

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT
BEVORDERING DER GENEESKUNST
TEL. 030 - 823911

MC

Redactie

dr C. Spreeuwenberg,
hoofdredeur
mw mr J.C.M. Ankoné,
plaatsvervangend hoofdredeur
mw drs W.G. Kaltofen, redacteur
mw C.R. van der Sluijs, redacteur
drs P.G. Visch, redacteur-verslaggever
mw drs S.E. Wildevuur,
redacteur-verslaggever
R.A. te Velde, eindredacteur
mw C.M. Schouten, secretaresse
Redactieadres
Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht
telefoon 030-823384

Bestuur

F.N.M. Bierens, voorzitter
dr R.J.E.A. Höppener, secretariaat
dr C.J. Jonkman, vice-voorzitter
mw dr C. Vermeulen-Meiners
dr H.W.M. Anten
Secretariaat bestuur
Postbus 690
2900 AR Capelle a/d IJssel
Adviseurs namens het
hoofdbestuur der KNMG:
mw M.H.D.J. Zwart-van der Weerd
Th.M.G. van Berkestijn

Ontwerp & prepress:

DTP-studio Diap v.o.f., Velp

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de
Benelux, op de Nederlandse Antillen en in
Suriname zijn de kosten voor een abonne-
ment f 151,50 (inclusief BTW); overige lan-
den f 267,-; student-leden KNMG f 55,50.

Opgave en administratie

Wegener Tijl Tijdschriften Groep BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EC Amsterdam
telefoon 020-5182828
telefax 020-5182843

Advertenties

Wegener Tijl Medische Media
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EC Amsterdam
telefoon 020-5182828
telefax 020-5182843
Advertenties kunnen zonder opgaaf van
redenen worden geweigerd.

Druk

Druk Tijl Offset, Zwolle

De redactie beslist over de inhoud van het
redactionele gedeelte. Het bestuur is voor
het gevoerde beleid verantwoording ver-
schuldigd aan de Algemene Vergadering
van de KNMG. De besturen van de KNMG
en de beroepsverenigingen zijn voor de
inhoud van het officieel gedeelte verant-
woordelijk.

Bij de voorplaat:
Uit de 'Kranken-Physiognomik' (1838)
van K.H. Baumgärtner.
Diagnose: Chlorosis.

Jaargang 48 / 26 november 1993

MEDISCH CONTACT

1465 Honoreringsstructuur specialisten

1469 CAL-4

Dit nummer is gewijd aan de discussienota 'Hulp bij zelfdoding bij psychia-
trische patiënten' van de KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levens-
beëindigend handelen

1470 Morele afwegingen R.J.M. Dillmann

Over de omvang problematiek, terminologie en definities, en morele
afwegingen

1475 Zorgvuldigheidseisen J. Legemaate en R.J.M. Dillmann

Juridische afwegingen

1480 Wilsbekwaamheid A.J. Tholen

Over wilsbekwaamheid bij een verzoek om levensbeëindigend handelen

1483 Duidelijkheid W.A. Nolen

Discussienota 'Hulp bij zelfdoding van psychiatrische patiënten' verschaft
duidelijkheid aan patiënten en behandelaars

1486 Paraplubegrip H.M. Kuitert

Over 'levensbeëindiging' en 'levensbekorting', 'doen sterven' en 'laten sterven
en dan opzettelijk', naar aanleiding van CAL-1 t/m -4

1490 Verantwoordelijk E. van der Does

Levensbeëindigend handelen of hulp bij zelfdoding bij wilsonbekwame en
psychiatrische patiënten: de verantwoordelijkheid van de arts

1493 Recht J.K.M. Gevers

Kanttekeningen vanuit het recht bij de discussienota's CAL-1 t/m -3

1496 Grenzen R. de Leeuw

Grenzen van het medisch handelen in de neonatologie

1498 PVS D. Pranger

Over de morele aanvaardbaarheid van het beëindigen van kunstmatige toe-
diening van voeding en vocht aan patiënten in een aanhoudend vegeterende
toestand

1501 Demente patiënten C.M.P.M. Hertogh

Medisch handelen in de laatste levensfase van demente patiënten

En verder:

- 1462 Brieven • 1463 Gastcolumn • 1464 Voorzitterscolumn KNMG •
- 1465 Actueel • 1479 Bericht • 1485 Patiëntenperikel • 1489 Bericht •
- 1500 Ziekte in de literatuur • 1504 Arts en recht • 1508 Dagboek GMD-arts •
- 1509 Boeken • 1510 Officieel • 1512 Agenda •

IN CONTACT

Plaatsen van bijdragen in de rubriek 'In Contact' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen wordt schrijvers verzocht zich in hun ingezonden brieven tot hoofdzaken te beperken.



Informatieoverlast

ARTSEN DUWEN meestal vele kilo's bedrukt papier in de oudpapierbak. Ze zijn geabonneerd op diverse vaktijdschriften, die met veel moeite soms ook worden gelezen. Oude jaargangen stapelen zich op en niemand wil ze hebben, zelfs niet gratis. Als je niet goed oplet, word je daarbovenop bestookt met nog veel meer drukwerk. Zelf ontving ik de afgelopen paar maanden eenentwintig (!) verschillende *ongevraagde* medische tijdschriften. Met zo'n stroom informatie is het moeilijk de voor je vak belangrijke zaken eruit te halen en ook nog de artikelen op de juiste wetenschappelijke waarde te schatten. Zo blijf je vooral kijken naar de reclame, wat in de meeste gevallen ook de bedoeling lijkt. Met het doel voor ogen de stroom wat in te dammen, heb ik eens uitgezocht waar deze *ongevraagde tijdschriften* vandaan komen. Van een heleboel tijdschriften kan de verzending worden gestopt met een briefje of een telefoontje (maar als je van hetzelfde mailingbureau toch een tijdschrift wilt blijven ontvangen, kan dat heel lastig worden). Ik wilde nog uitrekenen hoeveel bomen ik zo per jaar kon laten staan, maar dat nummer van Milieudefensie was ook al in de oudpapierbak beland.

Amsterdam, november 1993
J.W.C. de Ridder

Huisartsopleiding

Herplaatsing wegens misstelling

DE LHV IS het van harte eens met de opmerkingen van de LOVAH inzake de arbeidsvoorwaarden van huisartsen in opleiding en de noodzaak van uitbreiding van de capaciteit van de huisartsopleiding (MC nr. 45/1993, blz. 1394). De LHV pleit voor uitbreiding van de instroom van 280 naar 400 artsen in de huisartsopleiding per jaar. Zij vindt daarbij steun in het betreffende advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid; de NRV advi-

seert zelfs een uitbreiding met 150 plaatsen.

De open brief van de LOVAH geeft de LHV aanleiding een aantal misverstanden uit de weg te ruimen: Er is geen sprake van overhaaste invoering van uitbreiding van de opleiding tot huisarts van twee tot drie jaar. Al snel na de invoering van de specifieke beroepsopleiding tot huisarts in 1973 werd duidelijk dat de opleiding langer dan één jaar zou moeten duren. Deze gedachte leefde zowel binnen de beroepsgroep en bij de instituten voor huisartsgeneeskunde als bij de overheid. Tegen deze achtergrond heeft de overheid het College voor Huisartsgeneeskunde in staat gesteld het project Curriculum Constructie (meerjarige) Beroepsopleiding tot Huisarts (CCBOH) uit te voeren. De verantwoordelijke commissie is daarbij uitgegaan van het in 1983 door de LHV gepubliceerde 'Basistakenpakket van de huisarts'. In de CCBOH-rapportage werd een aantal tekorten in de opleiding gesignaleerd; deze tekorten betroffen onder andere de aandacht voor preventie, epidemiologie en wetenschappelijke vorming; ook werd meer tijd en aandacht nodig geacht voor het verder verbeteren van kennis, vaardigheden en attitude op het terrein van de huisartsgeneeskunde. De CCBOH-commissie concludeerde dat de opleiding tot huisarts diende te worden uitgebreid tot drie jaar. Het CHVG heeft op grond van de CCBOH-rapportage in 1990 besloten tot een driejarige huisartsopleiding. Dit besluit is op financiële gronden door een veto van de staatssecretaris van WVC getroffen. Eind 1991 heeft de staatssecretaris van WVC meegedeeld geen bezwaren meer te hebben tegen een driejarige huisartsopleiding. Wel zal duidelijk moeten zijn dat de financiering voor de uitbreiding van de opleiding tot drie jaar er dan ook is. Het gaat daarbij om de financiering van de zogenaamde externe leerwerkperioden: Perioden waarin de opleiding plaatsvindt in instellingen buiten de huisartspraktijk, zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen en bijvoorbeeld RIAGG's. De staatssecretaris van WVC heeft in 1991 aangegeven dat de betrokken partijen (LHV, verzekeraars, organisaties van ziekenhuizen/specialisten) hiervoor een oplossing moeten vinden. De LHV heeft met de SBOH het initiatief tot overleg hierover op zich genomen. Het bleek niet mogelijk een landelijk geldende financieringsregeling te treffen.

Daarom is in 1993 gekozen voor een 'decentraal' financieringsmodel. Dat betekent dat de financiering van de externe perioden betrokken worden in de contractering tussen SBOH en ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere. Dit is in feite ook de werkwijze die tot op heden altijd door de SBOH is gevolgd voor de externe leerwerkperioden in de tweejarige opleiding.

De LHV heeft het op zich genomen de implementatie van het decentrale financieringsmodel te bevorderen. Op dit moment wordt nagegaan in hoeverre individuele instellingen bereid zijn hieraan mee te werken. Het uitgangspunt, dat het gaat om externe leerwerkperioden in het kader van de opleiding tot huisarts, blijft daarbij onverminderd van kracht: huisartsen in opleiding dienen ook tijdens externe leerwerkperioden aan alle opleidingsactiviteiten deel te nemen. De verantwoordelijkheid voor de inhoud van de opleiding tijdens de externe leerwerkperioden blijft bij de afdelingen Huisartsopleiding. De LHV heeft in het vervolg op de besluitvorming over het decentrale financieringsmodel de HVRC verzocht de noodzakelijke procedures aan te vangen die het mogelijk maken de driejarige opleiding per september 1994 in te voeren. De HVRC heeft desgevraagd van de afdelingen Huisartsopleiding bericht ontvangen dat zij bereid en in staat zijn de driejarige huisartsopleiding per deze datum uit te voeren. De HVRC heeft daarop vastgesteld, dat het besluit van het CHVG om de huisartsopleiding tot drie jaar uit te breiden kan worden uitgevoerd en wel met ingang van 1 september 1994.

Utrecht, november 1993
Bureau LHV

Dank

NAAR AANLEIDING van mijn brief betreffende politici, gezondheidszorg en VUT, die werd opgenomen in MC nr. 42/1993, blz. 1290, heb ik uit brede kring mondelinge en schriftelijke reacties ontvangen. Deze waren zonder uitzondering instemmend en positief. Ik zou langs deze weg een ieder die heeft gereageerd willen danken voor de betuigde instemming en sympathie. We zullen hopen dat het ook te bestender plekke enige weerklink vindt. •

Weert, november 1993
W.A. van Deurzen, chirurg

Ernstig demente patiënten

IN DE SERIE rapporten van de KNMG over levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten neemt naar mijn mening het derde deel over ernstig demente patiënten een bijzondere plaats in. Verdient het in het algemeen al grote waardering dat de KNMG met deze serie de moeilijke vraagstukken aan het levenseinde van wilsonbekwamen heeft aangepakt en zo een bijdrage levert aan de debat dat in bredere kring wordt gevoerd, dit derde deel behandelt bovendien een problematiek waarover nog weinig is gepubliceerd. Daar komt bij, dat naar mijn oordeel in de kwaliteit van rapporten een duidelijke ontwikkeling is waar te nemen; ik beschouw in ieder geval het deel over ernstig demente patiënten verreweg als het beste.

De waardering voor dit rapport sluit natuurlijk kanttekeningen niet uit. Die heb ik op enkele punten. Een eerste opmerking is, dat naar mijn oordeel het gebruik van de term 'levensbekortend handelen' - in de eerdere rapporten 'levensbeëindigend handelen' - ongelukkig en verwarrend is. Bij pijnbestrijding en het beëindigen van medisch zinloos handelen die onder dat begrip worden geschaard, gaat het niet om levensbekorting. Die kan een bijkomend gevolg zijn. Het onderscheid met euthanasie en hulp bij zelfdoding die wel op levensbekorting zijn gericht, wordt op deze wijze verhuld en mistig gemaakt. Dat verwart de discussie en wekt minstens een verkeerde indruk over de plaats van pijnbestrijding en beëindiging van medisch zinloos handelen in het medisch handelen. Naar mijn mening is er ook helemaal geen behoefte aan een overkoepelend begrip voor de uiteenlopende soorten handelingen aan het levenseinde: die zijn van zo verschillende aard dat zij beter apart en gescheiden kunnen worden gehouden. Een dergelijk overkoepelend begrip draagt niet bij aan beter inzicht en is noch voor de praktijk, noch voor de wetenschap nodig. In rapport III wordt het begrip 'medisch zinloos' restrictiever en strikter gehanteerd dan in de beide vorige rapporten. Die tendentie is ook elders in de literatuur en de praktijk te constateren. Het rapport

wijst een oordeel over de kwaliteit van het leven af en trekt de koppeling van kwaliteit met het medisch handelen strakker aan. Ik beschouw dat als een gelukkige ontwikkeling. Het draagt er bovendien toe bij dat de verschillende opvattingen op dit gebied naar elkaar toe groeien. In dat verband is het van belang op te merken, dat in het rapport ten onrechte wordt gesteld dat het in de gangbare juridische opvatting bij medisch zinloos handelen zou gaan om strikt medisch-objectieve criteria. Dat misverstand leest men ook wel elders. De mij bekende gezondheidsrechtelijke literatuur heeft vrijwel altijd een veel gedifferentieerder benadering. Dat neemt niet weg, dat ook in het gezondheidsrecht het

H.J.J. Leenen

leerstuk van het medisch zinloos handelen zich verder ontwikkelt. Dat de bewegingen in elkaars richting gaan, is verheugend. Een derde kanttekening betreft de reconstructie van de wil tot (actieve) levensbeëindiging bij demente bejaarden. In de euthanasiediscussie en in de jurisprudentie op dat gebied zijn de eisen waaraan het verzoek moet voldoen, steeds hoog gesteld. Dat is terecht. Afwijken daarvan zou de (rechts)grond van euthanasie: de eigen wil, fundamenteel aantasten. Het zou bovendien vrijwel onvermijdelijk leiden tot het implanteren van overwegingen van anderen dan de patiënt in diens gereconstrueerde wil. Daartegen zijn ernstige bezwaren aan te voeren. Bovendien zou een ontwikkeling in die richting een negatief effect hebben op de euthanasiediscussie in het algemeen, en die wordt er toch al niet gemakkelijker op. Voorts gaat het, zoals het rapport ook zegt, om uiterst zeldzame gevallen. Moet daarvoor zoveel overhoop worden gehaald? Het is in het algemeen bezwaarlijk een regel te wijzigen op grond van uitzonderingen. Doet zich een noodsituatie voor, dan kan ook bij deze categorie patiënten de in het strafrecht mogelijke weg van overmacht als conflict van plichten worden begaan. De weg van een reconstructie van de wil van de onbekwame op dit gebied kan naar mijn mening beter niet worden ingeslagen.

Tenslotte nog een kanttekening bij de genuanceerde beschouwing over de schriftelijke wilsverklaring en noodsituatie bij ernstig demente patiënten. Wellicht zouden er nog nadere gezichtspunten kunnen worden ontwikkeld, indien meer in aanmerking zou worden genomen dat het bij euthanasie en dus ook bij euthanasie als het verzoek in een schriftelijke wilsverklaring is neergelegd, in de thans geldende juridische situatie gaat om een conflict van plichten bij de arts. Ook al komt de levensbeëindiging door de situatie van de patiënt aan de orde, de wegingen hebben betrekking op het handelen van de arts die de euthanasie verricht.

Met rapport III is de serie over levensbeëindiging bij onbekwamen beëindigd. Nu moet nog de definitieve rapportage worden uitgewerkt. De kwaliteit die de commissie in dit derde deel heeft bereikt, zal daarbij ongetwijfeld ook in de voorgaande delen nog gaan doorwerken. •

prof. dr H.J.J. Leenen

emeritus hoogleraar in de sociale achtergronden van gezondheid en gezondheidszorg aan de Universiteit van Amsterdam

De doelen van de gezondheidszorg

DE NEDERLANDSE gezondheidszorg bevindt zich in een cruciale periode. De stelselwijziging is deels uitgevoerd, maar belangrijke onderdelen, zoals de uitbouw van de AWBZ tot een volksverzekering zijn blijven liggen. Belangrijke beleidsbeslissingen zijn afhankelijk geworden van de verkiezingen en het op te stellen regeerakkoord. In beleidsmatig en in politiek opzicht is dus een periode van onduidelijkheid aangebroken. Van daar de plannen om een parlementair onderzoek naar de gezondheidszorg te houden: wanneer we niet goed weten hoe vooruit te gaan, dan kijken we liever terug hoe het zo gekomen is. We weten gelukkig een groot aantal dingen wel: de Nederlandse gezondheidszorg is kwalitatief goed, de uitgaven zijn in vergelijking met omringende landen gemiddeld en aan de beheersbaarheid ervan wordt door het veld constructief meegewerkt. We weten ook dat er altijd zaken beter kunnen en dat er belangrijke vraagstukken op ons af komen. Beperking van de groei van de uitgaven in de gezondheidszorg leidt meer en meer tot knellende situaties, en we hebben nog geen afdoende manier om die het hoofd te bieden. Meer dan ooit is duidelijk geworden dat de beslissingen van artsen maatschappelijke gevolgen hebben: zij bevorderen met die beslissingen de gezondheid van patiënten en zij sturen er grote geldstromen in de gezondheidszorg mee. Dat betekent, dat we meer en meer moeten kijken naar de gezondheidszorg als geheel en ons steeds beter af moeten vragen welke kant we haar heen willen sturen.

De afgelopen jaren hebben vele rapporten het licht gezien waarin aangegeven werd hoe dat misschien zou kunnen. Zo formuleerde de commissie Keuzen in de Zorg op basis van een gemeenschapsgerichte benadering van gezondheid een trechter waarmee zou kunnen worden bekeken of verstrekkingen wel in het basispakket thuisho-

ren. In 'Medisch handelen op een tweesprong' van de Gezondheidsraad werden alle kaarten op het verbeteren van de doelmatigheid gezet (waarbij belangrijke conclusies van het rapport niet door deugdelijk feitenmateriaal werden ondersteund). Daarnaast zijn er rapporten verschenen over de positie van de specialist en wachten we nog op het rapport van de commissie-Biesheuvel.

Weten we nu waar we de gezondheidszorg heen willen sturen en hoe we dat moeten doen? Naar mijn mening is dat nog niet zo duidelijk. Een belangrijke vraag die we dan als eerste moeten beantwoorden is, welke dan de doelen zijn die we met de gezondheidszorg willen

R.H. Levi

bereiken. Bijvoorbeeld omdat we de doelmatigheid van zorg willen vergroten (zonder doelen kunnen we immers niet van 'doelmatig' spreken). Met het simpele antwoord dat het gaat om het bevorderen van gezondheid zijn we er natuurlijk niet. Daarvoor kan ik zo een drietal redenen noemen. De eerste is, dat gezondheid voor velen een belangrijke zo niet de belangrijkste waarde vertegenwoordigt. Mensen zijn afhankelijk geworden van een goede gezondheid, terwijl tegelijkertijd het begrip 'gezondheid' nog steeds aan een sluitende definitie weet te ontsnappen. De tweede, is dat het systeem voor gezondheidszorg noodzakelijk is voor de samenhang van de samenleving. Met het losser worden van de relatiernetwerken van mensen (door kleinere gezinnen, grotere geografische afstanden, veroudering, etc.) zullen zij eerder een beroep doen op professionele zorgverlening. Gezondheidszorg is dus bij uitstek een sociaal systeem geworden waarvoor we niet zo heel gemakkelijk objectieveerbare doelen kunnen formuleren. Dat de samenleving niet zonder het systeem kan, is echter evident. De derde reden waarom we er niet zijn door te zeggen dat het doel van gezondheidszorg het nastreven van gezondheid is, is wat technischer van

aard: we moeten gewoonweg duidelijkheid krijgen in welke zin gezondheid dan moet worden bevorderd.

Gaat het om vermindering van ziekte en sterfte, de gemiddelde levensduur of de ziektevrije levensduur? Stellen we de WHO definitie centraal of de (statistische) normaalwaarden van de menselijke soort? Gaat het om maatschappelijke kansen of om het bereiken van de doelen die ieder individu zich stelt, of om de participatie aan de samenleving?

Wie moet zich deze vragen nu aantrekken? Allereerst de professie zelf: die kan het best aangeven welke doelen haalbaar zijn, en wat van de gezondheidszorg kan worden verwacht. Vervolgens moet op gegeven moment een keuze worden gemaakt: wat vindt de Nederlandse samenleving nu echt het belangrijkste in haar gezondheidszorg? Welke mix van preventie, curatie en zorg? Zonder antwoorden op die politieke vragen zal het overheidsbeleid zich noodgedwongen laten leiden door financiële aspecten (zoals het financiële plafond in het macrobudget, eigen bijdragen, eigen risico's). Wanneer die politieke keuzen zijn gemaakt, kan de professie weer behulpzaam zijn door aan te geven welke behandelingen het best passen bij de doelen die men zich kiest en welk kostenniveau daarbij hoort.

Ik zie hierin een grote uitdaging voor de professionals in de gezondheidszorg: duidelijk te maken waar zij voor staan en wat zij kunnen bieden, om zo politici duidelijk te maken voor welke keuzen zij staan en welke de gevolgen daarvan zijn. De KNMG en haar afdelingen hebben in de Algemene Vergadering besloten die uitdaging aan te gaan: we zullen volgend jaar alle artsen in Nederland uitnodigen om in regionale bijeenkomsten met ons mee te discussiëren over de doelen van de gezondheidszorg. Ik verwacht niet anders dan dat de politiek die uitdaging ook opneemt. •

R.H. Levi, voorzitter KNMG

De rol van de LSV en van de regio's zal wellicht veranderen

LSV wil open discussie over honorering specialisten

“Er wordt gesuggered dat de LSV veel binnenskamers beslist. Mijn visie is echter: de leden vormen de basis voor het LSV-beleid. Wij beogen een open discussie.” LSV-voorzitter Palmen over de nieuwe koers van de LSV en de regionale initiatieven om tot alternatieve afspraken te komen met ziekenhuisdirecties en verzekeraars.

