- Euthanasie en bevolkingspolitiek; Hopster; De Vrije Gedachte 4e jrg. 31 ('73)
- Uitbreiding van de euthanasie-wens clausule; Hopster; De Vrije Gedachte 4e jrg. 34 ('73)
- Euthanasie in medisch en juridisch denken; Hopster; De Vrije Gedachte 4e jrg. 39 ('73)
- Euthanasie in veelvoud; Van Till; Intermediair 1978 no. 45
- Hoe vrijwillig is vrijwillige euthanasie?; Van der Sluis; Intermediair 1978 no. 26
- Rapport Adviescommissie der NVVE inzake wetgeving over euthanasie 1978
- De dood als keuze; Van Tol; Boom - Meppel 1977
- Om de dooie dood; Morgan/Geluk; Vuga - boekerij '77
- Op leven en dood; Cahiers bio-wetenschappen en maatschappij; Van Loghum Slaterus Deventer '74
- Euthanasie; Publikatie van het Nederlands Gespreks Centrum 1975; Bosch en Keuning Baarn
- Euthanasie; Muntendam e.a.; Ned. bibliotheek der Geneeskunde 1977 Stafleu, Leiden
- Actieve euthanasie als sociologisch probleem; Van Heek; 1975 Boom - Meppel

INHOUDSOPGAVE	pag.
Inleiding	3
Betekenis v. euthanasie	3
Normen v. euthanasie	4
Vrijwillig - niet vrijwillig	6
Abortus	7
Beperking van toepassing	7
Indicaties voor vrijwillige euthanasie	8
Indicaties voor niet - vrijwillige euthanasie	9
Samenvatting indicaties	11
De kern van de problematiek	13
Euthanasie in discussie	15
Nipo enquête 1976	21
Litteratuur	23