Ans Ankoné

BELEIDSVOORBEREIDENDE stukken inzake de honoreringsstructuur en het besluitvormingsproces binnen de LSV zijn de leden rechtstreeks toegezonden. “Er is niets geheimzinnigs aan wat het LSV-bestuur aan beleid voorbereidt of uitvoert”, zegt de nieuwe LSV-voorzitter F.M.L.H.G. Palmen. “Openheid voeren wij hoog in het vaandel.” Kritiek, als zou de medezeggenschap van de leden niet al te groot zou zijn, wijst Palmen van de hand: “Als dat zo overkomt,

dan moeten we daar echter wel aandacht aan besteden.”

De openheid die Palmen zo nadrukkelijk nastreeft, heeft succes. Tijdens de extra voorbereidende ledenvergadering op 11 november jl. hechtten de bijna 200 aanwezige leden, op vier na, hun instemming aan het LSV-beleid zoals verwoord in de nota ‘Aanzet tot een nieuwe honoreringsstructuur medisch specialistische hulp’. De nota is inmiddels naar de commissie Modernisering Curatieve Sector (de commissie-Biesheuvel) verzonden, en zal als basis dienen van overleg met de commissie.

Tevens is tijdens de vergadering informatief met de leden gesproken over het toekomstige besluitvormingsproces binnen de LSV. Palmen hoopt, dat hierover tijdens de volgende vergadering op 9 december a.s. een besluit wordt genomen.

“De geluiden van de leden worden op hun waarde geschat en daarop wordt actie ondernomen”, zegt Palmen. “Het bestuur is op de toekomst gericht. Het heeft geen zin te debatteren over hetgeen in het verleden anders had moeten gebeuren. Als er kritiek is, vernemen we die graag via de geëigende weg en niet via omwegen, bijvoorbeeld via een artikel in de krant. Kritiek hoort in eerste instantie intern binnen de vereniging te worden bediscussieerd. Er wordt hard gewerkt aan verbetering van de interne verhoudingen, en niet zonder effect, is mijn indruk.”

De commissie-Biesheuvel

Van diverse kanten worden adviezen aangedragen voor de structuur en het niveau van de specialisteninkomens. Na de mislukking van het Vijfpartijenakkoord heeft staatssecretaris Simons de commissie-Biesheuvel de opdracht gegeven advies uit te brengen over wanneer en onder welke voorwaarden het geheel van huisartsenhulp, specialistische zorg en ziekenhuiszorg deel zou kunnen uitmaken van een gemoderniseerde zorgverzekering. Tevens zou worden bekeken hoe dit gepaard kan gaan met vergroting van de doelmatigheid en voorkoming van onno-

dige medicalisering, alsmede kostenbeheersing. De aanvankelijk gevraagde en later weer ingetrokken, maar toch uitgelekte tussenrapportage van de commissie inzake de honoreringsstructuur voor medisch specialisten, gaf reeds de richting aan waarin Biesheuvel c.s. de oplossingen zoeken. De kernwoorden hierbij zijn: het ziekenhuis is een geïntegreerd bedrijf, waarin een gemeenschappelijke en verplichte inzet mag worden verwacht van directie en staf; verantwoordelijkheid en resultaat-‘incentives’ voor specialisten op afdelingsniveau; keuzemogelijkheid voor vrije vestiging en voor een contract met het ziekenhuis; een gegarandeerd basisinkomen voor een werkweek van circa 60 uur; eventueel differentiatie in inkomen naar de mate van ervaring en een opslag overeenkomstig opleiding, zwaarte van het vak en vereiste beschikbaarheid, waarbij wordt uitgegaan van een clustering van specialismen; en tenslotte, een oplossing van de goodwill-problematiek via een fondsconstructie.

De commissie-Biesheuvel zal haar advies nu medio januari 1994 uitbrengen, waardoor de gelegenheid bestaat het ‘huiswerk’, dat diverse partijen tussentijds aandragen, kan worden meegenomen.

In zijn advies ‘Gepast gebruik’ over de samenhang tussen tariefstructuren en volumina van vrije beroepsbeoefenaren in relatie tot kostenbeheersing, kwam de Ziekenfondsraad in september tot de conclusie, dat de volumeontwikkeling een te beperkte en tevens onzuivere maatstaf is voor de beoordeling van al of niet doelmatig handelen van artsen. Bij de, sinds decennia gehanteerde, volume-afhankelijke tarieven is weliswaar volumestijging opgetreden, maar daaruit is nog geen conclusie over gepast gebruik te trekken. Voor een cijfermatige beoordeling daarvan is een nader uitgebreid onderzoek noodzakelijk. Het blijft een moeilijke materie.

Het LSV-antwoord

Uitgangspunten van het LSV-beleid voor een nieuwe honoreringsstructuur zijn: **■**

'het vrije beroep' en 'loon naar werken': niets meer maar ook niets minder. De LSV komt daarbij uit op een - voor ziekenfonds en particulier verzekerden gelijk! - abonnementstarief voor de poort-specialisten, een clustertarief op uur-basis bij therapeutische verrichtingen, invoering van een advieskaart en aparte honorering van niet-patiëntgebonden activiteiten.

"Over de structuur moet consensus worden bereikt met de commissie-Biesheuvel", pleit Palmen. De LSV heeft, voorbereidend op genoemde nota, eind juni aan de regio-voorzitters een beleidsplan ter hand gesteld, waarover vervolgens overleg is gevoerd tussen de Beleidsgroep Materiële Aangelegenheden en de Beroepsbelangencommissies, waarna het plan is besproken tijdens de ledenvergadering. In de nota die nu met instemming van de LSV-leden aan de commissie-Biesheuvel is gestuurd, wordt de positie van de specialist binnen een ruimer maatschappelijk kader geplaatst dan voorheen het geval was. Verantwoordelijkheid jegens patiënt, professionele omgeving en samenleving impliceert ook de bereidheid om verantwoording af te leggen, aldus de nota. Bij zijn primaire verantwoordelijkheid voor de zorgverlening aan patiënten gaat de specialist steeds na wat werkzaam en doelmatig is. Bovendien is hij aanspreekbaar op zijn zorgplicht. De zorgplicht, aldus opgevat en begrensd, is echter niet verenigbaar met een macro-budget dat is afgeleid van de uitgaven in plaats van de reële zorgbe-

Een principiële verschil met de denkbeelden van de commissie-Biesheuvel lijkt gelegen in het basisinkomen, waarvoor de commissie opteert, tegenover het tariefstelsel van de LSV, waarvan de LSV voorspelt dat het voorgestelde honoreringsniveau op basis van een reëel uurtarief - na alle kortingen - boven het niveau van de huidige tarieven zal uitkomen. Dit is mede het gevolg van het flexibele volumebeleid waar de LSV voor pleit. Ten aanzien van het volume van

rechtsgeldige tarieven. WVC heeft de Ziekenfondsraad uitgenodigd deze experimenten, in overleg met het COTG en WVC, uit te voeren.

Palmen zegt er het volgende over en herhaalt: "De honoreringsstructuur moet centraal op basis van consensus tot stand komen. De invulling van de zorgvraag, met name wat betreft de hoeveelheid en de vorm van zorg, zal waarschijnlijk regionaal geschieden. In wezen is de zorgvraag, als kern van het medisch handelen, het belangrijkste. De rol van de regio's zou in de toekomst dus meer gewicht kunnen krijgen. Dat is echter wel afhankelijk van het overheidsbeleid. Na een aanvankelijke voorkeur voor regionale benadering, proef ik nu echter weer dat de overheid enigszins op haar

schreden terugkeert. Er is nu nog te weinig duidelijkheid over en wij wachten af wat daarover er in de komende kabinetsperiode zal worden uitgewerkt.

"Aan de initiatieven is overigens van LSV-zijde geen beleidsvoorbereidend werk voorafgegaan, omdat het bestuur nog maar zeer terloops is geïnformeerd over de feitelijke invulling van deze initiatieven. Wel is de LSV in veel gevallen om advies gevraagd. Voor zover mij bekend is, heeft nog geen enkele regio een definitief plan waar alle betrokken partijen het mee eens zijn. Ik hoop dat we binnenkort inzage krijgen in de definitieve voorstellen. Wij vinden het overigens een gelukkige ontwikkeling dat zoveel specialisten zich op de werkvloer bezighouden met het bedenken van oplossingen voor de honoreringsstructuur, de zorgvraag en de grenzen aan die vraag. Het is zeer nuttig dat artsen zelf met de verzekeraars tot afspraken komen, waardoor artsen meer inzicht krijgen in de zorgvraag. Wij zullen de initiatieven bekijken en er graag in meedenken, maar wel tegen de achtergrond van 'loon naar werken'." Palmen zegt dit laatste met nadruk, omdat hij vindt, dat specialisten goed moeten nadenken voordat zij een modelovereenkomst ondertekenen. Hetzelfde adviseert hij inzake de initiatieven, omdat de voorbeeldfunctie ervan verregaande gevolgen kan hebben voor andere specialisten.

De rol van de LSV zal door de regionale overeenkomsten wellicht veranderen. "Als het vroeger was 'alles regelen', dan is het nu meer: 'adviseren en ideeën bundelen, zodat uiteindelijk het beste idee op tafel komt'. Als de overheid de regionale ontwikkeling doorzet, dan zal de LSV daar op inspelen." •

"Over de honoreringsstructuur moet consensus worden bereikt met de commissie-Biesheuvel"

zorg gaat de LSV uit van het niveau 1993, bij het honoreringsniveau van het jaar 1989, het laatste jaar waarover tussen overheid, specialisten en verzekeraars consensus bestond. Beide grootheden moeten volgens de LSV kunnen evolueren op geleide van exogene volume- en prijsstijgingen.

Palmen hoopt dat de commissie-Biesheuvel, de overheid, de verzekeraars en de patiëntengroeperingen deze aanzet tot vernieuwing als positief probleemoplossend zullen oppakken.

Regionale initiatieven

Inspelend op het feit dat contracten, op basis van wetswijzigingen, niet meer op koepelniveau maar individueel tussen verzekeraar en specialist zullen worden gesloten, maar ook los daarvan, zijn inmiddels tal van regionale voorstellen gedaan - door specialisten, directies en verzekeraars gezamenlijk - waarin alternatieven worden aangedragen voor de huidige produktieafspraken met duidelijke consequenties voor het honoreringssysteem. Momenteel zijn zo'n 60 van dergelijke initiatieven bekend om, afwijkend van de modelovereenkomst, contracten met verzekeraars af te sluiten. Deze initiatieven dingen mee naar de status van experiment. Een status die medio december door de Ziekenfondsraad aan enkele initiatieven zal worden verleend, mits deze voldoen aan enkele voorwaarden. Deze voorwaarden betreffen prikkels om gepast gebruik te bevorderen, ongewenste weglekeffecten moeten worden voorkomen, het initiatief dient te worden gerealiseerd binnen het financieel aanvaardbare niveau 1994, met handhaving van het reguliere declaratiesysteem en uitgevoerd op grond van de

"Het LSV-bestuur is op de toekomst gericht"

hoeft, concludeert de LSV. Dit neemt niet weg, dat specialisten naast de individuele taak jegens de patiënt, een collectieve taak hebben, namelijk de verplichting bij te dragen aan doelmatige en efficiënte zorg in samenhang met beheersing van de uitgaven. De LSV doet derhalve een beroep op de specialisten te komen tot verdere ontwikkeling van standaarden voor diagnostiek en behandeling, tot verfijning van de al bestaande samenwerking tussen medische staf en ziekenhuisdirectie, en tot het zichtbaar maken van de resultaten.

Hulpverlening aan verkrachte vrouwen in voormalig Joegoslavië

Verslag van een onderzoek ter plaatse

G. Kleiverda en I. Foeken

In januari 1993 bezocht de EG-missie Warburton voormalig Joegoslavië om te rapporteren over het op grote schaal verkrachten van (moslim-) vrouwen.¹ Na die tijd bleef het wat het lot van deze vrouwen betreft relatief stil. Wat gebeurde er met hen? En welke hulp kan Nederland bieden?

NA DE EG-MISSIE zijn in eerste instantie stappen ondernomen om in EG-verband hulpverleningsprojecten in voormalig Joegoslavië te starten. Deze projecten zijn inmiddels van de grond gekomen.

Daarnaast bleek de Nederlandse overheid bereid om bilateraal projecten te ondersteunen. Het Speerpunt Vrouwen en Ontwikkeling van het directoraat-generaal Internationale Samenwerking verstrekte Metis (Bureau Vrouwenhulpverlening) en Medusa (Landelijk Bureau Ondersteuning Beleid en Hulpverlening Seksueel Geweld) een opdracht om te onderzoeken welke mogelijkheden er waren om projecten in voormalig Joegoslavië die zich bezighouden met getraumatiseerde vrouwen te ondersteunen.

Namens beide genoemde organisaties hebben wij gedurende twee weken meer dan twintig projecten bezocht in Slovenië, Kroatië en Klein-Joegoslavië. Projecten die zich richten op de opvang van vluchtelingen met name uit Bosnië-Herzegovina en daarbij specifieke ondersteuning aan vrouwen boden, werden aangeschreven en geïnformeerd over het doel van de missie: het inventariseren van de behoefte aan ondersteuning in financiële zin en/of in de vorm van expertise. Tevens zijn vijf workshops/trainingen gegeven over het herkennen van signalen van seksueel geweld, over medische en psychologische gevolgen op de korte en de lange termijn, en over hulpverlening in dezen.

Het doel was, een indruk te verkrijgen van de kennis en over de wens tot verdere scholing ter plaatse en aan een bestaande behoefte tegemoet te komen.

Algemene situatie

Het aantal vluchtelingen uit Bosnië-Herzegovina in de omliggende landen is groot.

Zo verblijven er legaal in Slovenië, Kroatië en Servië-Montenegro respectievelijk 70.000, 450.000 en 200.000 Bosnische vluchtelingen op respectievelijk 2 miljoen, 4,5 miljoen en 9 miljoen inwoners. Daarnaast heeft Kroatië nog eens de zorg voor 200.000-300.000 Kroatische ontheemden ('displaced persons') uit de door Servië bezette gebieden. In Servië en Montenegro zijn daarnaast nog 380.000 vluchtelingen, die voor het merendeel uit Kroatië afkomstig zijn. Overal zijn ook nog zeer veel illegale vluchtelingen aanwezig. Opgemerkt moet worden, dat door de recente gevechten tussen moslims en Kroaten in Bosnië-Herzegovina de situatie voor de vele moslimvluchtelingen in Kroatië steeds problematischer en onveiliger wordt.

Het grootste deel van de volwassen vluchtelingen is vrouw; 42% van de vluchtelingen zijn kinderen beneden de 18 jaar. De mannelijke vluchtelingen zijn veelal 'of oud of oorlogsslachtoffer. De meeste vluchtelingen in voormalig Joegoslavië verblijven bij (verre) familieleden: in Slovenië is dit 75%, in Kroatië 70%, in Servië/Montenegro 97%. De overige vluchtelingen wonen in opvangcentra als leegstaande kazernes, hotels of barakken. Gesteld kan worden, dat in alle drie de landen de hulpverlening wordt gefinancierd met behulp van buitenlands geld. De uitvoering van de mentale hulpverlening is in handen van grote internationale organisaties als de International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, de non-gouvernementele organisatie (NGO) Marie Stopes International en kleinere NGO's. Daarnaast zijn er op enkele plaatsen professionals actief, veelal vanuit psychiatrische ziekenhuizen. Het werk met de vluchtelingen wordt door deze hulpverleners voor het overgrote deel vrijwillig naast hun full-time baan in vrije avonden en weekeinden verricht. Een laatste groep van hulpverleners is te vinden binnen autonome organisaties van vrouwelijke vrijwilligers, soms gevormd door lokale vrouwen, soms door vluchtelingen en soms door beiden.

Wat betreft de psychosociale hulpverlening wordt op veel plaatsen gestreefd naar het opzetten van zelfhulpgroepen, met begeleiding van vrijwilligers en/of professionals. Deze vorm van hulpverlening heeft

niet alleen een veel groter bereik dan de individuele hulpverlening, maar biedt ook mogelijkheden om aan te sluiten bij de meest basale behoeftes van vluchtelingen, zoals veiligheid en (h)erkenning. Pas indien aan die voorwaarden is voldaan, kan er sprake zijn van een begin van traumaverwerking, waarbij zo nodig meer individuele therapie kan volgen.

Verkrachte vrouwen: waar zijn ze gebleven?

Niet alleen in de massamedia is het relatief stil geworden rond de verkrachte vrouwen, ook in voormalig Joegoslavië hoort men weinig over hen. Waarom?

In de eerste plaats ontkennen vrouwen regelmatig hun verkrachtingservaringen; soms omdat ze geen betere vorm van 'overleven' kennen, soms omdat er zoveel andere trauma's zijn. Schaamte en schuldgevoelens spelen niet alleen een rol binnen de moslimcultuur, maar zijn evenzeer aanwezig bij Kroatische en Servische vrouwen die zijn verkracht. De door de 'feministische golf' tot stand gekomen belangstelling en openheid voor seksueel geweld is aan deze landen voorbijgegaan. Immers, ten tijde van het communistische regime was specifieke belangstelling voor één groep, in casu vrouwen, min of meer verboden. Met andere woorden: niet alleen angst voor uitstoting of stigmatisering binnen de moslimcultuur spelen een rol, maar ook de grote onbekendheid met het bespreken van dit onderwerp.

In de tweede plaats zijn het niet alleen de vrouwen die hun verkrachtingservaringen verzwijgen. Ook de hulpverleners zijn relatief onbekend met dit verschijnsel. Niet alleen is het spreekwoord 'Onbekend maakt onbemind' hier van toepassing, meer nog lijkt er sprake te zijn van 'Onbekend maakt onzichtbaar'. Signalen van massale verkrachtingen zijn overal aanwezig, maar blijken veelal niet of nauwelijks te worden opgepikt door de hulpverleners. De signalen zijn vaak indirect: vrouwen die verhalen vertellen over anderen die verkracht zijn; vrouwen die vertellen dat zij zich wel moesten uitkleden, maar te lelijk waren om verkracht te worden; vrouwen die niet verkracht zouden zijn omdat zij menstrueerden; vrouwen die hun baby verwaarlozen, die gecon-

cipieerd is in een periode waarin zij hun echtgenoot niet hebben gezien, etc. In de derde plaats lijkt alle media-aandacht voor de verkrachte vrouwen een averechts effect te hebben gehad. Voor hulpverleners is het duidelijk dat het vragen van aandacht voor de gevolgen van seksueel geweld als een onderdeel van algemene psychosociale zorg voor vluchtelingen gezien moet worden gezien. Selectieve aandacht mag niet geschieden zonder adequate nazorg en mag niet leiden tot stigmatisering, zoals terecht werd vermeld in het verslag over de Europese UNHCR-Pharos-WHO-conferentie slachtoffers van verkrachtingen, mishandelingen en andere trauma's in voormalig Joegoslavië.² Toch wijst het nagenoeg ontbreken van aanbevelingen naar aanleiding van deze conferentie ten aanzien van slachtoffers van seksueel geweld erop hoe moeilijk het ook binnen internationale hulporganisaties is deze problematiek 'op de agenda' te houden. Het zwijgen van vrouwen, het weinig herkennen van indirecte signalen door hulpverleners ter plaatse en de geringe aandacht van internationale hulpverleningsorganisaties voor dit onderwerp dragen bij aan de 'conspiracy of silence' over de verkrachtingen in voormalig Joegoslavië. Het is dan ook niet zo verwonderlijk dat men weinig meer over de verkrachtingen hoort.

Het seksueel geweld gaat door

Verkrachtingen hebben niet alleen plaatsgevonden in het kader van ethnische zuivering in de oorlog in Bosnië-Herzegovina, ook nu gaan ze door. Vrouwelijke vluchtelingen die in gastgezinnen wonen, zijn nogal eens het slachtoffer van nieuwe verkrachtingen, zo hoorden wij uit verschillende bronnen. Daarnaast melden onder anderen medewerkers van telefonische opvangdiensten en een gynaecoloog een toename van fysiek en geweld en verkrachtingen binnen het gezin van 'lokale' vrouwen; dit als gevolg van de agressie in de oorlogssituatie, waarbij soldaten die dronken van het front thuisgekomen hun agressie op hun eigen vrouw of vriendin botvierden. Deze verkrachtingen zijn voor vrouwen nog beschamender en nog moeilijker te verwerken dan verkrachtingen door de 'vijand'. Tot slot is er een toenemend aantal vrouwelijke vluchtelingen dat al dan niet 'vrijwillig' in de prostitutie terechtkomt. Het verbod om als vluchteling betaald werk te verrichten, althans in Slovenië en Kroatië, maakt de prostitutie tot één van de weinige mogelijkheden om nog geld te verdienen. Daarnaast is het de vraag, in hoeverre nu nog steeds vrouwelijke gevangenen tot prostitutie worden gedwon-

gen, onder andere ten behoeve van VN-soldaten.³

Knelpunten in de hulpverlening

Gebrek aan kennis ten aanzien van signalering van seksueel geweld is één van de knelpunten in de huidige hulpverlening. Zo hoorden we voorbeelden van vrouwen die vanwege heftige angsten in een psychiatrisch centrum werden opgenomen en na een maand genezen werden verklaard. Binnen een paar weken volgde heropname wegens een suïcidepoging. Pas op dat tijdstip werd de verkrachting als trauma herkend; bij de eerste opname was er geen aandacht aan besteed.

Het gevoel verkrachte vrouwen niets te bieden te hebben is een ander knelpunt, zoals bleek uit een gesprek met een gynaecologe uit Sarajevo. Artsen daar vragen bij abortusverzoeken niet naar eventuele verkrachtingen, niet alleen omdat ze geen raad weten met dergelijke onthullingen, maar ook omdat ze het gevoel hebben vrouwen toch niet te kunnen ondersteunen.

De voortdurende oorlogssituatie maakt dat het omgaan met vrouwen met (mogelijke) verkrachtingen een andere benadering vraagt dan onder vredesomstandigheden. Niet het tot in details bespreken en herbeleven van de trauma's moet een eerste prioriteit hebben, maar juist het versterken van het zelfgevoel, waarbij de daadwerkelijke traumaverwerking naar een later tijdstip wordt verschoven. Het benadrukken van de kracht van vrouwen dat ze de trauma's hebben weten te overleven, is hierbij van evident belang en staat in contrast tot het benadrukken van de slachtofferrol. Deze zienswijze was vaak geheel nieuw voor de hulpverleners met wie wij spraken.

Tot slot zijn bekende algemene theorieën over rouwverwerking na eenmalige trauma's niet toepasbaar in deze oorlogssituatie, waarin bijna altijd sprake is van meervoudige trauma's en waarin rekening moet worden gehouden met de specifieke situatie ter plaatse, zoals het voortgaan van de oorlog en het feit dat verkrachtingen vaak door bekenden, repeterend, op uiterst sadistische wijze hebben plaatsgevonden.

Lange-termijnevolgen

Door het gebrek aan kennis en ervaring met betrekking tot de signalering en hulpverlening bij ervaringen met seksueel geweld wordt er onvoldoende gebruik gemaakt van mogelijkheden om de ergste gevolgen te voorkomen, om verslechtering van de emotionele en psychische condities van vrouwen tegen te gaan, en om verkrachtingen daadwerkelijk te verwerken.

Gevolgen van het niet verwerken van deze

trauma's zullen pas op lange termijn zichtbaar worden. Niet alleen is er het leed voor de vrouwen zelf, met alle medische, psychologische, relationele en seksuologische consequenties van dien, ook is er het leed voor de kinderen. De zorg van moeders is essentieel bij het verwerken van oorlogstrauma's door kinderen. Indien vrouwen geen adequate hulp krijgen, zal dit doorwerken bij hun kinderen. Zo groeien nieuwe generaties op van getraumatiseerde mensen, die in de toekomst opnieuw naar vergelding en wraak zullen streven. Hulp verlenen bij het verwerken van trauma's, inclusief de trauma's ten gevolge van verkrachtingen, is een van de mogelijkheden om deze vicieuze cirkel te doorbreken. Daarmee wordt niet alleen het individuele belang, maar ook het (inter)nationale belang gediend.

Mogelijkheden tot ondersteuning

Naast het continueren van financiële steun aan EG- en bilaterale hulpverleningsprojecten is deskundigheidsbevordering van hulpverleners in voormalig Joegoslavië een goede vorm van ondersteuning.

In Nederland is grote deskundigheid aanwezig zowel ten aanzien van hulpverlening aan vluchtelingen als ten aanzien van vrouwenhulpverlening en seksueel geweld, respectievelijk bij de Stichting Pharos (Steunpunt Gezondheidszorg Vluchtelingen) en Metis en Medusa. De kennis en ervaring aanwezig bij deze organisaties, hun medewerkers en de mensen met wie zij in contact staan, biedt mogelijkheden om deskundigen te selecteren. Deze deskundigen kunnen hulpverleners in voormalig Joegoslavië trainen in de verschillende facetten van het signaleren en omgaan met vluchtelingen met seksueel geweldservaringen. Deze ondersteuning moet zich richten op medewerkers van internationale non-gouvernementele organisaties, professionals en vrouwengroepen die ter plaatse werkzaam zijn. Aan dergelijke ondersteuning bestaat zeker behoefte, zo is ons ter plaatse gebleken. •

dr G. Kleiverda,
gynaecologe, Flevo-Ziekenhuis Almere

drs I. Foeken,
psychotherapeute, polikliniek psychosomatische gynaecologie en seksuologie, Academisch Ziekenhuis Leiden

Literatuur

1. Kleiverda G. Hulpverlening aan verkrachte vrouwen in het voormalige Joegoslavië. Medisch Contact 1993; 48 (10): 297-8.
2. Willigen LHM van. Hulpverlening aan slachtoffers van geweld in voormalig Joegoslavië. Medisch Contact 1993; 48 (36): 1106.
3. Blauwhelmen naar bordelen Serviërs. NRC 1 november 1993: 5.

KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen

Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten

Discussienota

OP 3 SEPTEMBER 1985 besloot het hoofdbestuur KNMG een commissie in het leven te roepen om, in aansluiting op haar standpuntbepaling met betrekking tot euthanasie, een standpunt voor te bereiden ten aanzien van levensbeëindiging bij patiënten die niet in staat zijn een verzoek om euthanasie te uiten dan wel niet in staat kunnen worden geacht de consequenties van een dergelijk verzoek te overzien. Deze commissie zou worden verzocht haar taak tweeledig op te vatten, en te bezien:

- 1) of en, zo ja, onder welke voorwaarden, levensbeëindiging bij de desbetreffende categorieën patiënten aanvaardbaar zou kunnen worden geacht; en
- 2) zich te bezinnen op de aanvaardbaarheid van het met alle beschikbare medisch-technische mogelijkheden blijven behandelen van patiënten die niet in staat zijn kenbaar te maken of zij dat wel wensen.

Gezien het omvattende karakter van haar taakopdracht en de specifieke kenmerken van de onderscheiden categorieën patiënten, brengt de commissie afzonderlijke deelnota's uit. Zij zal in een eindrapport tot een synthese van de vier door haar vervaardigde deelnota's komen. Zo lang het beoogde eindrapport nog niet is uitgebracht, dienen de in de deelnota's geformuleerde opvattingen dan ook als voorlopig te worden beschouwd. Slechts onder dit voorbehoud heeft het Hoofdbestuur van de KNMG ermee kunnen instemmen dat deze discussienota, zoals drie eerdere nota's, wordt gepubliceerd.

Deze vierde discussienota neemt een eigen positie in ten opzichte van de eerder uitgebrachte deelnota's over wilsonbekwame patiënten, aangezien ze betrekking heeft op psychiatrische patiënten die in staat zijn hun wil te bepalen en te uiten.

In een tweetal artikelen zal de visie van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen worden uiteengezet. In het eerste artikel zal worden ingegaan op de omvang van de problematiek, op de terminologie en definities, en op de morele afwegingen bij hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. Het tweede artikel behandelt de juridische aspecten en de in acht te nemen zorgvuldigheidseisen.

In dit nummer van Medisch Contact vindt u tevens een artikel over de criteria voor

wilsbekwaamheid zoals deze door de commissie zijn geformuleerd, en een commentaar uit het veld op de discussienota. Deze artikelen zijn gebaseerd op voordrachten gehouden tijdens een 'invitational conference' die de KNMG begin september organiseerde over de vier deelnota's van de commissie. Ook over de algemene benadering van de commissie en over de andere deelnota's vindt u in dit nummer bijdragen naar aanleiding van voordrachten op deze conferentie. •

Samenstelling van de commissie

De KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen (CAL) was ten tijde van het vervaardigen van deze nota als volgt samengesteld:

J.M.C. Bakker, notulist;
 drs Th.C.J. Beemer, ethicus (tot 1 mei 1992);
 Th.M.G. van Berkestijn, arts (tot 1 maart 1992);
 dr R.J.M. Dillmann, arts (secretaris en rapporteur);
 prof. dr H.M. Kuitert, ethicus;
 mw J.L. Lanphen, huisarts (vanaf 1 maart 1993);
 prof. dr C. van der Meer, internist;
 prof. dr J.M. Minderhoud, neuroloog;
 mr dr J. Legemaate, stafmedewerker KNMG (rapporteur);
 prof. dr F.J.G. Oostvogel, medisch gerontoloog;
 prof. dr W.J. Schudel, psychiater, (voorzitter);
 dr A.J. Tholen, psychiater, adviseur;
 dr D. van Tol, psychiater;
 R.J.M. Vandevelde, anesthesioloog (tot 1 januari 1993);
 dr M.M. Veering, neuroloog; en
 dr F.H. Weisz, huisarts.

Het integrale rapport 'Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten' van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen (CAL) is voor leden gratis verkrijgbaar bij de KNMG (mw L. Heupers, tel. 030-823911).

Niet-leden kunnen het rapport verkrijgen door f 10,- over te maken naar gironummer 58083 van de KNMG te Utrecht, onder vermelding van "CAL-4". Het rapport zal hun dan per ommekeer worden toegezonden.

Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten

Omvang problematiek, terminologie en definities, morele afwegingen

R.J.M. Dillmann

Is er ruimte voor het verlenen van hulp bij zelfdoding aan patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening? Hoe de KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen in haar vierde discussienota tot een antwoord kwam.

IN APRIL 1991 zond de Geneeskundige Hoofinspectie aan alle artsen in Nederland een brief naar aanleiding van de meldingsprocedure inzake euthanasie en hulp bij zelfdoding.¹ Daarin schreef de Inspectie, dat zij het misverstand wilde wegnemen dat deze procedure ook betrekking had op gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten en geestelijk gehandicapten. In beginsel achtte men levensbeëindiging te allen tijde bij deze groepen ongeoorloofd. In 1993 heeft de Geneeskundige Hoofinspectie een discussienota gepubliceerd waarin haar standpunt met betrekking tot psychiatrische patiënten aanmerkelijk is genuanceerd.² In deze nota wordt verantwoorde hulp bij zelfdoding niet ten principale uitgesloten. De gewijzigde opvattingen van de Inspectie zijn eveneens in een brief (van 27 januari 1993) aan alle artsen in Nederland uiteengezet.³

In antwoord op Kamervragen stelden de minister van Justitie en de staatssecretaris van WVC zich op een soortgelijk standpunt.⁴ De regering gaf aan, dat het ten aanzien van psychiatrische patiënten buitengewoon moeilijk zal zijn om een wilsuiting te wegen en te objectiveren, zodat een arts zich buitengewoon terughoudend dient op te stellen. Desalniettemin kan een arts in een individueel geval menen te moeten overgaan tot het verlenen van hulp bij zelfdoding bij een psychiatrische patiënt. Dan acht de regering het wenselijk dat de meldingsprocedure wordt gevolgd. De arts moet er dan terdege rekening mee houden dat hij of zij

zijn of haar handelen voor de rechter moet verantwoorden.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft begin 1992 zich eveneens over deze problematiek uitgesproken. De NVP stelt, dat de problematiek bij hulp bij zelfdoding binnen de psychiatrie niet principieel anders is dan daarbuiten. Dientengevolge meent de NVP dan ook, dat hulp bij zelfdoding bij personen met een 'psychische ziekte of handicap' in overweging mag worden genomen. De voorwaarden voor hulpverlening zijn analoog aan de voorwaarden bij euthanasie, waarbij wordt aangetekend dat hulp bij zelfdoding in het algemeen niet aanvaardbaar is indien behandeling redelijkerwijs mogelijk is. Ook stelt de NVP dat de psychiatrische professie een eigen protocol voor hulp bij zelfdoding dient te ontwikkelen, onder andere met definities van kernbegrippen als 'ondraaglijk lijden', 'duurzaam lijden' en 'het vermogen tot autonome oordeelsvorming'.

Hoewel er in kwantitatieve zin geen sprake is van een omvangrijk probleem, geven de bovengenoemde verschillen van inzicht, alsmede hun gemeenschappelijke ondergrond aanleiding om de problematiek van de hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten nader te belichten. De gemeenschappelijke kern van het Inspectie-, het regerings- en het NVP-standpunt is, dat de wens tot hulp bij zelfdoding het gevolg van een psychiatrische ziekte kan zijn, maar dat daaruit niet voortvloeit dat een dergelijke wens nooit kan worden ingewilligd. Daarmee rijst echter wel de vraag, op welke wijze de arts dan kan bepalen of de wens tot hulp bij zelfdoding nu werkelijk de (vrijwillige en weloverwogen) wens van de patiënt is, met andere woorden in hoeverre de patiënt wilsbekwaam kan worden geacht. Deze vragen zijn des te klemmender aangezien de arts die hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten verleent, er rekening mee moet houden dat hij of zij zich voor de rechter moet verantwoorden. Duidelijkheid ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen, alsmede over de aandachtspunten bij het verslag

voor de gemeentelijk lijkschouwer, is derhalve van groot belang.

Overzicht suïcideproblematiek bij psychiatrische patiënten Suïdecijfers

In 1988 maakten 1.671 mensen (ongeveer 10 per 100.000) een einde aan hun leven (criminaliteitsstatistiek CBS). Van hen verbleven er 257 in intramurale instellingen (APZ, PAAZ, etc.). Het suïciderisico van psychiatrische patiënten is tenminste 10 maal hoger dan dat van de rest van de bevolking. Voor opgenomen patiënten is dat 30 tot 40 maal. Wel moet worden onderkend, dat een suïcide ook in een instelling een betrekkelijk zeldzame aangelegenheid is.⁵ Uiteindelijk eindigde in 1988 van de 400 behandel episodes in een GGZ-instelling er 1 in een suïcide, hetgeen neerkomt op 1 per 300 opgenomen patiënten.

'Suïdepogingen' komen uiteraard aanzienlijk vaker voor dan suïcides, maar de schattingen daarvan zijn niet bijzonder betrouwbaar. Een suïdepoging is gedefinieerd als zelfschadend gedrag dat niet tot de dood geleid heeft, al of niet geïnitieerd met de intentie de dood teweeg te brengen. Er zijn dus twee vormen: a) een bedoelde, maar mislukte suïcide, en b) een mislukte suïcide waarbij een andere intentie dan het leven te beëindigen overwoog ('parasuicide'). Kerkhof schat dat van de 27.000 pogingen per jaar er 10% in instellingen voorkomt, ofwel 1 poging per 25 opname-episodes.⁶ Eén op de tien opnamen is het resultaat van suïcidaal gedrag (pogen, dreigen met of overwegen van suïcide).

Suïcides komen in Nederland meer voor onder mannen, terwijl bij de suïdepogingen vrouwen de overhand hebben. Wat betreft de suïcides is het verschil tussen mannen en vrouwen in GGZ-instellingen kleiner dan in de bevolking als geheel. Het relatieve risico op een suïcide in de algemene bevolking neemt toe met de leeftijd. In instellingen is de leeftijdsverdeling anders en ligt de gemiddelde leeftijd lager. Bij psychiatrische patiënten

neemt het risico uiteindelijk af met de leeftijd.

Een eerdere suïcidepoging is één van de beste voorspellers voor een latere suïcide, doch heeft toch nog een beperkte waarde: 10% van deze groep komt uiteindelijk om het leven door suïcide. Het merendeel van de psychiatrische patiënten dat suïcide pleegt, heeft één of meer pogingen achter de rug (56 tot 75%). Van de mensen die door suïcide om het leven komen heeft 45% één of meer opnamen in een psychiatrisch ziekenhuis meegemaakt. Spreken we van 'psychiatrisch bekend', dan is het cijfer ongeveer 50%.⁷ Dat neemt uiteraard niet weg dat ook onder diegenen die niet 'psychiatrisch bekend' zijn er mensen met psychische stoornissen zijn.

Suïcide is niet gerelateerd aan één bepaalde psychiatrische diagnose en komt bovendien (doch zelden) bij psychisch gezonden voor. Suïcides kunnen in combinatie met iedere psychiatrische diagnose voorkomen, ook al zijn zij vooral geassocieerd met bepaalde diagnostische categorieën. Deze diagnostische categorieën zijn:

- affectieve stoornissen (60%);
- schizofrenie (10-15%);
- persoonlijkheidsstoornissen (10-15%);
- verslavingen (10-15%).

Daarnaast blijkt, dat een cumulatie van problematiek (meerdere psychiatrische problemen, sociale en lichamelijke problemen) het suïciderisico sterk doet toenemen.

In de eerste tien jaar van zijn ziekte pleegt 10% van de schizofrene patiënten suïcide, over het hele leven gezien 15%. Van de schizofrene patiënten in een ander onderzoek bleek 28% eerder een poging te hebben ondernomen. Bij patiënten met een depressie in engere zin bleek bij 20% een poging in de voorgeschiedenis te vinden te zijn. Van de mensen die suïcide plegen blijkt 40 tot 60% depressief te zijn, terwijl 15% van de mensen met een depressie uiteindelijk suïcide pleegt.⁵

Voorafgaand aan de suïcide zijn veel mensen depressief of ze maken een depressieve periode door (tot meer dan 80%), hoewel dit bij het merendeel niet als zodanig werd gediagnostiseerd. Ook is er vaak sprake van sterke gevoelens van hoopeloosheid. Eveneens bekend is het verschijnsel dat patiënten zich suïcideren nadat de acute verschijnselen zijn verdwenen. De toegenomen energie is dan vooral gericht op het ten uitvoer brengen van het suïcideplan. De beslissing om een en ander ten uitvoer te brengen kan er ook toe bijdragen dat de toestand schijnbaar verbetert.

Een suïcide gebeurt vaak in de eerste maand na een opname, in de eerste maanden na een ontslag, tijdens een periode van

verlof (tenminste 25% van de suïcides in psychiatrische ziekenhuizen) oftijdens het verlof van de behandelaar (30%).⁸ De relatie tussen hulpverlener(s) en patiënt is eveneens van groot belang. Een verslechterende relatie of het plotseling verbreken ervan kan het suïciderisico doen toenemen. Ook is er een duidelijke samenhang met de organisatie van de zorg binnen een instelling, in het bijzonder met grote veranderingen daarin. Dat er aanzienlijke verschillen zijn in aantallen suïcides per instelling, is daarbij relevant. Het vooruitzicht met ontslag te gaan of te worden overgeplaatst heeft eveneens een risico-verhogend effect.

Frequentie van hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten

Het totaal aantal gevallen van hulp bij zelfdoding waarbij door een arts hulp is verleend, bedraagt volgens de commissie-Remmelink (1991) circa 400 per jaar. Daarbij gaat het vooral om patiënten in een terminale fase van hun ziekte, meestal een oncologische aandoening. In het algemeen is er geen sprake van een psychiatrische ziekte. Zowel ten aanzien van deze gevallen alsook ten aanzien van euthanasie geldt, dat de betrokkene de balans heeft opgemaakt. Terwijl in deze gevallen het oordeel van de arts mede een rol speelt, onttrekt de overgrote meerderheid van de suïcides zich aan dit oordeel omdat er geen arts werd geconsulteerd. Er zijn geen cijfers bekend over de aantallen patiënten met een psychiatrische diagnose bij wie uiteindelijk door de behandelend arts hulp bij zelfdoding is verleend. Ook het onderzoek Van der Maas c.s. in het kader van de rapportage van de commissie-Remmelink heeft hierover niet een definitief oordeel kunnen geven, doordat er onvoldoende informatie kon worden verkregen.⁹ Op grond van de aantallen suïcides in Nederland kan worden verondersteld dat het aantal zeer gering zal zijn. Dit was ook de conclusie van de door Van der Maas c.s. geïnterviewde deskundigen.

Het huidige beleid in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg ten aanzien van suïcide en hulp bij zelfdoding

In vele instellingen voor geestelijke gezondheidszorg functioneren zogenaemde suïcidecommissies. Het beleid ten aanzien van de preventie van suïcide (de primaire doelstelling van deze commissies) blijkt nog niet in alle opzichten te zijn uitgekristalliseerd. Met name de overgang van een actief preventief beleid naar een terughoudender beleid waarbij men een risico op een eventuele suïcide nolens volens accepteert, kan daarbij als probleem worden genoemd. Ten aanzien van eventuele hulp

bij zelfdoding spelen de suïcidecommissies - voor zover de commissie bekend - geen rol. Ook in andere zin is de commissie niet gebleken dat er een uitgekristalliseerd beleid bestaat ten aanzien van de problematiek rond hulp bij zelfdoding.

Terminologie en definities **Hulp bij zelfdoding**

Hulp bij zelfdoding is gedefinieerd als het verlenen van hulp en bijstand bij, dan wel het verstrekken van middelen voor het beëindigen van het leven door de hulpvrager zelf. Uiteraard spelen ten aanzien van de vraag of dergelijke hulp gelegitimeerd is, verschillende overwegingen een rol, vooral die ten aanzien van de doordachtheid en vrijwilligheid van de beslissing. Hulp bij zelfdoding is niet strikt af te grenzen van euthanasie. De overeenkomsten zijn uiteraard gelegen in de doodswens dan wel de wens van de patiënt om zijn of haar leven te beëindigen. Een belangrijk verschil is erin gelegen dat bij de zelfdoding de betrokkene zelf de middelen aanwendt, terwijl bij euthanasie een ander - een arts - middelen toedient waardoor de dood optreedt. Bij hulp bij zelfdoding maakt de arts levensbeëindigend handelen mede mogelijk, begeleidt hij of zij wellicht dat handelen, maar handelt niet zelf levensbeëindigend. Hij of zij is wel verantwoordelijk voor deze faciliterende rol, te meer daar het bieden van hulp zou kunnen worden opgevat als een impliciete of zelfs expliciete goedkeuring van de wens tot zelfdoding.

Wilsonbekwaamheid

In de eerdere rapporten van de commissie werd wilsonbekwaamheid gedefinieerd als de onmogelijkheid een weloverwogen wil te vormen of te uiten. Bij het bieden van hulp bij zelfdoding speelt de vraag of iemand ten tijde van het uiten van een dergelijk verzoek wilsbekwaam kan worden geacht eveneens. Weliswaar is er zeer duidelijk een wil gevormd, en kennelijk ook geuit, maar ontstaat de vraag of de gevormde en geuite wil wel de 'werkelijke' wil van de persoon in kwestie is, en zo dit al het geval zou zijn, of deze wil dan kan worden gevolgd. Eén van de doelen van de discussienota is dan ook om te komen tot een nadere operationalisering van het onderscheid tussen wilsbekwaamheid en wilsonbekwaamheid, vooral gericht op de bekwaamheid van de patiënt tot een weloverwogen beslissing te komen over eventuele hulp bij zelfdoding. Elders in dit nummer gaat Tholen hierop uitgebreider in.

Psychiatrische patiënten

Niet zelden wordt het standpunt verwoord, dat wie psychiatrisch patiënt is niet in aanmerking kan komen voor hulp bij zelfdoding of euthanasie. De achtergrond van

een dergelijke categorische stellingname is waarschijnlijk de wens om deze categorie patiënten te behoeden voor mogelijk onheil. Overigens is de groep mensen met een psychiatrische ziekte groter dan de groep (bekende) psychiatrische patiënten: er zijn immers mensen bij wie een psychiatrische aandoening nog niet is gediagnostiseerd en dezen zijn dus in strikte zin geen psychiatrische patiënt. Wanneer wij ook hen willen beschermen door het zekere voor het onzekere te nemen, dan zou hulp bij zelfdoding moeten worden afgewezen bij iedereen bij wie een psychiatrische ziekte niet is uitgesloten. In de context van deze nota staat echter de actuele wilsbekwaamheid voorop, niet het hebben van een psychiatrische stoornis. Het hebben van een psychiatrische stoornis is relevant omdat deze de wilsbekwaamheid en de toekomst van de patiënt kan beïnvloeden, maar een psychiatrische stoornis leidt niet noodzakelijkerwijs tot een falende wilsbekwaamheid. Het uitgangspunt van de commissie is derhalve, dat niet a priori moet worden uitgesloten dat hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten gerechtvaardigd kan zijn. Dit leidt echter niet tot de conclusie dat hulp bij zelfdoding bij alle psychiatrisch patiënten die wilsbekwaam kunnen worden geacht, geoorloofd is. Er zijn immers ook nog andere zorgvuldigheidseisen waarmee men rekening dient te houden (zie daarvoor het hierna volgende). De nota richt zich op de categorie van patiënten die wordt behandeld of eerder behandeld is door een psychiater vanwege een ernstige psychiatrische aandoening. Of de oorzaak van deze aandoening als psychisch, somatisch of een combinatie van beide wordt aangeduid, doet daarbij niet zo zeer terzake. Uiteraard zijn er velen die wel een dergelijke stoornis hebben, maar niet als patiënt bekend zijn bij een hulpverlener. Mocht iemand zonder een psychiatrische voorgeschiedenis een suïcidewens of een wens tot hulp bij zelfdoding uiten, dan dient allereerst aan achterliggende psychologische of psychiatrische problematiek te worden gedacht. In het algemeen zal men in een dergelijk geval alle aandacht moeten schenken aan het behandelen van de aandoening.

Aard en oorzaak van het lijden

Zijn aard dan wel oorzaak van het lijden van de psychiatrische patiënt niet zo moeilijk objectificeerbaar dat daardoor te veel mogelijkheden worden gecreëerd voor hulp bij zelfdoding? Naar de mening van commissie staat 'lijden' als ervaring voorop, en is het nadere onderscheid naar eventuele oorzaken dan wel een (op theoretische gronden niet te verdedigen) onderscheid naar de aard van het lijden min-

der relevant. Daaruit vloeit echter niet voort dat de commissie een aanzienlijke verruiming van de mogelijkheden tot hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten voorstaat. Er zijn andere uiterst belangrijke overwegingen bij het bepalen van de aanvaardbaarheid van hulp bij zelfdoding bij deze omschreven categorie patiënten: 1) de ernst van het lijden, en 2) de vraag of dit lijden door een geïndiceerde medische behandeling kan worden weggenomen.

Deze twee overwegingen: de ernst van het lijden en het behandelingsperspectief, geven naar de mening van de commissie een duidelijker houvast voor de hulpver-

In de context van deze nota staat de actuele wilsbekwaamheid voorop, niet het hebben van een psychiatrische stoornis

lener, dan het antwoord op de vraag welke de aard of oorzaak van het lijden is. De commissie meent derhalve, dat er geen redenen zijn om te vrezen voor een onaanvaardbare verruiming van de mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten door het onderscheid tussen 'psychisch' en 'somatisch' lijden bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening te relativeren.

Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten

Persoonlijke vertwijfeling kan voortkomen uit een psychiatrische stoornis. Veel mensen die een suïcidepoging ondernemen, hebben voorafgaand een depressieve periode doorgemaakt. In zo'n periode is niet alleen de depressieve stemming van belang, maar kunnen ook sterke gevoelens van hopeloosheid ertoe leiden dat een suïcide als enige uitweg wordt gezien. Ook paniekaanvallen en hevige angsten kunnen in een suïcide eindigen. Dat patiënten onder invloed van hallucinaties suïcide plegen komt eveneens voor, doch is minder frequent.

Gezien de hoge frequentie van psychiatrische stoornissen bij suïcides en de kleine groep balanssuïcides, verdient het aanbeveling suïcidedgedachten of -wensen of een wens tot hulp bij zelfdoding allereerst op te vatten als een teken dat wijst op achterliggende problematiek. Het huidige beleid dat gericht is op de preventie van suïcide gaat hier ook van uit. De hulp is dan allereerst geboden bij het verhel-

pen van die problematiek en niet bij het ten uitvoer brengen van de wens tot zelfdoding.

Toch zijn er omstandigheden waarin hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten kan worden overwogen.

Ten eerste kan er sprake zijn van een patiënt met een psychiatrische aandoening met fluctuerende symptomatologie (een patiënt met een therapie-resistente manisch-depressieve psychose) die in een relatief goede periode de balans opmaakt en tot suïcide besluit omdat de ziekte een voor hem of haar ondraaglijk lijden tot gevolg heeft. Hoewel de ziekteverschijnselen niet permanent in volle omvang aanwezig zijn, kan de last van de ziekte toch steeds ondraaglijk zijn. Het kan immers duidelijk zijn, dat na een betrekkelijk 'goede periode' steeds sneller een steeds ernstiger 'slechte' periode volgt. Op grond van de last van dat onontkoombare perspectief kan een patiënt in een relatief goede periode tot een weloverwogen beslissing komen. Daarbij zij aangetekend, dat er slechts aan het verzoek van de patiënt gehoor kan worden gegeven indien naar huidig medisch inzicht redelijkerwijs geen herstel meer te verwachten is.

Ten tweede kan er sprake zijn van een patiënt met ernstige permanente psychiatrische problematiek (waardoor hij of zij (gedeeltelijk) wilsonbekwaam moet worden geacht) waarbij de behandeling niet tot herstel heeft geleid en waarbij herstel naar huidig medisch inzicht ook niet meer binnen een acceptabele termijn te verwachten valt. Aangezien medisch handelen in deze situatie geen voor de patiënt zinvol doel naderbij brengt, moet de primaire legitimatie voor medisch handelen (bijvoorbeeld in de vorm van begeleiding en ondersteuning) nu gelegen zijn in de wens van de patiënt. Dringt deze aan op begeleiding in de vorm van hulp bij zelfdoding, dan zou er derhalve ruimte moeten zijn om op deze wens in bevestigende zin in te gaan.*

Een psychiatrische patiënt die ernstig lijdt en een persisterend duurzaam verlangen naar de dood heeft en bij wie dat lijden niet op aanvaardbare wijze kan worden afgewend, voldoet mogelijkerwijs niet aan de meest strikte eisen die men aan de

* Men kan hier opmerken, dat het geen zin meer heeft de doodswens van de patiënt op te vatten als een gevolg van de psychiatrische aandoening. Wellicht dat dit feitelijk wel het geval is, maar aangezien wij geen middelen meer hebben om de patiënt te laten voortbestaan zonder zijn of haar ziekte en zonder deze doodswens, zullen we ons perspectief moeten wijzigen. De patiënt, zijn of haar levensgeschiedenis, zijn of haar aandoening en zijn of haar doodswens vormen uiteindelijk een existentieel geheel en het is deze existerende mens, die de maatstaf vormt bij het afwegen welk handelen aan de orde is. Dat resulteert - met andere woorden - in de conclusie, dat nu het respect voor de autonomie van de patiënt, ondanks zijn of haar verminderde wilsbekwaamheid, weer prevaleert.

wilsbekwaamheid kan stellen.^{***} Dat gegeven acht de commissie niet doorslaggevend: *indien er geen behandelingsperspectief meer is, de patiënt ernstig en onafwendbaar lijdt en de patiënt zijn of haar dood uitdrukkelijk en herhaaldelijk wenst*, dan is het hanteren van de meest strikte eis voor wilsbekwaamheid onbarmhartig.^{***} Overwogen moet worden dat men, door als arts een dergelijke eis te stellen, lijden vermeerdert in plaats van dat men het afwendt. Dat wil zeggen dat de patiënt minimaal de informatie met betrekking tot de keuzen moet kunnen begrijpen en beseft van de aard van de situatie moet hebben. Hij of zij behoeft naar de mening van de commissie echter niet in alle omstandigheden te voldoen aan de allerhoogste eis voor wilsbekwaamheid, te weten om - bij een intact realiteitsbesef - op basis van een rationele gedachtengang tot een besluit te komen. In dat geval namelijk zou zowel een adequate perceptie van de omgeving en de eigen situatie als een duidelijke en rationele besluitvorming als eis worden geformuleerd. Aangezien vele beslissingen van gezonde personen al niet aan deze eis voldoen en er in deze context geen behandelingsperspectief meer is, terwijl de patiënt ernstig en onafwendbaar lijdt, acht de commissie het hanteren van deze eis niet noodzakelijk. Wel moet de patiënt aan de eis voldoen de informatie met betrekking tot de eigen keuze te begrijpen en de aard van de situatie te beseffen. In het artikel van Tholen wordt stilgestaan bij de systematiek die de commissie hier hanteert. In de nota zelf wordt veel uitgebreider dan in dit bestek mogelijk is op deze problematiek ingegaan. Een specifieke reden om ook bij psychiatrische patiënten de mogelijkheid open te houden om gehoor te geven aan een verzoek tot hulp bij zelfdoding, is dat er patiënten zijn die met volle overtuiging en grote vasthoudendheid de dood blijken te zoeken. Die vasthoudendheid kan ertoe leiden dat patiënten op een harde en gewelddadige wijze hun leven beëindigen, die voor derden die daarmee worden geconfronteerd tot een traumatische ervaring kan leiden. Deze gevolgen worden door de commissie als uiterst onwenselijk gezien. De commissie meent dan ook, dat de kans op een dergelijke afloop moet worden meegewogen in de besluitvorming

omtrent een verzoek tot hulp bij zelfdoding, geuit door een psychiatrische patiënt.

Bij de beoordeling van een verzoek om hulp bij zelfdoding is voorzichtigheid altijd geboden. Een dergelijk verzoek heeft ook altijd betekenis in de relatie van degenen die de hulp vraagt met zijn of haar naasten, inclusief de relatie met de hulpverlener. Geconfronteerd met een dergelijk verzoek zal men derhalve vanuit de specifieke kenmerken van die relatie reageren. Dat kan een zekere vooringenomenheid met zich meebrengen, waardoor de beoordeling van het verzoek kan worden beïnvloed. Dit kan zowel naasten van de patiënt overkomen als de hulpverlener. De hulpverlener heeft hierbij uiteraard een bijzondere verantwoordelijkheid. Hij of zij zal zich steeds bewust moeten zijn van de externe factoren die het verzoek van de patiënt kunnen beïnvloeden. Daarenboven moet hij of zij er zorg voor dragen dat eigen gevoelens in het kader van tegenoverdracht geen overwegende rol in de besluitvorming spelen. Zo is een chronisch-suïcidale patiënt niet altijd gemakkelijk om mee om te gaan. Het falen van alle pogingen tot hulpverlening en het daaruit voortkomende gevoel van machteloosheid mogen via tegenoverdracht niet leiden tot het te snel of te laat bieden van hulp bij zelfdoding. Adequate inter- en supervisie in het kader van de reguliere patiëntenzorg is hier extra van belang. Tevens vloeit hieruit voort, dat bij een verzoek tot hulp bij zelfdoding altijd een adequate consultatie door een onafhankelijke psychiater dient plaats te vinden.

De verantwoordelijkheid van de arts

Soms wordt erop gewezen, dat het geenszins duidelijk is dat er voor artsen een rol bij hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten is weggelegd. De commissie heeft echter op grond van de volgende systematische afweging een andere conclusie getrokken. De commissie heeft zich daarbij vier vragen gesteld, zodanig dat de antwoorden op deze vragen de contouren aangeven van de verantwoordelijkheid van de arts bij deze problematiek.

De *eerste vraag* is, of zelfdoding op zich moreel aanvaardbaar kan zijn.

De commissie heeft die vraag in positieve zin beantwoord: er zijn situaties waarin het

leven voor iemand een zodanige last geworden is, een last die menselijkerwijs onmogelijk voor de persoon in kwestie kan worden verlicht of weggenomen, dat een keuze voor de dood een te respecteren uitdrukking of vormgeving van een individueel menselijk bestaan is.

De *tweede vraag* is, of dat morele oordeel verandert indien iemand een psychiatrische aandoening heeft.

Deze vraag heeft de commissie negatief beantwoord: niet de aanwezigheid van een bepaalde ziekte of de aanduiding daarvan met een bepaalde diagnose, is daarbij van belang, maar de vraag of iemand werkelijk en weloverwogen voor zichzelf de dood wenst.

In het verlengde daarvan ligt uiteraard de constatering, dat iemand om een dergelijke beslissing te kunnen nemen voldoende wilsbekwaam moet zijn. De commissie realiseert zich, dat criteria voor wilsbekwaamheid een sterke reductie zijn van hetgeen als een authentieke en menselijke keuze kan worden opgevat. In de context van de praktijk van de gezondheidszorg meent zij dat dergelijke operationalisering tot op zekere hoogte noodzakelijk zijn om evidente met het besluitvormingsproces interfererende pathologie uit te sluiten.

De *derde vraag* is, of het verlenen van hulp bij zelfdoding moreel aanvaardbaar kan zijn.

Deze vraag heeft in feite verschillende gedaanten: is degene die helpt een professionele hulpverlener (die daarbij middelen hanteert die hem of haar vanwege zijn of haar professie ter beschikking staan) of een anderszins betrokkene? Gaat het om iemand bij wie er geen twijfels hoeven te zijn over de werkelijke wens van de betrokkene en de weloverwogenheid daarvan, of gaat het om iemand - zoals een psychiatrische patiënt - bij wie die twijfels in eerste aanleg gerechtvaardigd kunnen zijn?

In algemene zin zou men kunnen opmerken, dat indien het morele oordeel is dat zelfdoding soms aanvaardbaar kan zijn, ook hulp daarbij dat kan zijn. We kunnen daarbij wijzen op het maatschappelijk debat in Nederland omtrent de morele aanvaardbaarheid van euthanasie.

Degene die hulp bij zelfdoding verleent, draagt echter bij aan een onherroepelijke gebeurtenis en is daarom moreel verplicht zich ervan te overtuigen dat het om een authentieke wens gaat waarbij er eigenlijk geen andere uitwegen meer zijn. Om tot dat oordeel te komen is een bepaalde deskundigheid nodig, en het niet inroepen van de hulp van een arts (door een anderszins betrokkene) kan daarom als onjuist worden beschouwd. Wanneer er sprake is van een patiënt met een psychiatri-

^{***} Om misverstanden te voorkomen moet hier worden opgemerkt, dat de commissie het begrip 'wilsbekwaamheid' als een dimensioneel begrip beschouwt: men is niet of wilsbekwaam of wilsonbekwaam, maar men is meer of minder wilsbekwaam en afhankelijk van de complexiteit van de situatie en de ingrijpendheid van de beslissing kan men voor een bepaalde beslissing (on)voldoende wilsbekwaam worden geacht.

^{***} In de literatuur worden de volgende parameters/criteria genoemd die kunnen worden gebruikt bij de beoordeling van de wilsbekwaamheid (Appelbaum en Roth, 1982; Abernethy, 1984; van de Klippe, 1990; Tholen, 1990):

1. Het op basis van een rationele gedachtengang tot een besluit komen, met een intact realiteitsbesef.
2. Het feitelijk begrijpen van de informatie met betrekking tot de keuze.
3. Het besef van de aard van de situatie en van de ratio van de voorgestelde behandeling.
4. Het in het algemeen begrijpen van eenvoudige informatie en het op basis daarvan nemen van eenvoudige beslissingen.
5. Het uiten van een keuze.

De volgorde van de criteria wijst globaal op een afnemende wilsbekwaamheid van het individu.

sche aandoening waardoor de beoordeling van de wens van de patiënt wordt bemoeilijkt, bestaat er derhalve een duidelijke reden om er een psychiater - als hulpverlener met deskundigheid op het gebied van de diagnostiek en behandeling van deze aandoeningen - bij te betrekken. Een hulpverlener zal in deze omstandigheden overigens primair naar een psychiater verwijzen, teneinde de suïcidaliteit van de patiënt te laten behandelen. Wanneer een arts wordt benaderd met een verzoek tot hulp bij zelfdoding, dan is niet alleen zijn deskundigheid relevant, maar ook zijn exclusieve maatschappelijke rol ten aanzien van het voorschrijven van geneesmiddelen waarmee men zichzelf

hier te worden gememoreerd; het afwenden van dergelijke gevolgen zou immers tot de verantwoordelijkheid van de hulpverlener kunnen worden gerekend. De vraag of hulp bij zelfdoding bij patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening moreel aanvaardbaar kan zijn, wordt derhalve door de commissie bevestigend beantwoord. Daarbij moet wel worden aangetekend dat het hier om uitzonderlijke gevallen gaat, waarbij hulp om te leven het uitgangspunt is, en pas wanneer deze heeft gefaald en er geen alternatieven meer voorhanden zijn, deze hulp kan overgaan in hulp om te sterven.

De vierde en laatste vraag, is of de arts niet alleen verplicht is zelfdoding zo mogelijk af te wenden, maar of hij ook moreel verplicht is hulp bij zelfdoding te verlenen. De commissie meent, dat uit de conclusie dat hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten door een arts in uitzonderlijke gevallen moreel aanvaardbaar kan zijn, niet kan worden afgeleid

dat de arts daartoe ook een morele verplichting heeft. Het is immers zo dat vele artsen morele bezwaren hebben tegen het medewerken aan c.q. het bewerkstelligen van de dood van hun patiënten, ook in deze specifieke gevallen. Deze morele bezwaren dienen zonder meer te worden gerespecteerd. Zij kunnen echter niet de verantwoordelijkheid als hulpverlener veranderen. Daarmee bedoelt de commissie, dat het niet juist is vanwege morele bezwaren tegen het verlenen van hulp bij zelfdoding 'vluchtwegen' te bewandelen, zoals het staken van een actief suïcidepreventiebeleid. Tevens acht de commissie het de verantwoordelijkheid van de hulpverlener zoveel als mogelijk te doen om een gewelddadige keuze voor de dood te voorkomen, hetgeen inhoudt dat men - indien er werkelijk geen andere weg meer openstaat - eraan meewerkt dat de patiënt contact krijgt met een hulpverlener die het verlenen van hulp bij zelfdoding niet ten principale afwijst.

Conclusie

De commissie is van mening, dat er ruimte voor het verlenen van hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten kan zijn. Indien er geen behandelingsperspectief meer is, de patiënt ernstig en onafwendbaar lijdt en de patiënt zijn of haar dood uitdrukkelijk en herhaaldelijk wenst, zou deze mogelijkheid kunnen openstaan. De commissie meent daarbij, dat patiënten niet aan de meest strikte eisen voor wilsbekwaamheid hoeven te voldoen. Door de eis van volledige wilsbekwaamheid te stellen zou men lijden kunnen vermeederen in plaats van dat men het afwendt. Wel

moet de patiënt in alle gevallen een duidelijk besef hebben van de aard van zijn of haar situatie, feitelijk moeten begrijpen wat er aan de hand is en wat de consequenties van de eigen keuze zijn.

De commissie is de overtuiging toegevoegd, dat de arts op grond van diens professionele verantwoordelijkheid een legitieme rol kan vervullen bij het verzoek tot hulp bij zelfdoding door een patiënt met een ernstige psychiatrische aandoening. Allereerst dient een arts die een verzoek tot hulp bij zelfdoding krijgt zich primair te richten op het therapeutisch beïnvloeden van de suïcidaliteit. Ten tweede wordt er een beroep gedaan op de deskundigheid van de arts om te beoordelen of er sprake is van een authentiek en weloverwogen verzoek. Ten derde fungeert de arts als 'sleutelbewaarder' van farmaca die de dood kunnen bewerkstelligen, zodat een eventueel hard en gewelddadig alternatief kan worden afgewend.

Hieruit vloeit echter geen plicht tot hulp bij zelfdoding voort. De arts kan deze op morele gronden weigeren, doch hij of zij dient - wanneer er werkelijk geen andere weg meer openstaat - er wel aan mee te werken dat de patiënt contact krijgt met een hulpverlener die het verlenen van hulp bij zelfdoding niet ten principale afwijst. •

dr R.J.M. Dillmann,

secretaris KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen

Literatuur

1. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Meldingsprocedure euthanasie. Brief aan alle artsen in Nederland. Rijswijk: Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 1991.
2. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. De meldingsprocedure euthanasie/hulp bij zelfdoding en psychiatrische patiënten. Rijswijk: Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 1993.
3. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. De meldingsprocedure euthanasie/hulp bij zelfdoding en psychiatrische patiënten. Rijswijk: Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 1993.
4. Tweede Kamer 1991-1992, vraag 478, Aanhangsel, 1007-8.
5. Brunenberg W, Kruyt S en Schnabel P. Doodsoorzaak: Suïcide. Een overzicht van onderzoek naar suïcidaal gedrag in de samenleving en de GGZ. Utrecht: NcGv, 1991.
6. Kerkhof AJFM. Suïcide en de Geestelijke gezondheidszorg. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1985.
7. Schudel WJ. Epidemiologie van suïcidepogingen. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1982; 60: 549-50.
8. Langley GE, Bayetti NN. Suicide in Exe Valley Hospital 1972-1981. Brit J Psychiatry 1984; 145: 463-7.
9. Maas J van der, Delden JJM van, Pijnenborg L. Medische beslissingen rond het levens einde. Het onderzoek voor de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie. 's-Gravenhage: SDU, 1991.
- Appelbaum PS, Roth LH. Competency to consent to research. A psychiatric overview. Arch Gen Psychiatr 1982; 39: 951-8.
- Klippe CJ van de. Wilsbekwaamheid in de psychiatrie: zes benaderingen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1990: 123-38.
- Tholen AJ. Wilsbekwaamheid en de rechtvaardiging van het bestwil-principe. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1990: 1154-69.

Indien het morele oordeel is, dat zelfdoding soms aanvaardbaar kan zijn, kan ook hulp daarbij dat zijn

kan doden. Zowel deze deskundigheid als deze maatschappelijke rol maakt dat de arts een specifieke verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van een verzoek tot hulp bij zelfdoding. De commissie meent dat, op grond van die verantwoordelijkheid het argument dat artsen a priori geen hulp bij zelfdoding hoeven te bieden aangezien er zoveel andere middelen behalve farmacologische ter beschikking staan, niet valide is. Die verantwoordelijkheid bestaat uit verschillende elementen. Ten eerste dient de arts die een verzoek tot hulp bij zelfdoding krijgt, zich primair te richten op het therapeutisch beïnvloeden van de suïcidaliteit. Pas wanneer overtuigend is gebleken dat therapie faalt, kan de arts een verzoek tot hulp bij zelfdoding in overweging nemen. Op grond van deze volgorde van verantwoordelijkheden komt al naar voren, dat de arts zich moeilijk zal kunnen onttrekken aan zijn professionele betrokkenheid bij een verzoek tot hulp bij zelfdoding. Ten tweede wordt een beroep gedaan op de deskundigheid van de arts vanwege de beoordeling of er sprake is van een authentiek, weloverwogen verzoek in relatie tot een eventueel bestaande psychiatrische aandoening. Ten derde speelt hij een rol als 'sleutelbewaarder' van farmaca die de dood kunnen bewerkstelligen. Daaruit vloeit een indirecte verantwoordelijkheid voort, en wel de verantwoordelijkheid voor de keuze van de patiënt, bij afwijzing van het verzoek, voor een eventueel hard en gewelddadig alternatief, dat ook voor derden tot traumatische ervaringen kan leiden. Ook de ongewenste gevolgen van het onjuist gebruiken van vanwege andere indicaties voorgeschreven farmaca dienen

Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten

De zorgvuldigheidseisen nader bezien

J. Legemaate en R.J.M. Dillmann

Bij het verlenen van hulp bij zelfdoding aan patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen dienen artsen zich naar het inzicht van de KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen nauwgezet te houden aan de reeds ontwikkelde zorgvuldigheidseisen.

HULP BIJ ZELFDODING kan, hoewel formeel strafbaar, gerechtvaardigd zijn wanneer de arts handelt met inachtneming van een aantal zorgvuldigheidseisen. In de discussienota van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen wordt uitvoerig aandacht besteed aan deze zorgvuldigheidseisen. Ook wordt een aantal met de zorgvuldigheidseisen samenhangende vraagstukken besproken. Dit artikel is gebaseerd op het desbetreffende gedeelte van de discussienota.

Achtergrond

Door art. 294 Wetboek van Strafrecht wordt hulp bij zelfdoding strafbaar gesteld. Ten aanzien van hulp bij zelfdoding heeft zich evenwel een ontwikkeling voltrokken welke overeenkomt met die bij euthanasie: de arts die overgaat tot hulp bij zelfdoding met inachtneming van de geldende zorgvuldigheidseisen kan zich beroepen op overmacht (noodtoestand in de zin van conflict van plichten) en zal in beginsel niet worden vervolgd. Het begrip 'noodtoestand' werd in 1984 door de Hoge Raad enigszins geobjectiveerd door een verwijzing naar medisch inzicht en normen van medische ethiek.¹ Uitgaande van de ontwikkelde zorgvuldigheidseisen worden euthanasie en hulp bij zelfdoding, waar het gaat om de medisch-ethische en juridische aanvaardbaarheid, in de literatuur en in de rechtspraak doorgaans op één lijn gesteld.¹⁻³ Inmiddels is uit de rechtspraak duidelijk naar voren gekomen dat, wanneer aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, ook hulp bij zelfdoding van een

psychiatrische patiënt geoorloofd kan zijn.⁴

Sinds 1990 functioneert op grond van afspraken tussen het ministerie van Justitie en de KNMG de 'meldingsprocedure euthanasie en hulp bij zelfdoding'. Deze meldingsprocedure houdt in, dat de arts die euthanasie of hulp bij zelfdoding toepast, zulks door middel van een schriftelijk verslag meldt aan de gemeentelijk lijkschouwer. De gemeentelijk lijkschouwer brengt verslag uit aan de Officier van Justitie. Indien de arts voldaan heeft aan de zorgvuldigheidseisen, zal strafrechtelijke vervolging in de regel achterwege blijven. Bij de Eerste Kamer is een wetsvoorstel aanhangig dat ertoe strekt de meldingsprocedure een wettelijke status te geven (wetsvoorstel 22572).

Voor een uitvoeriger beschrijving van de huidige (juridische) situatie zij de lezer verwezen naar hoofdstuk 6 van de discussienota van de commissie alsmede naar de literatuur.⁵

Zorgvuldigheidseisen

In de discussienota sluit de commissie aan bij de zorgvuldigheidseisen zoals deze worden genoemd in het KNMG-standpunt over euthanasie/hulp bij zelfdoding uit 1984: vrijwilligheid, weloverwogen verzoek, duurzaam verlangen naar de dood, onaanvaardbaar lijden, collegiaal overleg. Deze eisen zijn algemeen aanvaard. Op grond van recente ontwikkelingen voegt de commissie aan deze opsomming een zesde zorgvuldigheidseis toe, namelijk schriftelijke verslaglegging. In de discussienota spitst de commissie de zorgvuldigheidseisen toe op de situatie van psychiatrische patiënten.

1. Vrijwilligheid

Een verzoek van de patiënt om hulp bij zelfdoding dient te zijn gebaseerd op vrijwilligheid. Vrijwilligheid wordt in de regel opgevat als de situatie waarin een persoon onafhankelijk is van manipulerende en dwingende invloeden uitgeoefend door anderen.⁶ Er zijn ook bredere definities, waarin 'vrijwilligheid' ongeveer synoniem

wordt voor 'autonomie', en ook de begrippen 'wilsbekwaamheid', en 'adequaat geïnformeerd' zijn omvat. Een dergelijke interpretatie is echter minder gebruikelijk.⁷

De eis van vrijwilligheid vraagt zeker bij psychiatrische patiënten om specifieke aandacht, aangezien zij enerzijds gemakkelijker kunnen worden beïnvloed, anderzijds vaak in een instelling verblijven waar het gedrag van de patiënt impliciet of expliciet kan worden gestuurd. Men dient juist bij verzoeken tot hulp bij zelfdoding gespitst te zijn op allerlei vormen van (impliciete) dwang of drang.

Bij psychiatrische patiënten speelt overigens het begrip 'vrijwilligheid' ook nog op andere wijze een rol. De aanwezigheid van een psychiatrische aandoening wordt nogal eens opgevat als een interne bron van onvrijheid: niet de externe drang of dwang, maar de interne verstoring van het psychisch leven wordt dan opgevat als een vorm van beïnvloeding, leidend tot onvrijheid. Een dergelijke zienswijze presenteert een zekere mensopvatting, en met name een bepaalde opvatting over de relatie tussen vrijheid en psychiatrische ziekte. In de discussienota wordt deze opvatting niet gevolgd. Immers, centraal moet vooral staan of anderen dan de patiënt zich een oordeel kunnen vormen over de mate waarin deze beslissvaardig is. Wanneer anderen dat kunnen, mogen we aannemen dat de patiënt (voldoende) vrij is van een eventuele beïnvloeding of vertekening door de psychiatrische aandoening. Met andere woorden: deze betekenis van het begrip 'onvrijwilligheid' kan beter worden besproken in de context ■

¹ Hoge Raad 27 november 1984, Nederlandse Jurisprudentie 1985, nr. 106.

² Zie bijvoorbeeld Gerechtshof 's-Gravenhage 25 mei 1993, Medisch Contact nr. 44/1993, p. 1377-1380.

³ Zeer instructief in dit opzicht is het themanummer over hulp bij zelfdoding in de psychiatrie van het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1993, nr. 7/8, p. 713-796.

⁴ Zie bijvoorbeeld Rechtbank Rotterdam 23 juni 1992, Medisch Contact nr. 48/1992, p. 1429-1431, in welke uitspraak vrijwilligheid en weloverwogenheid in één adem worden genoemd als het gaat om de wilsbekwaamheid van de patiënt.

van de wilsbekwaamheid of de beslissvaardigheid van de patiënt. Deze komt aan de orde onder de eis van weloverwogenheid.

2. Weloverwogen verzoek

De weloverwogenheid van een verzoek heeft twee componenten: men heeft op adequate wijze een aantal overwegingen bijeengebracht (wel-overwogen), gevoed door adequate informatie omtrent de huidige omstandigheden en de toekomstmogelijkheden. De mate waarin men kan 'overwegen' wordt meestal uitgedrukt als de wilsbekwaamheid, soms ook wel als de mate waarin men beslissvaardig is.

Psychiatrische patiënten kunnen ondanks hun aandoening wilsbekwaam zijn. Er zijn bijvoorbeeld patiënten met een in de tijd wisselend ziektebeeld die in een relatief goede periode volledig wilsbekwaam kunnen worden geacht. Daarbij moet worden aangetekend, dat het suïcidaal zijn als zodanig geen (direct) gevolg van de psychiatrische aandoening behoeft te zijn en evenmin direct aanleiding behoeft te zijn om de patiënt wegens zijn suïcidaliteit voor wilsonbekwaam te houden.

Er moet in het algemeen worden uitgegaan van de vooronderstelling van bekwaamheid.³ Eerst wanneer er een concrete aanleiding is om de wilsbekwaamheid van een persoon te beoordelen, mag daartoe overgegaan. Deze aanleiding kan gelegen zijn in een door de patiënt gewenste handeling met zeer ingrijpende en/of onomkeerbare gevolgen. Aldus gereisdeneerd, ligt in het geval van een verzoek om hulp bij zelfdoding een expliciete beoordeling van de wilsbekwaamheid van de patiënt voor de hand.

De commissie pleit tegen het gebruik van criteria die een zeer hoge drempel opwerpen voor het nemen van een beslissing

digheid van de patiënt, zijn overigens afhankelijk van een aantal andere omstandigheden. Indien er geen behandelingsperspectief is, maar wel een aanhoudende doodswens is van een patiënt die ernstig lijdt onder zijn situatie, dan acht de commissie het acceptabel om niet het meest strikte criterium te hanteren voor het bepalen van de wilsbekwaamheid van de patiënt. Zie nader over het vraagstuk van de wils(on)bekwaamheid hoofdstuk 5 van de discussienota, alsmede de publikatie van Tholen elders in dit nummer.

Het tweede element van de weloverwogenheid van een verzoek, namelijk de mate waarin de patiënt geïnformeerd is, verdient bij psychiatrische patiënten en bij onderhavige beslissing bijzondere aandacht. Voorkomen moet worden dat een verzoek om hulp bij zelfdoding wordt ingewilligd op grond van problemen die ook op een minder ingrijpende wijze tot oplossing hadden kunnen worden gebracht. Dit vereist dat de patiënt een duidelijk beeld heeft van zijn of haar medische situatie, prognose en alternatieve mogelijkheden.

3. Duurzaam verlangen naar de dood

Deze voorwaarde betreft de consistentie van het verzoek van de patiënt; duurzaamheid is daar een belangrijk aspect van. Er kan niet concreet worden aangegeven welke tijdspanne minimaal moet zijn verstreken alvorens een verlangen als duurzaam kan worden bestempeld. Het is denkbaar dat deze tijdspanne varieert, afhankelijk bijvoorbeeld van de ernst van het lijden. Gesteld kan immers worden, dat in de relatie ondraaglijkheid-duurzaamheid laatstgenoemd criterium strikt genomen van ondergeschikt belang is.

De eis van de duurzaamheid maakt vooral duidelijk, dat verzoeken die op een opwel-

de ondraaglijkheid leent zich dan ook slechts ten dele voor verificatie, al ontslaat dat de arts niet van de plicht zich een eigen oordeel te vormen over het lijden van de patiënt. De arts heeft op dit punt een eigen verantwoordelijkheid.

Ten aanzien van de ondraaglijkheid kan het tot de plicht van de arts worden gerekend de patiënt te informeren over eventuele (medische) mogelijkheden om het lijden c.q. leven van de patiënt draaglijker te maken. De patiënt zal uiteindelijk moeten afwegen of het geschetste perspectief (betreffende de mogelijkheden, de kans op effect en de termijn waarop effect te bereiken valt) opweegt tegen de ondraaglijkheid van zijn of haar huidige levenssituatie.

Hoe moet de uitzichtloosheid worden beoordeeld in een geval waarin de ziekte zich voordoet gedurende 'slechte' perioden, die door 'goede' perioden worden afgewisseld? Deze vraag is met betrekking tot psychiatrische patiënten bijzonder relevant. Men kan immers stellen, dat er bij een dergelijk 'wisselend' ziektebeeld van uitzichtloos lijden geen sprake kan zijn, aangezien de patiënt steeds weer een (relatief) goede periode te wachten staat. De commissie stelt zich op het standpunt, dat de uitzichtloosheid van de situatie juist kan bestaan uit de wetenschap dat het patroon van elkaar afwisselende 'goede' en 'slechte' perioden zal blijven bestaan. Indien er behandelingsmogelijkheden bestaan om het lijden van de patiënt gedurende de 'slechte' periode enigszins te verlichten, maar het niet mogelijk is het lijden weg te nemen en het bedoelde patroon te doen eindigen, kan derhalve naar de mening van de commissie de conclusie gerechtvaardigd zijn dat er van uitzichtloos lijden sprake is.

In dit verband moet enige aandacht worden gegeven aan het vaak gemaakte onderscheid tussen lichamelijk en psychisch lijden. Daarbij is het volgens de commissie niet zinvol onderscheid te maken tussen verschillende soorten en oorzaken van lijden.⁵ Steeds staat immers de individuele (psychische) ervaring voorop. In de medische praktijk is het evenmin zinvol een dergelijk onderscheid tussen soorten en oorzaken van lijden te maken. Vanuit medisch perspectief is veeleer relevant in hoeverre het aanwezige lijden via geïndiceerde medisch-therapeutische middelen kan worden beïnvloed. De mogelijkheid om het lijden te verlichten, te verzachten of weg te nemen door genezing is immers de primaire legitimatie van de arts. Wanneer er andere dan medische mogelijkheden bestaan om het lijden te verminderen, dan zullen deze uiteraard dienen te worden aangewend en valt de verantwoordelijkheid voor het lijden en de

Een beoordeling van de wilsbekwaamheid van de patiënt dient zich te richten op de karakteristiek van het besluitvormingsproces dat de patiënt doormaakt en niet primair op de inhoud van zijn of haar beslissing

door de patiënt zelf. Anderzijds is het niet reëel iedere uiting van de patiënt aan te merken als een te respecteren vorm van zelfbeschikking. Een beoordeling van de wilsbekwaamheid van de patiënt dient zich echter te richten op de karakteristieken van het besluitvormingsproces dat de patiënt doormaakt en niet primair op de inhoud van zijn of haar beslissing. De eisen die men aan dit besluitvormingsproces stelt, en derhalve aan de beslissvaar-

ling of een tijdelijke overtuiging berusten, niet voor inwilliging in aanmerking komen.

4. Onaanvaardbaar lijden

De patiënt moet zijn of haar lijden als duurzaam, ondraaglijk en uitzichtloos ervaren. De ondraaglijkheid c.q. uitzichtloosheid van iemands leven is zozeer van individuele normen en waarden afhankelijk, dat de evidentie daarvan lang niet altijd voor een ander invoelbaar is. Het element van

eventuele oplossing daarvan buiten de competentie van de arts. Bestaan deze andere mogelijkheden echter niet en zijn de aanvankelijk geïndiceerde medische mogelijkheden uitgeput, dan dient naar de mening van de commissie primair te worden gezien of het lijden voor de patiënt onaanvaardbaar is en of voldaan is aan de andere eerder genoemde zorgvuldigheidseisen.

5. Collegiaal overleg

De arts zal overleg moeten plegen met een collega die geacht kan worden een onafhankelijk oordeel te geven. Uit een oogpunt van zorgvuldigheid zal het moeten gaan om een arts die niet bij de behandeling is betrokken. Deze consultatie zal in ieder geval de zorgvuldigheidseisen betreffen, en als zodanig ook de medisch-technische en farmacologische kant van de zaak.

Consultatie zal in ieder geval de zorgvuldigheidseisen betreffen, en als zodanig ook de medisch-technische en farmacologische kant van de zaak

In het geval van psychiatrische patiënten zal dan de consultatie zich in het bijzonder moeten richten op de wilsbekwaamheid, het behandelingsperspectief en de problematiek van de tegenoverdracht. Het is dan ook nodig de consultatie door een onafhankelijke, niet in dezelfde instelling werkzame psychiater te laten verrichten. Naar de mening van de commissie behoort het in het algemeen tot de verantwoordelijkheid van de geconsulteerde arts te bepalen of een contact met de patiënt nodig is. Het is denkbaar, dat de geconsulteerde psychiater reeds op grond van de door de behandelaar verstrekte informatie tot de conclusie komt dat het verzoek om hulp bij zelfdoding moet worden afgewezen. Ook kan het zo zijn dat de geconsulteerde arts de behandelend arts wijst op lacunes in diens onderzoek, en hem of haar het advies geeft hieraan nader aandacht te besteden. Een instemmende conclusie van de geconsulteerde psychiater moet in de visie van de commissie wel altijd worden gebaseerd op een onderzoek van de patiënt zelf.

In de literatuur is voorgesteld, in het geval van psychiatrische patiënten een consultatie van twee andere artsen verplicht te stellen.⁶ De commissie acht het niet noodzakelijk in alle gevallen een dergelijke eis te stellen. Dit laat uiteraard onver-

let, dat het in bepaalde gevallen wenselijk kan zijn meer dan één collega-arts te raadplegen, bijvoorbeeld wanneer twijfel bestaat ten aanzien van de wilsbekwaamheid van de patiënt en/of het behandelingsperspectief.

Indien een andere arts, bijvoorbeeld de huisarts, met een verzoek tot hulp bij zelfdoding door een psychiatrische patiënt wordt geconfronteerd, lijkt het de commissie niet zonder meer uitgesloten dat hij of zij ingaat op het verzoek van de patiënt. De commissie acht het echter aangewezen dat de arts in deze situatie meer dan één (onafhankelijk) consulent (zijnde psychiater) raadpleegt en tevens intensief overlegt met de behandelend psychiater. In de gevallen waarin de patiënt in een intramurale setting verblijft, kunnen in aanvulling op de hierboven genoemde consultatieplicht ook de andere hulpverleners, zoals verpleegkundigen en psycholo-

gen, bij de besluitvorming worden betrokken. Wanneer in de extramurale situatie andere hulpverleners zijn betrokken, geldt uiteraard ook voor hen dat zij bij de besluitvorming kunnen worden betrokken. De commissie meent dat deze aanbeveling op het gebied van de psychiatrie een verplichtend karakter moet hebben. Met name in de intramurale

psychiatrie is er veelal sprake van behandelings door een multidisciplinair behandelings team. Sommige leden van dit team, verpleegkundigen, hebben in het kader van hun werkzaamheden vaak zeer uitvoerige contacten met de patiënt, op grond waarvan zij over essentiële informatie betreffende de toestand en de opvattingen van de patiënt kunnen beschikken. Het ligt zeer voor de hand, dat de arts in het kader van het besluitvormingsproces ook de overige leden van het team consulteert.

6. Schriftelijke verslaglegging

De arts die hulp bij zelfdoding verleent, heeft reeds op grond van de professionele standaard de plicht op zorgvuldige wijze verslag te doen van zijn overwegingen en de besluitvorming betreffende de patiënt. Dit geldt eens te meer in het geval van een ingrijpende en onomkeerbare handeling als hulp bij zelfdoding. Het verslag van de arts zal in elk geval betrekking hebben op de hierboven genoemde zorgvuldigheidseisen.

De eis van schriftelijke verslaglegging wordt nog eens benadrukt door de op 1 november 1990 in werking getreden 'meldingsprocedure euthanasie en hulp bij zelfdoding'. In het kader van de meldingsprocedure is een schriftelijk verslag een absoluut vereiste.

Naar de mening van de commissie mag van ook van de geconsulteerde collega (zie hierboven onder 5) worden verwacht dat deze zijn of haar oordeel schriftelijk aan de behandelend arts bevestigt.

Specifieke aspecten

De commissie wijdt een aantal overwegingen aan aspecten die in relatie tot de zorgvuldigheidseisen vragen oproepen. Het gaat om overwegingen waarin bepaalde dilemma's wordenesignaleerd en die mogelijk een handreiking kunnen bieden aan artsen die in de praktijk met deze dilemma's worden geconfronteerd.

De betekenis van een schriftelijke wilsverklaring

Aan de zorgvuldigheidseisen betreffende het weloverwogen verzoek kan worden voldaan in de vorm van een door de patiënt opgestelde schriftelijke wilsverklaring. Welke betekenis heeft zo'n verklaring in het geval van hulp bij zelfdoding bij een psychiatrische patiënt?

Normaal gesproken zal de patiënt zijn verzoek mondeling aan de arts kenbaar kunnen maken en kan een eventueel door de patiënt opgestelde wilsverklaring worden beschouwd als de schriftelijke bevestiging van het mondelinge verzoek. Belangrijker is de vraag welke rol een schriftelijke wilsverklaring, opgesteld toen de patiënt bekwaam was, kan spelen gedurende een latere fase van onbekwaamheid.

In haar rapport over ernstig demente patiënten heeft de commissie zich op het standpunt gesteld dat in een zodanig geval aan een schriftelijke wilsverklaring grote betekenis moet worden gehecht.⁷ Bij de groep patiënten waarop het onderhavige rapport betrekking heeft, is de situatie ten aanzien van de duur van de wilsonbekwaamheid enigszins anders. In het geval van psychiatrische patiënten wisselen perioden van bekwaamheid en onbekwaamheid elkaar doorgaans af. Gegeven deze omstandigheid, is de commissie in het algemeen van mening dat de besluitvorming en het verlenen van hulp bij zelfdoding moeten worden uitgesteld tot de periode waarin de patiënt in staat is ter zake zijn of haar wil te bepalen.

Er zijn gevallen denkbaar waarin een patiënt die afwisselend 'goede' en 'slechte' perioden doormaakt, tijdens een 'goede' periode een schriftelijke wilsverklaring opstelt met betrekking tot hulp bij zelfdoding tijdens een toekomstige 'slechte' periode. Mag de arts ingaan op een verzoek tot hulp bij zelfdoding dat door de patiënt wordt gedaan in de volgende 'slechte' periode, met name wanneer twijfel mogelijk is over de wilsbekwaamheid van de patiënt ten tijde van het actuele

verzoek? Men zou deze vraag bevestigend kunnen antwoorden, door te wijzen op de eerder door de patiënt opgestelde wilsverklaring. Er valt dan te denken aan de (uitzonderlijke) situatie, dat de 'slechte' periode relatief lange tijd duurt en het niet aanvaardbaar moet worden geacht de patiënt op de volgende 'goede' periode te laten wachten. Het uitgangspunt van de commissie is evenwel, dat de hulp bij zelfdoding plaatsvindt op een moment dat de patiënt in een 'goede' periode verkeert en wilsbekwaam is.

Behandelingsperspectief

De voorwaarde 'onaanvaardbaar lijden' omvat onder meer het element van de uitzichtloosheid. Uit dit element vloeit voort, dat er van hulp bij zelfdoding geen sprake kan zijn zolang een behandelingsperspectief bestaat. Op dit punt kan ook een verband met de weloverwogenheid van het verzoek worden gelegd. De commissie meent, dat het bestaan van een behandelingsperspectief in de afwegingen van de arts een belangrijke rol dient te vervullen. Het ligt zeer voor de hand in aanmerking komende behandelingen toe te passen alvorens in te gaan op een verzoek om hulp bij zelfdoding, met alle ingrijpende en onomkeerbare gevolgen van dien.⁸

Een dilemma kan zich voordoen wanneer de patiënt in zeer sterke mate het onaanvaardbare en het uitzichtloze van het lijden benadrukt, maar de arts een behandelingsperspectief aanwezig acht. Wanneer twijfel bestaat over de wilsbekwaamheid van de patiënt, ligt het voor de hand dat het bestaan van een behandelingsperspectief in een zodanig geval de balans doet doorslaan naar een weigering om in te gaan op een verzoek om hulp bij zelfdoding.

Hoe echter te handelen wanneer het gaat om een wilsbekwame patiënt die behandeling weigert, hetzij omdat hij of zij geen geloof heeft in het resultaat, hetzij omdat met het bereiken van resultaat een naar zijn of haar mening te lange tijd gemoeid zal zijn, welke tijd in zijn of haar beleving alleen maar een onnodige verlenging van zijn lijden betekent? Men kan verdedigen, dat de beslissing wel of niet te wachten op (de effecten van) een behandeling, aan de patiënt moet worden gelaten. Gesteld kan worden, dat een benadering waarin het ontbreken van elk behandelingsperspectief als een voorwaarde voor het verlenen van hulp bij zelfdoding wordt gesteld, op gespannen voet staat met de autonomie van de patiënt c.q. met diens recht behandeling te weigeren. Dit klemmt te meer in gevallen waarin van ernstig lijden sprake is en verwachtingen omtrent het behandelingsperspectief veeleer stoelen op hoop

dan dat zij voortvloeien uit kennis en ervaring van de arts. Dit kan betekenen dat het lijden van de patiënt nodeloos wordt verlengd.

Moet het lijden zoals de patiënt dat ervaart zwaarder wegen dan het bestaan van een behandelingsperspectief? Gezien vanuit het gezichtspunt van de arts, meent de commissie dat deze vraag in beginsel negatief moet worden beantwoord. Zoals gezegd, moet het bestaan van de reële mogelijkheid dat het lijden van de patiënt door een behandeling kan worden weggenomen of verminderd, in het algemeen geacht worden een belemmering te vormen voor het verlenen van hulp bij zelfdoding. Het begrip 'een reële mogelijkheid'

de vorm van aanwezigheid - door een arts onmiddellijk voorafgaand aan en tijdens de zelfdoding te formuleren als een absolute zorgvuldigheidseis. De patiënt kan ervoor kiezen de zelfdoding zonder bijstand en begeleiding van anderen te volbrengen.⁹ De commissie kan zich evenwel vele situaties voorstellen waarin bedoelde begeleiding moet worden gezien als een voor de hand liggend onderdeel van het handelen van de arts. Naar de mening van de commissie zal de arts tevoren met de patiënt moeten spreken over de aanwezigheid van eerstgenoemde tijdens de zelfdoding. Een verzoek van de patiënt om bij de zelfdoding aanwezig te zijn, zal de arts niet mogen negeren. Geeft de patiënt duide-

Het bestaan van de reële mogelijkheid dat het lijden van de patiënt door een behandeling kan worden weggenomen of verminderd, moet in het algemeen geacht worden een belemmering te vormen voor het verlenen van hulp bij zelfdoding

omvat naar de mening van de commissie drie aspecten:

- naar huidig medisch inzicht is er bij adequate behandeling zicht op verbetering,
 - binnen een overzienbare termijn,
 - en met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt.
- Het komt de commissie wenselijk voor dat vanuit de beroepsgroep wordt getracht standaarden te ontwikkelen met betrekking tot deze aspecten.

Begeleiding

De hierboven genoemde zorgvuldigheidseisen betreffen zowel de criteria, de besluitvorming als de verslaglegging. Van belang is de vraag of het aspect van de begeleiding binnen de zorgvuldigheidseisen moet worden gebracht.

Zoals eerder werd opgemerkt, is het in het geval van (hulp bij) zelfdoding de betrokkene zelf die levensbeëindigend handelt. De arts kan hem of haar in beginsel de dodelijke hoeveelheid medicatie verschaffen en aan de patiënt overlaten op welk moment en onder welke omstandigheden hij of zij vervolgens zijn of haar leven beëindigt. Aan de andere kant kan men stellen dat nabijheid van de arts gewenst is, met het oog op gevallen waarin de verstrekte medicatie niet het gewenste effect heeft. Vanuit het principe van respect voor autonomie kan worden verdedigd dat men de keuze omtrent begeleiding door c.q. aanwezigheid van de arts aan de patiënt moet laten. Dit pleit ertegen om begeleiding - in

lijk te kennen de aanwezigheid van de arts niet te wensen, dan zal de arts zich niettemin bereikbaar moeten houden. Dit impliceert, dat de arts de patiënt, en in voorkomende gevallen met het voornemen tot zelfdoding bekende naasten, over de eigen bereikbaarheid informeert.

Familie en naasten

De zelfdoding van een patiënt kan bij familie en andere naasten veel leed teweegbrengen. Van de arts die hulp bij zelfdoding verleent mag worden verwacht dat hij of zij ernaar streeft dit leed zoveel mogelijk te beperken. De commissie gaat ervan uit, dat in de meeste gevallen familieleden en andere naasten betrokken zijn bij c.q. op de hoogte zijn van het voornemen van zelfdoding en de hulp van de arts daarbij. In gevallen waarin dit niet zo is, acht de commissie het noodzakelijk dat de arts, zo nodig op eigen initiatief, met de patiënt bespreekt hoe en wanneer zijn of haar familie over de zelfdoding of het voornemen daartoe zal worden ingelicht. Afhankelijk van de omstandigheden, zal de arts aanbieden tevoren met één of meer familieleden overleg te plegen en zal hij of zij zo nodig begeleiding bieden. Dit moet, in het bijzonder in situaties waarin de arts niet bij de zelfdoding aanwezig is, voorkomen dat familieleden onverhoeds en onvoorbereid met de zelfdoding worden geconfronteerd. Het kan echter voorkomen dat de patiënt weigert zijn of haar naasten te informeren of dat hij de arts geen toestemming geeft om dit te doen. Uit een oogpunt van

zorgvuldig handelen door de arts is het informeren van de familie en naasten van de patiënt aangewezen (met toestemming van de patiënt), om te voorkomen dat door de zelfdoding van de patiënt onnodig leed aan zijn of haar naasten wordt berokkend. Het niet willen informeren van familie en naasten kan immers voortvloeien uit agressieve impulsen van de patiënt.

Anderzijds moet worden overwogen, dat een patiënt ook goede en overtuigende argumenten kan hebben om zijn of haar naasten niet over het voornemen van zelfdoding te informeren. Wanneer men in een dergelijke situatie zou besluiten niet in te gaan op het verzoek van de patiënt, zou de vrijheid van de patiënt te zeer worden beknot. De commissie meent evenwel, dat er goede en overtuigende redenen moeten zijn om de familie en naasten niet te informeren. Zij acht het van belang, dat in een dergelijke uitzonderlijke situatie deze beslissing expliciet met de geconsulteerde psychiater(s) wordt besproken.

De juridische status van de patiënt

Uitingen van een psychiatrische patiënt kunnen leiden tot gedwongen opneming op grond van de Krankzinnigenwet of, in de zeer nabije toekomst, de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Het moet dan gaan om gevallen waarin het doodsverlangen van de patiënt geacht wordt voort te vloeien uit zijn of haar geestelijke stoornis. Betekent dit, dat hulp bij zelfdoding bij een onvrijwillig opgenomen psychiatrische

patiënt nimmer toelaatbaar is? De commissie beantwoordt deze vraag ontkennend. Dat een patiënt onvrijwillig opgenomen is, betekent volgens hedendaagse inzichten niet dat die patiënt zonder meer wilsonbekwaam is bij behandelingsaanleggenheden of een verzoek om hulp bij zelfdoding. Een verzoek om hulp bij zelfdoding afkomstig van een onvrijwillig opgenomen patiënt zal dan ook moeten worden getoetst aan de gangbare zorgvuldigheidseisen. Komt vast te staan dat het verzoek van de patiënt vrijwillig en weloverwogen is en is ook overigens aan de zorgvuldigheidseisen voldaan, dan ziet de commissie in de onvrijwillige juridische status van de patiënt geen beletsel om op het verzoek van de patiënt in te gaan. Gaat het daarbij om een patiënt bij wie de onvrijwillige opneming was gebaseerd op gevaar voor zichzelf (dreiging van zelfdoding), dan ligt het voor de hand de onvrijwillige opneming te beëindigen alvorens de hulp bij zelfdoding wordt verleend.

Conclusies

De arts dient zich bij het verlenen van hulp bij zelfdoding aan patiënten met psychiatrische stoornissen te houden aan de reeds ontwikkelde zorgvuldigheidseisen. Ten aanzien van deze eisen dient de grootste zorgvuldigheid te worden betracht. Bij psychiatrische patiënten geldt dat in het bijzonder ten aanzien van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en het behandelingsperspectief. Daarnaast verdienen punten als de begeleiding van

de patiënt en het informeren door de arts van naasten en familie de aandacht. De commissie acht het wenselijk, dat de in het kader van de meldingsprocedure ontwikkelde lijst van aandachtspunten voor het schriftelijke verslag van de arts wordt aangevuld met enige punten die in het bijzonder bij hulp bij zelfdoding op het gebied van de psychiatrie relevant zijn. •

prof. mr J. Legemaate,
lid KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid
Levensbeëindigend handelen

dr R.J.M. Dillmann,
secretaris KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid
Levensbeëindigend handelen

Literatuur

1. KNMG. Standpunt inzake euthanasie. Utrecht, 1984.
2. Leenen HJJ. Handboek Gezondheidsrecht - Rechten van mensen in de Gezondheidszorg. Alphen a/d Rijn: Samson, 1988.
3. Legemaate J. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie: regels en opvattingen. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 1993; 48: 750-69.
4. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press, 1989.
5. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GIGV). De meldingsprocedure euthanasie/hulp bij zelfdoding en psychiatrische patiënten. Rijswijk: Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 1993.
6. Sutorius EPhR. Hulp bij zelfdoding van een psychiatrische patiënt en het recht. In: L. Boon (red.), Euthanasie en zorgvuldigheid. Amstelveen: Sympos, 1989: 101-7.
7. KNMG. Discussienota levensbeëindigend handelen deel III. Ernstig demente patiënten. Utrecht, 1993.
8. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Mededelingen bestuur. Nieuws en Mededelingen 1992; 2: 2-3.
9. Ree F van. Enkele opmerkingen over euthanasie en/of therapie bij suicidaliteit. Tijdschrift voor Psychiatrie 1982; 24: 391-404.

B E R I C H T

World Medical Assembly

De nieuwe secretaris-generaal van de World Medical Association (WMA) heet Ian Field. Deze voormalige secretaris-generaal van de British Medical Association werd tot de hoogste WMA-rangen geroepen tijdens de 45e World Medical Assembly, die in Boedapest is gehouden.

Op dit moment zijn artsenorganisaties uit 59 landen lid van de World Medical Association. Op de laatste vergadering zijn India, Macedonië en Roemenië nieuw toegelaten; Litouwen en Slowakije werden naar de wachtkamer terugverwezen.

De Assembly sprak een veroordeling uit over het besnijden van meisjes en

vrouwen in al zijn vormen. Vrouwen-besnijdenis wordt nu nog in meer dan dertig landen ter wereld gepraktiseerd; wereldwijd zijn meer dan 80 miljoen vrouwen er het slachtoffer van. Volgens de algemene vergadering van de WMA overstijgt de schade die door de besnijdenis aan de betrokken vrouwen wordt toegebracht het belang van de goede doelen die ermee zouden worden gediend, te weten dat van de traditie en het behoud van de culturele identiteit.

Een andere verklaring betrof het feit dat gevangen soms aan een onderzoek van hun lichaamsholten worden onderworpen. De World Medical Association

vindt, dat zo'n onderzoek (dat per definitie een veiligheids- en niet een medisch doel dient) (niettemin) altijd moet worden gedaan door iemand met een medische achtergrond, en wel iemand anders dan de gevangenisarts. Bedoeld onderzoek zou trouwens alleen mogen worden verricht als er geen enkele andere manier meer is om na te gaan of iemand iets mee de gevangenis in wil smokkelen.

Scheidend WMA-secretaris-generaal André Wynen zal ook in de toekomst de vergaderingen van het bestuur mogen bijwonen teneinde de bestuurders der World Medical Association van raad te kunnen blijven dienen. •

Wilsbekwaamheid bij een verzoek om levensbeëindigend handelen

A.J. Tholen

In welke gevallen kan hulp bij zelfdoding of ander levensbeëindigend handelen worden geboden? Een vergelijking van de problematiek van het bieden bij zelfdoding met het zelfbeschikkingsrecht in de psychiatrie in het algemeen.

IN DIT ARTIKEL wil ik trachten het begrip 'wils(on)bekwaamheid' zo concreet mogelijk operationeel te maken. Ik doe dat door de verschillende vaardigheden die nodig zijn voor een bewaame besluitvorming te bespreken. Aan de orde komen: het gevaar van het ingaan op een verzoek om hulp bij zelfdoding en het gevaar van het weigeren van dergelijke hulp. Uitgebreid wordt stilgestaan bij de vorm en de inhoud van het onderzoek naar de wilsbekwaamheid. Allereerst wordt de problematiek van het bieden van hulp bij zelfdoding vergeleken met het zelfbeschikkingsrecht in de psychiatrie in het algemeen.

Zelfbeschikkingsrecht

Het zelfbeschikkingsrecht en daarmee de autonomie van patiënten zal binnenkort, bij het van kracht worden van de BOPZ en de Wet op de behandelovereenkomst, in de vorm van allerlei bepalingen en richtlijnen voor het voetlicht van behandelaars komen. Het toestemmingsvereiste verankert het zelfbeschikkingsrecht in de dagelijkse medische praktijk.

Het zelfbeschikkingsrecht gaat *niet* op in twee situaties:

- Indien er sprake is van ernstig gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen, voortvloeiend uit de stoornis.

- Wanneer hij- of zijzelf niet in staat is te beslissen over een noodzakelijk geacht handelen en dus wilsonbekwaam wordt geacht.

In de praktijk zal het recht van de patiënt op uitoefening van het zelfbeschikkingsrecht gaan afhangen van de interpretatie van de begrippen 'gevaar' en 'wils(on)bekwaamheid'. Ook bij een verzoek om hulp bij zelfdoding is het niet alleen nodig dat de wilsbekwaamheid wordt beoordeeld,

maar ook dat een aantal gevaren wordt herkend en ingeschat. Hier wordt eerst dat gevaar besproken.

Suïcidaliteit, uitzichtloosheid en ondraaglijkheid

Het beoordelen van het gevaar op suïcide bij een geestesstoornis is uiteindelijk een kwestie van speculeren. De verantwoordelijkheid van de arts, zoals vastgelegd in de zorgvuldigheidseisen, maakt het echter onvermijdelijk dat over het mogelijke gevaar wordt nagedacht. Om de ernst van het suïcidevoornemen van de daarbij hulp vragende patiënt in te schatten, is een aantal exploraties noodzakelijk. Wat is de betekenis van de gezochte suïcide (een daad stellen, een oplossing vinden)? Hoe concreet zijn de suïcideplannen? Blijkt een vastberaden voornemen uit eerdere suïcidepogingen?

Suïcidaliteit dient te worden onderzocht als een *proces*, waarin bepaalde stadia worden doorlopen in het groeien naar de dood als enige keuze. Ik noem in navolging van Van Dijk het beginstadium, waarin de beleving wordt doordrongen van het besef dat de toestand ondraaglijk is.¹ Daarna volgt er een meer of minder snelle ontwikkeling tot het gevoel dat er iets moet gebeuren, tenslotte uitmondend in het besef dat de dood de enige oplossing is. De hulpverlener bij zelfdoding zal zich, samen met de geconsulteerde deskundigen, ook moeten vergewissen van de uitzichtloosheid en dus ook van de onbehandelbaarheid van het uit een geestesstoornis voortvloeiend lijden. Het gevaar kan bestaan uit het niet ingrijpen bij een behandelbare psychotisch depressieve patiënt. Draagt de hulpverlener bij zelfdoding er toe bij dat kansen worden gemist? Ook dit is uiteindelijk een kwestie van speculeren. Toch zijn er min of meer harde gegevens op basis waarvan de uitzichtloosheid kan worden ingeschat: de geïndiceerdheid van psychofarmaca, het verloop en de omstandigheden van eerdere behandelingen, de motivatie voor mogelijke psychotherapie of voor gedragsverandering en tenslotte de wijze waarop de persoon altijd al omging met ziekte, tegenslag en behandeling. De Commissie Aanvaard-

baarheid Levensbeëindigend handelen beschouwt een reële mogelijkheid op behandelingsaanwezigheid indien er naar huidig medisch inzicht, binnen overzienbare termijn, zicht is op verbetering, en dat met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt.

Acht de arts het na onderzoek en consultatie aannemelijk dat het lijden ondraaglijk en uitzichtloos is, dan wordt hij voor een onoplosbaar dilemma geplaagd. In geval van hulp bij zelfdoding is het die uit dit dilemma voortvloeiende overmachtssituatie waarop de arts een beroep kan doen. Het dilemma ontstaat door een conflict tussen plichten: enerzijds de plicht om de patiënt zolang mogelijk in leven te houden, anderzijds de plicht om de patiënt die bewust en weloverwogen voor de dood kiest uit een uitzichtloos en ondraaglijk lijden te verlossen. Deze plicht weegt des te meer daar de arts de positie inneemt die toegang verschaft tot middelen voor een 'zachte' dood.

Daarmee zijn wij ook aangeland bij het gevaar voor de omgeving, namelijk dat van een gruwelijke suïcide met mogelijk ernstige traumatisering van omstanders en nabestaanden. Van de jaarlijks ongeveer 1.700 geregistreerde suïcides wordt alleen al één op de zes gepleegd door voor de trein te springen.

Wilsbekwaamheid

Voor het nemen van deugdelijke beslissingen moet men de daarvoor noodzakelijke geestelijke vaardigheden bezitten. De afwezigheid van deze vaardigheden vormt de basis waarop aan een individu de beslissing wordt onthouden aangaande het beheer van middelen, behandeling en ook aangaande een verzoek om hulp bij levensbeëindiging.

Door het baseren van wilsbekwaamheid op de aanwezigheid van bepaalde vaardigheden wordt gekozen voor een *dimensioneel model*. Dit model sluit niet, zoals het categoriaal model, hele groepen patiënten uit van wilsbekwaamheid. In een dimensioneel model is de mate waarin noodzakelijke vaardigheden aanwezig zijn, het criterium voor wilsbekwaam-

heid en niet het behoren tot de categorie van bijvoorbeeld de depressieve, schizofrene of demente patiënten. Het vaststellen van een bepaald psychiatrisch toestandbeeld is voor de bepaling van wilsbekwaamheid slechts van indirect belang, doordat het aanwijzingen kan geven voor het bestaan van vaardigheidsbeperkingen, bijvoorbeeld cognitieve beperkingen als gevolg van een hersentrauma, encefalitis, alcoholisme, een psychose of een ernstige depressie. Daarbij dient expliciet te worden gevraagd naar imperatieve hallucinaties, schuld-, zonde- en nihilistische ideeën.

Het dimensionele model impliceert dat er graduele verschillen zijn in vaardigheidsbeperking en dus in wilsbekwaamheid. Een duidelijke grens tussen de aan- of afwezigheid van competentie is niet te trekken. Een redelijk betrouwbare beoordeling van de noodzakelijke vaardigheden is, aan de hand van concreet geformuleerde aandachtspunten, wel mogelijk.

Onderzoek naar wilsbekwaamheid dient te zijn gericht op die specifieke functionele vaardigheden die nodig zijn voor die bepaalde beslissing in die bepaalde context. De mate waarin bepaalde cognitieve en psychologische vaardigheden nodig zijn voor een competente besluitvorming is afhankelijk van de volgende factoren:

- de aard en de complexiteit van de situatie;
- de aard en de complexiteit van de alternatieven;
- de zekerheid van de prognose.

Als laatste noem ik het uitgangspunt, dat het onderzoek naar competentie moet uitgaan van het principe van *optimale autonomie*. Daarbij moet aandacht worden besteed aan wat Oppenheimer het 'protected milieu of autonomy' noemt.² Dat betekent dat bijvoorbeeld voor patiënten die lijden aan dementie, een maximale keuzemogelijkheid wordt geboden, ook in geval van taalstoornissen, geheugenverlies, etc. Zowel bij het verzamelen als bij het presenteren van informatie moet zoveel mogelijk worden gepoogd de obstakels als gevolg van ziekte of beperking te omzeilen, zodat deze geen handicap vormen bij de wilsbepaling. Dit kan een moeilijk en tijdrovend proces zijn.

Onderzoek naar wilsbekwaamheid

Uitgaande van het zelfbeschikkingsrecht zal de arts de patiënt bij de informatieverstrekking geen pseudo-keuzes mogen voorhouden, 'pseudo' in de zin van het hebben van een verholde eigen regel dat slechts een bepaalde keuze toelaatbaar is. Bijvoorbeeld de regel 'behandelen tot de dood erop volgt'. De informatieverstrekking dient neutraal plaats te vinden, bij-

voorbeeld in termen van 'kans op succes' en 'de waarschijnlijkheid van falen'.

De bereidheid van de persoon zijn vaardigheden aan te spreken en opening van zaken te geven, is een noodzakelijke voorwaarde voor het goed testen van de competentie. Er moet dan ook alle aandacht worden besteed aan het opsporen en het hanteren van communicatiestoornissen, zowel op het vlak van taal, cultuur en sociale achtergrond als op het psychologische en medische vlak. Het is daarbij niet eenvoudig te bepalen wat mensen met verschillende karaktereigenschappen, cognitieve vaardigheden en achtergrond normaliter kunnen bevatten en verwerken,

dige zaken de maatstaf voor wilsbekwaamheid. Dat kan bijvoorbeeld gelden bij een duidelijke behandelweigerings waarbij geen sprake is van ernstig gevaar en patiënt's begrip van de situatie niet kan worden achterhaald. Een demente patiënt kan echter in staat zijn met enkele zinnen zeer duidelijk het besef van zijn situatie en zijn prognose over te brengen, terwijl hij bij allerlei alledaagse beslissingen te kort schiet. In dergelijke gevallen klopt de hiërarchie van de criteria twee en drie niet. Het besef van de aard van de situatie en van de ratio van de voorgestelde behandelingen, is dan een harder en in elk geval specifiek criterium. Tussen het derde

Onderzoek naar wilsbekwaamheid dient gericht te zijn op die specifieke functionele vaardigheden die nodig zijn voor die beslissing in die bepaalde context

vooral als het gaat om gedetailleerde informatie over een behandelvoorstel. Het kan onderwerpen betreffen uit een technisch en theoretisch onbekend domein.

Beoordeling

De bespreking van de verschillende aspecten van competente wilsvorming wil ik beginnen met de criteria voor wilsbekwaamheid, zoals in de discussienota's van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen van de KNMG over demente en psychiatrische patiënten zijn opgenomen:³

1. het uiten van een keuze;
2. het in het algemeen begrijpen van eenvoudige informatie en het op basis daarvan nemen van eenvoudige beslissing;
3. het besef van de aard van de situatie en van de ratio van de voorgestelde behandeling;
4. het feitelijk begrijpen van de informatie met betrekking tot de keuze;
5. het op basis van een rationele gedachtingang tot een besluit komen, met intact realiteitsbesef.

Deze criteria kan men bij beslissingen aangaande gezondheid en behandeling in deze volgorde globaal zien als toenevend strenge eisen wat betreft de competentie. De hiërarchie lijkt vooral te zijn gebaseerd op een soort schaal, waarbij de meest gestoorde patiënten al bij de eerste criteria blijven steken.

Het eerste criterium is, als het gaat om hulp bij zelfdoding, niet aan de orde. De hulpvrager maakt duidelijk voor zelfdoding te kiezen. Het moet zelfs een duurzaam geuite wens zijn.

Bij het tweede criterium is het blijk geven van voldoende vaardigheden bij eenvoudige

en vierde criterium lijkt slechts een gradueel verschil te bestaan. Het gaat daarbij om de volgende vaardigheden, die volgens Brody de basis vormen voor competente besluitvorming met betrekking tot gezondheid:⁴

- het kunnen ontvangen van informatie uit de omgeving;
- deze informatie kunnen onthouden;
- een reden kunnen geven voor het genomen besluit;
- daarbij relevante informatie kunnen gebruiken;
- de relevante informatie op een juiste wijze kunnen beoordelen.

Het is duidelijk dat het om complexe criteria gaat, samengesteld uit vaardigheden die ieder binnen een continuüm in kwaliteit kunnen verschillen.

Ziektebesef en zelfkennis

Cruciaal is de vraag of de patiënt in staat is de informatie over de aan het lijden ten grondslag liggende ziekte te begrijpen en of hij deze informatie op een relevante manier bij de besluitvorming kan betrekken. Dat wil zeggen, dat er voldoende ziektebesef moet zijn. Het ziektebesef kan worden gedefinieerd als: het zich bewust zijn van symptomen en van de consequenties van de ziekte. Beseft de patiënt welke functiestoornissen er zijn en begrijpt hij op welke punten deze invloed hebben op zijn gedrag en zijn situatie? Wordt de informatie van de onderzoeker bij de bespreking hiervan opgenomen en op een juiste wijze beoordeeld?

Op dezelfde wijze kan ook het begrip 'zelfkennis' operationeel worden gemaakt.⁵ *Zelfkennis* is kennis over feiten over zichzelf die van wezenlijke invloed zijn op

de kwaliteit van het leven, bijvoorbeeld de neiging om sociale situaties te vermijden. Zelfkennis impliceert, dat men beseft hoe bepaalde karaktertrekken de perceptie van de omgeving en de interactie met anderen beïnvloedt. Zowel het ziektebesef als de zelfkennis kan soms hoge aanspraken doen op bepaalde cognitieve vaardigheden. Zo kan voor het besef van wezenlijke aspecten van de psychiatrische stoornis een sterk beroep worden gedaan op introspectieve vermogens. De vereisten voor de criteria voor competitie zouden op dit punt weleens zo hoog kunnen zijn dat bepaalde categorieën patiënten worden uitgesloten van zelfbeschikking. Men zal dan altijd moeten kijken of de patiënt oorspronkelijk wél tot dergelijke besluitvorming in staat was en het dus mogelijk gaat om een tijdelijke incompetentie. Ingewikkeld is het probleem, dat bij gebrek aan ziektebesef en zelfkennis - bijvoorbeeld bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen - de wilsbekwaamheid beperkt is, maar anderzijds ook de prognose somberder is.

Rationaliteit

Het vijfde criterium dat in de deelrapporten van de CAL wordt genoemd is dat van de rationele gedachtengang. Motto noemt twee condities die voldoende voorwaarde zijn voor een rationeel besluit tot suïcide: dat de patiënt hooguit minimale ambivalentie laat zien over het beëindigen van het leven, en dat diens waardering van de situatie realistisch is.

Mayo wijst erop, dat in deze condities twee kritische aspecten van besluitvorming opgesloten zitten, namelijk opvattingen en waarden; opvattingen over de situatie en de mogelijkheden, en waarden op basis

waarvan de alternatieve opties en de consequenties daarvan worden getaxeerd. Het is overigens vanzelfsprekend dat bij duidelijke ambivalentie levensbeëindigend handelen moet worden voorkomen. Het moeilijke vraagstuk is dat van de criteria op basis waarvan de waardering van de situatie door de patiënt realistisch kan worden geacht. Bij het onderzoek naar competentie gaat het er niet om uit te zoe-

Een demente patiënt kan in staat zijn met enkele zinnen zeer duidelijk het besef van zijn situatie en prognose over te brengen, terwijl hij bij allerlei alledaagse beslissingen te kort schiet

ken of de beweegredenen voor de keuze voor de dood redelijk zijn, maar of deze beweegredenen relevant zijn. Duidelijk pathologisch zijn die waarderingen waar bij stoornissen van het realiteitsbesef een rol spelen, bijvoorbeeld de schuld-, zonde- of nihilistische waan. Is echter de opvatting dat het verdriet om het verlies van naasten en het sociale isolement onoverkoombaar zijn, irrealistisch? Een duidelijk beeld van de persoonlijkheid van de betrokkene kan dan behulpzaam zijn. Bij de beoordeling van dit criterium moet in sterke mate rekening worden gehouden met de eigen, authenticiteit, door karakter, intelligentie, sociale en culturele achtergrond bepaalde wijze van het tegen de desbetreffende problematiek aankijken.

Conclusie

Ik kom nu tot een afsluiting met de conclusie dat het redelijk goed mogelijk is de

vaardigheden, nodig voor competente besluitvorming, te onderzoeken. Tevens kunnen de relevante gegevens met betrekking tot de context van de beslissing zodanig in kaart worden gebracht dat een zorgvuldige vaststellen van de vereiste competentie mogelijk is.

De vraag in welke gevallen hulp bij zelfdoding dan wel ander levensbeëindigend handelen kan worden geboden, is niet een kwestie van puur wetenschappelijke aard. Het is niet alleen afhankelijk van de ondraaglijkheid van het lijden, de behandelingsmogelijkheid en de (resterende) kwaliteit van leven. Er dient ook een afweging plaats te vinden van individuele autonomie, van veronderstelde belangen van het individu en van het belang van de samenleving. De uitkomst zal vooral een afspiegeling zijn van de waar-

den en normen in de samenleving en van overige sociale, culturele en juridische aspecten van de situatie waarin besluitvorming over hulp bij zelfdoding plaatsvindt. •

A.J. Tholen,

psychiater Academisch Ziekenhuis Groningen, adviseur KNMG-commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen

Literatuur

1. Dijk WK van. Psychiatrie en zelfdoding. In: Diekstra R, red. De zelfgekozen dood, de problemen en de hulpverlening. Baarn: Ambo, 1983: 9-28.
2. Oppenheimer C. Ethics and psychogeriatrics. In: Bloch S, Chodoff P, eds. Psychiatric Ethics, 2nd edition, Oxford: Oxford University Press, 1991: 365-89.
3. Discussienota's Levensbeëindigend handelen bij ernstig demente patiënten en Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. Utrecht: KNMG, 1993.
4. Brody B. Life and death decision making. New York: Oxford University Press, 1988: 100-3.
5. Hamlyn DW. Self-knowledge. In: Mitchell T, ed. The Self: Psychological and Philosophical Issues. Oxford: Blackwell, 1977.

H U L P V E R L E N I N G A A N A R T S E N

Landelijke contactpersonen

mw drs F.M. Arendsen Hein, psychologe, psychotherapeute

Psychotherapeutische
Dagkliniek Veluweland,
Klumperweg 175, 6741 PH Lunteren,
tel. 08387-2141

R. Vecht-van den Bergh, psychiater 'Curium'
Endegeesterstraatweg 27,
2342 AK Oegstgeest, tel. 071-170661

J.J.C. Marlet, zenuwarts
Etnalaan 27, 5801 KA Venray,
tel. 04780-81610

drs W.H. Melles, theoloog, psychotherapeut
Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum,
tel. 02159-18361

dr J. Pols
Cederlaan 4, 9401 RC Assen,
tel. 05920-14731 ('s avonds)

prof. dr M.M.W. Richartz
Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-685330

dr M.J. van Trommel, psychiater
Terbregselaan 18, 3055 RG Rotterdam,
tel. 010-4610750

K. Visser, psychiater
Middelstraat 9, 5176 NH Den Moer,
gem. Loon op Zand, tel. 04245-9550

prof. dr W.J. Schudel
AZR-Dijkzigt, Rotterdam, tel. 010-4633227

J.M. Komen, huisarts
Prof. Lorentzstraat 13, 7557 AV Hengelo (Ov.),
tel. 074-439046 / 074-912131

W. Chr. F. de Vries

De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 05490-33333 (woensdag- en donderdagavond tel. 05496-74774)

Anonieme dokters

Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705

Werkgroep Den Haag, tel. 070-3504601

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-3463449

Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten

Enkele opmerkingen bij het rapport van de
Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen

W.A. Nolen

Heeft het verschijnen van het CAL-rapport meer duidelijkheid doen ontstaan voor psychiatrische patiënten met een vraag om hulp bij zelfdoding en hun behandelaars?

MET HET RAPPORT 'Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten' heeft de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen (CAL) van de KNMG een rapport het licht doen zien dat niet alleen opvalt door de duidelijkheid van de stellingname, maar dat door deze duidelijkheid ook in belangrijke mate bepalend zal blijken te zijn voor de verdere ontwikkeling van de meningsvorming in deze gevoelige materie.

Tot voor kort bestond er grote onzekerheid over de vraag of hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten überhaupt aanvaardbaar zou zijn, laat staan dat er in brede kring een discussie werd gevoerd over de condities waaronder.

Het standpunt van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid is steeds geweest, dat "hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten in alle gevallen ongewenst is".^{1,2} Toen in het kader van het onderzoek van de commissie-Remmelink werd besloten tot invoering van de 'meldingsprocedure euthanasie en hulp bij zelfdoding', stuurden, kort nadat deze regeling aan alle artsen in Nederland was toegezonden, de geneeskundige hoofdinspecteurs voor Volksgezondheid en voor de Geestelijke Volksgezondheid hun een brief, waarin stond dat deze meldingsprocedure niet van toepassing kon worden geacht bij psychiatrische patiënten.

Ondanks veel kritiek handhaafde de Inspectie lange tijd dit standpunt, waarin psychiatrische patiënten werden afgezonderd van patiënten met een primair somatisch lijden.³ Sommigen spraken zelfs van een vorm van discriminatie.

Inmiddels ontstond er echter ook enige jurisprudentie over hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten, waaruit bleek dat door zowel de strafrechter als (zij het in meer onduidelijke termen) de tuchtrechter, hulp bij zelfdoding in bijzondere gevallen toch aanvaardbaar kan worden geacht.^{4,5} Mede naar aanleiding hiervan heeft de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, na consultatie met onder meer de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, onlangs (januari 1993) haar standpunt gewijzigd, in die zin dat nu wordt gesteld dat "het verlenen van hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten in uitzonderlijke gevallen aanvaardbaar kan zijn". In een rapport, uitgebracht door een 'werkgroep, ingesteld door de Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid', wordt de brief uit 1991 ingetrokken en worden diverse punten voor een verdere discussie aangedragen.⁶

In het nu verschenen CAL-rapport worden veel van deze punten nader uitgewerkt. Op enkele aspecten van het rapport en van de problematiek in het algemeen, wil ik in deze bijdrage graag nader ingaan.

Voorkomen van suïcide versus hulp bij zelfdoding

Terecht wordt in het rapport van de CAL uitvoerig stilgestaan bij het feit dat suïcidedachten en de wens tot hulp bij zelfdoding bij patiënten allereerst moeten worden opgevat als een teken dat wijst op achterliggende problematiek. Het beleid dient er dan ook allereerst op gericht te zijn zelfdoding te voorkomen door deze problematiek te verhelpen. Pas als er geen behandelingsperspectief meer is, de patiënt ernstig en onafwendbaar lijdt en de patiënt de dood uitdrukkelijk en herhaaldelijk wenst, kan hulp bij zelfdoding worden overwogen (pag. 13-15).

Hiermee wordt meteen één van de kernproblemen duidelijk: wanneer is de doodswens te beschouwen als een symptoom van de aandoening die kan of moet worden behandeld en wanneer is de doodswens

te beschouwen als een reëel verzoek van de patiënt die ondraaglijk en uitzichtloos lijdt? Zolang er een behandelingsperspectief bestaat, dient behandelen het enige uitgangspunt te zijn van de arts/psychiater. Daarbij kan het aangegeven zijn de patiënt tegen zijn wil op te nemen. Wanneer echter alle reële behandel mogelijkheden falen, kan er soms een jaren durende lijdensweg ontstaan. Verder doorgaan met preventieve maatregelen, zoals vrijheidsbeneming of zelfs separeren, kan dan averechts uitwerken. Kuitert heeft dit probleem geformuleerd als: "Paternalisme als suïcidepreventie kan gerechtvaardigd zijn, maar alleen als het gelimiteerd is in tijd",⁷ terwijl Berghmans in dit verband wel spreekt van "een situatie waarin goed doen verwordt tot kwaad doen".^{8,9}

Hellend vlak

Tegen het (onder voorwaarden) aanvaardbaar maken van hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten wordt vaak als bezwaar naar voren gebracht, dat hiermee het aantal suïcides door psychiatrische patiënten zou kunnen toenemen. Het aantal (geregistreerde) suïcides in Nederland bedraagt jaarlijks 1.600 à 1.700. Bij het merendeel is sprake van psychiatrische problematiek.

Volgens het CAL-rapport is onbekend in hoeveel gevallen hulp bij zelfdoding wordt toegepast bij psychiatrische patiënten. Toch bestaan hierover wel enige aanwijzingen. Hoewel het rapport van de commissie-Remmelink nauwelijks aandacht besteedt aan het toepassen van euthanasie/hulp bij zelfdoding bij patiënten met een primair psychiatrisch lijden, kan men uit de vele cijfers in dit rapport wel opmaken dat in Nederland jaarlijks hooguit in enkele gevallen hulp bij zelfdoding wordt toegepast bij patiënten bij wie geen primair somatisch lijden aanwezig is.¹⁰

Zou dit aantal toenemen? Ik wens dat sterk te betwijfelen. In elk geval kan ik uit eigen ervaring melden dat juist de toezegging een patiënt 'niet in de steek te laten' als

alle behandelingen zouden falen, kan helpen een therapeutische relatie op te bouwen.

Als voorbeeld noem ik een depressieve patiënt die door zijn depressie alle hoop verloren heeft en alleen maar dood wil. Hij wijst alle behandelingen als zinloze verspilling van de hand en wil dat de arts hem een spuitje geeft. De toezegging in het uiterste geval eventueel zijn wens te honoreren, kan de arts voor de patiënt meer geloofwaardig maken en leiden tot een bereidheid bij de patiënt om zich dan toch eerst maar te laten behandelen. Juist het aangaan van een open gesprek, waarin hulp bij zelfdoding door de arts niet zonder meer van de hand wordt gewezen, kan voor de patiënt, die in eerste instantie alleen nog maar kan denken over de dood, weer andere 'oplossingen' in zicht brengen.

Mijn verwachting is, dat met het aanvaardbaar maken van hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten het aantal gevallen van naar schatting 5 à 10 per jaar zal toenemen tot wellicht enkele tientallen per jaar, maar dat daartegenover een 'winst' zal kunnen worden geboekt van een zeker vergelijkbare daling van het aantal onverwachte suïcides.

Voorkoming van gewelddadige suïcides?

Vaak wordt als argument vóór het aanvaardbaar maken van hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten naar voren gebracht, dat het weigeren van hulp erin zal resulteren dat men zijn toevlucht neemt tot gewelddadige methoden van zelfdoding. Ook in het CAL-rapport komt dit punt naar voren (pag. 15). Tegen deze argumentatie pleit dat mensen die een gewelddadige suïcide (poging) plegen, zoals springen of schieten, vaak vanuit een impuls tot hun daad komen, deze niet goed kunnen voorbereiden en daarom wel een,

gedwongen in eenzaamheid en daardoor altijd min of meer onverwacht voor de onvoorbereide nabestaanden wordt gepleegd.

Zorgvuldigheidseisen

Zoals bij elk verzoek om euthanasie, dient ook bij een verzoek om hulp bij zelfdoding door een patiënt die primair lijdt aan een psychiatrische stoornis te worden nagegaan of aan de zogenoemde zorgvuldig-

heidseisen wordt voldaan. Bij de toetsing hiervan doen zich in principe dezelfde vragen voor als bij patiënten met een primair somatisch leiden.*

Toch besteedt het rapport terecht zeer veel aandacht aan de wijze waarop de zorgvuldigheidseisen dienen te worden beoordeeld.

Betreffende de wils- ofwel oordelensbekwaamheid wordt als minimumeis gesteld, dat de patiënt "de informatie met betrekking tot de keuze feitelijk moet begrijpen" (pag. 18). Bij veel psychiatrische patiënten is de oordeelsvorming min of meer gestoord, zoals bij patiënten met een psychose of een ernstige depressie. Toch stelde reeds de commissie Ethiek van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie vast, dat de aanwezigheid van psychopathologie de autonome oordeelsvorming niet in alle gevallen aantast en dat suïciditeit niet een per definitie psychopathologisch verschijnsel is.¹¹ Zelfs bij psycho-

noodzakelijk geacht ter beoordeling van de wilsbekwaamheid, het behandelingsperspectief en de problematiek van tegenoverdracht. De geconsulteerde psychiater behoort de patiënt, zeker in het geval hij instemt met het verzoek, zelf te onderzoeken (pag. 37-38).

Dit standpunt is opmerkelijk, gezien de inmiddels ontstane, tegenstrijdige jurisprudentie. Zo oordeelde het Centraal Medisch Tuchtcollege, dat in verband met

De commissie Ethiek van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie stelde reeds vast, dat de aanwezigheid van psychopathologie de autonome oordeelsvorming niet in alle gevallen aantast en dat suïciditeit niet een per definitie psychopathologisch verschijnsel is

tegenoverdrachtsaspecten in de behandelrelatie altijd een consult van een onafhankelijk psychiater nodig is.⁵ Daarentegen besloot de rechtbank in Rotterdam in een andere zaak tot vrijspraak, ondanks het feit dat naast het overleg tussen de eigen huisarts en de behandelend psychiater niet de mening van een onafhankelijke derde (psychiater of andere arts) was gevraagd,⁴ en besloot ook de rechtbank in Leeuwarden recent tot vrijspraak in een geval van hulp bij zelfdoding waarbij weliswaar meerdere onafhankelijke artsen waren geconsulteerd, maar dezen de betrokken hulpvraagster, die niet aan een psychiatrische stoornis zou hebben geleden, geen van allen persoonlijk hadden gesproken.

Overdracht en tegenoverdracht

Op de overdracht- en tegenoverdrachtaspecten gaat het CAL-rapport nauwelijks in. Toch speelt deze problematiek juist bij de beslissing om hulp bij zelfdoding te verlenen vaak een belangrijke rol.¹² Zo hanteert de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie als argument om hulp bij zelfdoding te verlenen, het motief dat een hulpverlener zich zo goed in de hulpvraag kan verplaatsen.¹³ Dit kan juist een gevaarlijk argument zijn, omdat het

Juist de toezegging een patiënt 'niet in de steek te laten' als alle behandelingen zouden falen, kan helpen een therapeutische relatie op te bouwen

ook voor de omstanders, afschuwelijke methode moeten kiezen. Daarentegen kiezen mensen die hun suïcide kunnen voorbereiden vaak voor andere methoden, zoals verstikking of vergiftiging.

Hoe het ook zij, ik verwacht zeker niet dat met het aanvaardbaar maken van hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten het aantal gewelddadige suïcides aanzienlijk zal afnemen. Wat in elk geval wel zal afnemen, is het aantal suïcides dat nu nood-

tische of depressieve patiënten kan dit het geval zijn, zo niet tijdens de psychose of de depressie, dan vaak toch wel tussen de psychotische of depressieve episoden door.

Collegiaal overleg

Over het collegiale overleg laat het CAL-rapport zich duidelijk uit. Een consultatie door een onafhankelijke, niet in dezelfde instelling werkende psychiater wordt

* Overigens is het in dit verband zinvol op te merken, dat een onderscheid tussen 'primair psychiatrisch' en 'primair somatisch' in feite principieel onjuist is. Een dergelijk onderscheid gaat uit van de veronderstelling dat het mogelijk is 'lichaam' en 'geest' te scheiden. De moderne inzichten over de etiologie van psychiatrische stoornissen laten dit onderscheid niet toe; wel een praktisch onderscheid waarbij patiënten voornamelijk (primair) klachten en/of symptomen hebben van psychische aard of van somatische aard.

Ook de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie stelde reeds,¹¹ dat de problematiek ten aanzien van (hulp bij) zelfdoding binnen de psychiatrie niet principieel anders is dan daarbuiten.

in belangrijke mate kan samenhangen met de eigen angst van de hulpverlener voor aftakeling, afhankelijkheid, eenzaamheid en ziekte.

Daarentegen kunnen irrationele reddersfantasieën van de hulpverlener bij het weigeren van hulp bij zelfdoding een rol spelen.⁸ Bobbe wijst erop, dat nogal wat hulpverleners sucide zien als een persoonlijk falen in hun hulpverlening.¹⁴ De angst voor de eigen dood van de hulpverlener kan het open bespreken van een doodswens in de weg staan.¹⁵ Ook kan de doodswens te veel een strijdpunt worden in de behandelrelatie.

Conclusie

Het rapport van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen is helder; de KNMG geeft met dit rapport een stevige impuls aan de, zeker ook binnen de psychiatrie, nog voor een belangrijk deel te voeren discussie over hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten.

Het is te hopen dat ook de overheid het

rapport in grote lijnen zal volgen, zodat ervoor degenen die in de praktijk met deze problematiek worden geconfronteerd, eindelijk duidelijkheid ontstaat. Te lang hebben en psychiatrische patiënten die met een vraag om hulp bij zelfdoding zaten en hun behandelaars in grote onzekerheid verkeerd. •

dr W.A. Nolen,
psychiater, Willem Arntsz Huis te Utrecht

Literatuur

1. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Geen hulp bij zelfdoding. GIGV-Bulletin 1990; 16: 1-2.
2. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Meldingsprocedure euthanasie. Brief aan alle artsen in Nederland. Rijswijk: Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 1991.
3. Legemaate J. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie: regels en opvattingen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1993; 48: 750-69.
4. Chabot BE. Hulp bij zelfdoding: drie rechtszaken. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1993; 48: 715-37.
5. Schudel WJ, Nolen WA, Dijk WK van, Sutorius EPHR.

De zaak van de vasthoudende inspecteur; een procedure in het medisch tuchtrecht. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1993; 48: 738-49.

6. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. De meldingsprocedure euthanasie/hulp bij zelfdoding en psychiatrische patiënten. Rijswijk: Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 1993.

7. Kuitert HM. Suicide: wat is er tegen? Zelfdoding in moreel perspectief. Baarn: Ten Have, 1983.

8. Berghmans RLP. Om bestwil. Paternalisme in de psychiatrie. Amsterdam: Thesis Publishers, 1992.

9. Berghmans RLP. Het paternalisme voorbij, ethische overwegingen rond hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1993; 48: 770-86.

10. Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie. Rapport. Den Haag: Sdu, 1991.

11. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Mededeling bestuur (betreffende Commissie Ethiek). Nieuws en Mededelingen 1992; 86: 2-3.

12. Lijn M van der, Nolen WA, Schudel WJ. Hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten, rechtvaardigingsgronden en zorgvuldigheidscriteria. [Aangeboden ter publikatie].

13. Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie, commissie hulp bij zelfdodingsvragen. Rapport inzake hulp bij zelfdodingsvragen. Amsterdam: NVVE, 1991.

14. Bobbe D. Had ik maar kanker ... dan was er begrip. Doctoraalscriptie Vakgroep Klinische en Gezondheidspsychologie Rijksuniversiteit Leiden. 1988.

15. Rijk C. Vragen om zelfdoding bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1989; 44: 540-5.

P A T I Ë N T E N P E R I K E L

Opgeknapt

Korte door patiënten geschreven signalen.
Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie.

EEN GOEDE KENNIS van mij weerlegde mijn bezwaren tegen homeopathie op wel erg overtuigende wijze: bij zijn schoonmoeder was alle medicatie gestaakt en vervangen door homeopathi-

sche middelen; ze was daarop aanzienlijk opgeknapt.

Hij overhandigde me een lijst van geneesmiddelen die zijn schoonmoeder gebruikte in 1992:

omschrijving/code	aantallen tabletten per maand										
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11
Bocasan 1,75 g/12106941				60							
Calcium Sand Fort/12108448	90				90						
Fortal 50 mg/12320315					240	540					
Didrokti/13570382						90		90			90
Dihydral 0,2 mg/12115983							36				36
HCL Thiazid Triam 25/50 mg T/13547232					45			45			45
Oxazepamum 10 mg/13532235	30		30	30	60	30	30	30	30	30	30
Paracetamol/Codein 500/20 T/13562622				60	450						
Paracetamol 500 mg/13552619 WTG:B					240	360			360		
Temgestic SL 0,2 mg/13295535							60	300			270
Totaforte/13626159				90		90			90		
aantal tabletten	120		30	240	1.125	1.110	126	465	480	30	471
Luctosestroop GF 50% M/M		500	1.000		1.000				1.000		
NLG/mdn in NLG afgerond	81	17	52	118	459	556	129	553	146	15	536

Levensbeëindiging en levensbekorting

Een paraplubegrip

H.M. Kuitert

'Doen sterven' acht de CAL gerechtvaardigd in (altijd uitzonderlijke) situaties, maar wie liever spreekt van 'laten sterven en dan opzettelijk' staat wat verantwoordelijkheid betreft op dezelfde lijn.

DE COMMISSIE HEET CAL; ze bezint zich over de aanvaardbaarheid van levensbeëindigend handelen in het raam van de gezondheidszorg. Niet in termen van euthanasie (het verzoek van een competente patiënt staat hier centraal), maar als levensbeëindiging die juist niet onder het hoofd van euthanasie kan worden gebracht, omdat de patiënten om wie het gaat niets meer (of nog niets) kunnen zeggen.

Waarom zouden we?

Euthanasie is al moeilijk genoeg. Waarom zouden we ons ook nog het probleem op de hals halen van levensbeëindiging zonder dat daartoe vooraf een verzoek was gedaan? De vraag is van belang. Er moet een reden zijn waarom de CAL in het leven is geroepen. Op deze voorvraag ga ik kort - puntsgewijs - in.

1. Iemands leven beëindigen hoort van huis uit niet in het pakket van de arts thuis. De dokter is ervoor om leven te beschermen en te bevorderen waar en wanneer hij kan. Zo gesteld, valt er voor levensbeëindiging en/of levensbekorting geen goed woord te zeggen.

Maar zo is het probleem dan ook niet goed gesteld, want buiten de context van het moderne medische bedrijf gehouden. Die context is echter bepalend voor wat er verder volgt, net als bij het toedienen van vergiften, het snijden in mensen of het bewusteloos maken. Dat is ook buiten de orde, maar we doen het als het staat in de context van de medisch-technische mogelijkheden die de arts vandaag in zijn zorg voor de patiënt ter beschikking staan.

2. Maar kan een arts dan bij levensbeëindigen uitkomen? Niet als we daarvan een geïsoleerd vraagstuk maken, dat als het ware uit de lucht is komen vallen (een aanpak die mijns inziens typerend is voor de juridische context waarin levensbeëin-

diging gewoonlijk wordt beoordeeld). Het frustreert inzicht in en discussie over levensbeëindiging.

Dat isolement kun je voorblijven door aan de andere kant te beginnen, ik bedoel: bij de dokter die leven beschermt en bevordert, waar en wanneer hij kan, om pas daarna de vraag te stellen of hij dat altijd moet doen en dan zo lang mogelijk.

Toen artsen weinig konden, was 'redden wat je redden kan' geboden. Maar nu de medisch-technische middelen tot verlengen van het leven hoe langer hoe meer succes hebben, komen de grenzen in zicht van wat nog goed voor een patiënt is en wat niet meer. 'Overtreatment' in termen van eindeloos rekken van het leven wordt een bedreiging voor arts en patiënt. In de CAL zijn de leden ervan uitgegaan, dat de praktijk van het medisch handelen laat zien: levensverlengend handelen spoort niet altijd met het bevorderen van het welzijn van de patiënt. Een goede dokter weet volgens de commissie dan ook van ophouden. Verlengen kan in bepaalde situaties precies zo'n onverantwoordelijke handeling zijn als niet-verlengen.

3. De beslissing om niet meer te verlengen (of niet te beginnen met levensondersteunende maatregelen) heeft daarmee als context de zorgplicht van de arts aangewezen gekregen, volgens de regel 'salus aegroti suprema lex': het welzijn van de zieke is het hoogste richtsnoer van de arts. Het besluit niet meer verlengende of ondersteunende maatregelen te nemen, geschiedt dan ook in de arts-patiëntrelatie. Dat wil ten eerste zeggen: in een relatie waarin de arts degene is aan wie de patiënt zich heeft *toevertrouwd*. Ik gebruik dit laatste woord met opzet, omdat ik niet geloof dat het oproepen van argwaan tegen dokters (zoals in de discussie over levensbeëindiging af en toe gebeurt) heilzaam is voor de patiënt. Natuurlijk moeten artsen, overigens net als Officiëren van Justitie, rechters en politiefunctionarissen, worden gecontroleerd, maar verder geldt: wie dokters niet vertrouwt, moet niet naar hen toegaan.

Zorgplicht - dit als tweede - eindigt niet als de patiënt in de terminale fase is beland. Zorg is een continuüm, ze is zorg ten leven, zolang kennis en ervaring de dokter zeggen dat er hoop is. Als dat stadium gepasseerd is en de dokter zijn patiënt

moet laten gaan, gaat de zorg ten leven over in helpen sterven.

4. Vroeger kwam de noodzaak tot levensbeëindiging ook voor, vanuit dezelfde motieven die we ook vandaag tegenkomen (denk aan de oud-Hollandse term 'genadeslag'), maar door de uitgekookte technische hoogstandjes om in leven te houden vandaag meer dan vroeger, en vooral: urgenter dan vroeger. Geen dokter kan vandaag meer aan het probleem ontkomen. Je kunt niet zeggen: we hebben u de boom in geholpen, mevrouw, maar u moet zelf maar zien hoe u weer beneden komt. Dat lijkt te veel op de uitspraak van Werner von Braun in dat fantastische liedje van Tom Lehrer. Von Braun was de rakettenspecialist die overstapte van Nazi-Duitsland naar Amerika. Geen problemen daarmee, meneer Von Braun? Nee, waarom? Ik moet zorgen dat ze opstijgen, maar "to care where they come down? That's not my department, says Werner von Braun". Dat patiënten sterven, is deel van het menselijk leven; dokter en patiënt beiden moeten het (leren) aanvaarden. Maar *hoe* een patiënt sterft, komt voor rekening van de dokter.

5. Tenslotte: wat is verlengen? Verlengen = tijd aan leven toevoegen. Verlengen is dus een magere handeling, niet hetzelfde als helen of genezen. Verlengen is een noodzakelijke voorwaarde: curatief ingrijpen kan niet zonder verlengen, verlengen kan wel zonder curatief vervolg. Ik wil met deze aantekening onderstrepen dat het een beslissing van de eerste orde is, als een arts besluit niet meer te verlengen. Dat is het in het bijzonder, wanneer dat gebeurt in situaties waarin ophouden met verlengen bewerkstelligt dat de patiënt sterft.

De vraagstelling

Daarmee is het grote raam van de CAL-nota's aangegeven: het is de vraag of een dokter - in het continuüm van de zorgplicht - het leven van een patiënt mag beëindigen, ook als daartoe geen verzoek van de zijde van de patiënt voorligt. Natuurlijk mag dat niet, zelfs nooit, als de patiënt wel in de gelegenheid verkeerde zich over levensbeëindiging te uiten, maar niet naar zijn gevoelens werd gevraagd. Maar daarover ging het beraad van de CAL niet. De zinsnede: "als er geen verzoek van de patiënt voorligt", moet worden gele-

zen in de betekenis van: als er geen verzoek kan voorliggen, gezien zijn of haar toestand. In principe denkt de CAL daarover, vanaf de eerste tot de laatste discussienota, niet anders dan Remmelink en Van der Maas c.s.: er zijn situaties waarin de dokter geen andere weg meer overblijft. Wanneer is dat het geval? Ik beschouw dat als een tussenvraag en zal er niet te lang over uitweiden. Zolang een patiënt zich (nog) kan uiten, tast de dokter af wat de betrokkene zelf ervan vindt. Patiënten verschillen op dat punt ten zeerste. Het leven wordt door sommigen als een geschenk beleefd, tot in het lijden toe. Maar het omgekeerde is ook - en misschien nog vaker - het geval: de terminale fase wordt als een ondraaglijke last ervaren. Hoe ook, de arts volgt de patiënt in zulke gevallen, welke moeite hem dat ook kosten mag. Is de patiënt niet in staat zich te uiten en zal hij dat ook niet meer zijn, dan rest de arts alleen zijn eigen kompas om uit te maken of een patiënt in een onaanvaardbare toestand is geraakt.

Ik laat die kant van de zaak voor wat ze is. Wat ik in dit artikel doe, is mij concentreren op de vraag *wanneer* we van levensbeëindiging moeten spreken. Anders geformuleerd: hoe moet je het noemen, wat een arts doet als hij ophoudt levensverlengende/levensondersteunende maatregelen te nemen en dat de dood meebrengt? De drie discussienota's van de CAL handelen niet over arts en patiënt in het algemeen, maar hebben drie duidelijk af te grenzen groepen patiënten op het oog. Wat hen verbindt is de term 'wilsonbekwaam' en het gegeven dat 'ophouden' of 'niet beginnen' met levensondersteunende maatregelen de dood tot gevolg heeft.

sen vaktaal en dagelijkse taal worden opgeroepen.

Levensbeëindiging of levensbekorting

Levensbeëindiging (term uit de eerste nota) en levensbekorting (in de derde nota terug te vinden): is dit een terminologische truc of is er een reëel verschil tussen beide en is de CAL dus van standpunt veranderd? Laten we kijken:

Als de dokter, medisch gesproken, is uitgepraat bij de groepen patiënten van de drie nota's, wat kan er dan gebeuren? In principe kan zich een viertal mogelijkheden voordoen, al zijn er per categorie patiënten natuurlijk variaties te bedenken:

1. De arts besluit niet aan levensondersteunende maatregelen te beginnen en dus sterft de patiënt.

2. De arts besluit met reeds begonnen levensverlengende maatregelen op te houden, met - opnieuw - als gevolg dat de patiënt overlijdt.

3. De arts staakt zijn levensverlengend handelen, de patiënt gaat het stervensproces in, maar lijdt dermate dat de arts besluit bij te springen met sedativa, ook al weet hij dat daardoor de dood wordt bespoedigd.

4. Om verder lijden te voorkomen versnelt de arts het einde actief, dit is: hij beëindigt het leven met behulp van farmaca. Kunnen alle vier de maatregelen worden ondergebracht onder het hoofd 'levensbeëindigend handelen'? Ziedaar de problematiek zoals die door alle vergaderingen heen heeft gespeeld. Een terugblik laat heel duidelijk zien (en heel leuk) hoe de CAL tot haar uiteindelijke resultaat is gekomen.

den veranderd. Dat heeft de commissie in de loop van haar - al tamelijk lange - leven dan ook niet gedaan. Het probleem bleek elders te zitten. Ophouden met levensverlengende maatregelen heeft bij de drie genoemde categorieën van patiënten de dood ten gevolge. Is dat levensbeëindiging?

Een handeling

Laten we kort analyseren wat we onder een handeling verstaan.

1. Een handeling is gedrag dat je ook had kunnen nalaten als je dat had gewild. Je had, met andere woorden, kunnen doen of niet-doen. Thomas van Aquino geeft een plastisch voorbeeld: boeren en scheten laten, daartoe besluit je niet; het zijn dus geen handelingen (in zijn Latijn: je noemt het een *actus humanus* en niet een *actus hominis*). Waarom is dat onderscheid belangrijk? Omdat je voor dingen die je als handeling doet aansprakelijk bent: je had ze ook *niet* kunnen doen. Terwijl je dat niet bent voor dingen die je niet evengoed wel als niet had kunnen doen. De mannen die begonnen te hoesten in het turfschip van Breda en daarmee de hele zaak dreigden te verraden, zouden niet aansprakelijk zijn geweest voor een eventuele mislukking.

2. Van een handeling - dat volgt daaruit - waarvoor hij verantwoordelijkheid draagt, moet de betrokkene verantwoording afleggen. Als je iemands leven beëindigt, moet je kunnen zeggen waarom je dat deed en waarom je dat in het licht van de morele normen van de samenleving een gerechtvaardigde handeling vindt.

3. Als we toch bezig zijn: van die verantwoordelijkheid en verantwoording kunnen twee factoren je ontslaan. De eerste is, dat je niet wist en niet kon weten wat de gevolgen waren. De tweede, dat je gedwongen was te doen wat je niet had gekozen. "Vi coactus", schreef Johan de Witt op het abdicatiepapier dat ze hem lieten tekenen.

Hoe vrij op zijn beurt weer dat kiezen of besluiten is, laat ik daar. Het zou te ver in de filosofie voeren. Als maar vaststaat: als ik anders had besloten, had ik anders kunnen doen.

We zijn er nog niet. Nu ondernemen we een handeling, laten we zeggen: ik pak een bijl en sla mijn buurman het hoofd af. Dat mag niet, ik weet het. Maar dat is juist de kwestie: *omdat* ik weet dat ik iets doe wat niet mag, ben ik geneigd de handeling zo te beschrijven dat het kwalijke eraf is. Een bijl opheffen - dat mag toch? Ja, het hoofd van mijn buurman zat er net onder, maar dat is een bijkomende omstandigheid. De handeling was toch alleen maar een bijl opheffen en hem weer laten neerkomen?

Hoe moet je het noemen, wat een arts doet als hij ophoudt levensverlengende/levensondersteunende maatregelen te nemen en dat de dood meebrengt?

'Wilsonbekwaam' wil zeggen: niet in staat een wilsbesluit te uiten, om wat voor reden ook. Ik vind - als persoonlijke opmerking bedoeld - de term 'wilsonbekwaam', afgezien nog van haar taalkundige wanstalte, een on-term, althans voor niet-juridisch geschoolden. Het grote publiek verstaat onder 'wilsonbekwaam': geestelijk gehandicapten. Over levensbeëindiging van wilsonbekwamen spreken, is in de ogen van het grote publiek discussiëren over de vraag of je het leven van geestelijk gehandicapten mag beëindigen. Ik waarschuw de artsenorganisaties nog maar eens voor dit soort afschuwelijke misverstanden, die door het verschil tus-

Beginnen we bij de definitie van 'levensbeëindigend handelen' uit de eerste nota (Zwaar defecte pasgeborenen): "Alle handelingen van artsen die het overlijden van een wilsonbekwame patiënt *beogen*, ongeacht of deze het toedienen van euthanatica, pijnbestrijding, het niet aanvangen of staken van een behandeling dan wel enigerlei tussenvorm daarvan betreffen" (cursivering: HMK). De definitie is duidelijk en - ik aarzel niet te zeggen - goed, vanuit welk gezichtspunt dan ook, in elk geval vanuit de discipline ethiek: levensbeëindigend handelen beoogt het overlijden van een patiënt. Deze definitie behoefde en behoeft helemaal niet te wor-

Ik bedoel hiermee te demonsteren: in de manier waarop een handeling wordt beschreven, tekent zich vaak al af dat (en hoe) iemand die handeling voor zichzelf of voor het forum van de toeschouwers rechtvaardigt. Dat zie je overal, maar met name in de gezondheidszorg. Een overdosis pijnstillers geven, is dat levensbeëindiging? Maar het waren toch pijnstillers? Ja, het is maar hoe je het bekijkt - dat wil eigenlijk zeggen: het is maar hoe je het beschrijft, en hoe je het beschrijft hangt af van hoe je het geëvalueerd wilt zien.

Terug naar de bijl waarmee de dader de buurman trof. Deze handeling heeft, net als elke andere handeling, een aantal ingrediënten. In mijn vakgebied wordt een handeling gekarakteriseerd door vier elementen:

- a. een drijfveer/motief tot handelen in termen van psychologie: onbewust, maar meestal wel bewust te maken (de dader haatte hem);
- b. een drijfveer/motief in termen van een reden, bewust (hij wilde geen last meer van hem hebben);
- c. de intentie, bedoeling, wat je beoogt met je handelen (hij wilde hem dood hebben);
- d. de gevolgen (de buurman overleeft het niet).

Nu zal ik niet te veel uitweiden over motief en reden, hoe belangrijk ook. Want voor de huidige vraagstelling zijn vooral de ingrediënten 'intentie' en 'gevolgen' van belang.

Een handeling zonder een bedoeling is geen handeling meer, je steekt je hand juist uit om een bepaald resultaat te bereiken. Je beoogt iets met de handeling. Vandaar dat in het oordeel over een handeling de bedoeling, de intentie, altijd het zwaarst weegt, zowel in het recht als in de moraal. Natuurlijk ging die hand niet zomaar omhoog en kwam toevallig de kop van de buurman er onder. De bedoeling was: kop eraf.

Het morele oordeel over een handeling gaat dus, hoe die handeling er verder ook mag uitzien, primair over de bedoeling en daarna over het effect of de gevolgen ervan. De gevolgen zijn het belangrijkste in het maatschappelijk verkeer (daar kun je het dus omdraaien en eerst naar de gevolgen kijken), maar de bedoeling is het belangrijkste voor de morele beoordeling. Een dokter die doet wat hij kan maar wiens patiënt onder zijn handen sterft, is moreel schoon. Een dokter die de kantjes eraf loopt maar wiens patiënt in leven blijft, krijgt geen maatschappelijke bonje, maar ook geen moreel krediet.

De bedoeling, daar draait het nu dus even om. De dokter besluit op te houden met het kunstmatig toedienen van voedsel en

vocht aan een PVS-patiënt; hij vindt dat het een zinloze medische handeling is geworden. Hij haalt dus de sonde (of wat ook) weg, zodat de patiënt overlijdt. Is het hele probleem onder te brengen in *zodat of opdat*? We kunnen de vraag terugkoppelen naar de definitie uit de eerste nota: levensbeëindigend handelen *beoogt* het overlijden van de patiënt. *Beoogt* de dokter dat werkelijk, als hij (en dan volgt het hele rijtje weer): 1. niet begint met levensondersteunende maatregelen; 2. er na een poosje mee ophoudt; 3. pijnstillers geeft en sedativa en daarbij het risico neemt dat de patiënt aan de bijwerkingen doodgaat; of 4. actief ingrijpt met farmaca? Natuurlijk, die laatste handeling (onder 4) is zonneklaar het *beogen* van het sterven, de intentie is zonder meer aanwezig. Maar is die ook aanwezig bij de eerste drie?

De causa-problematiek

De intentie het leven van de patiënt te beëindigen, dus het beogen van het overlijden van de patiënt, kan aanwezig zijn bij afzien van behandelen of bij profuse toediening van pijnstillers of sedativa, maar dat hoeft niet het geval te zijn. Waarom is dat een kwestie?

Omdat *beogen* neerkomt op het invoeren in de ziektegeschiedenis van een nieuwe oorzaak, een andere oorzaak van overlijden dan de ziekte of de aandoening of het afbraakproces zelf, namelijk de arts zelf als oorzaak. Het causa-probleem, heet dat (causa = oorzaak).

*Het morele verschil
tussen laten sterven, maar
dan met opzet, en 'doen
sterven' lijkt mij nihil*

Je mag nooit en te nimmer de causa zijn van de dood van onschuldige mensen. Dat is het standpunt van de rooms-katholieke kerk. Het vormt de achtergrond van het verbod om mee te werken aan euthanasie en hulp bij zelfdoding. Of de betrokkene zelf om die medewerking vraagt, maakt daarbij geen verschil. Causa mag je nooit wezen, causa mag alleen de aandoening zijn.

Men hoeft er niet rooms-katholiek voor te zijn om niet alleen begrip, maar ook sympathie voor dit standpunt te hebben. De dokter is er niet om te doen overlijden maar, omgekeerd, om overlijden zo mogelijk uit te stellen. Als de patiënt overlijdt, laat dan liefst de ziekte en niet de dokter daar de oorzaak van zijn.

Ik val die laatste uitspraak van harte bij:

laat het het liefst de aandoening zijn en niet de dokter die de patiënt velt. Maar de werkelijkheid is te gecompliceerd om alles onder deze regel te kunnen brengen. Dat heeft de rondgang van de CAL-leden door de instellingen wel aan het licht gebracht. Alleen de aandoening als (enige) gelegitimeerde causa aanvaarden, wordt door geen arts in praktijk gebracht. Het zou de moderne geneeskunde in plaats van 'dienst der barmhartigheid' (C. van der Meer) tot een akte van onbarmhartigheid maken. Artsen gaan niet door tot het bittere einde, ze staken het verlengen, ook al is het technisch nog mogelijk, en ze dienen pijnstillers toe tot de dood erop volgt. Hoe nu met die causa? Een arts die een euthanaticum toedient aan een terminale patiënt, is zonder twijfel causa, zij het mede-causa, van het overlijden van de patiënt. Maar als hij het leven van een patiënt niet meer verlengt, ook al zijn de technische mogelijkheden aanwezig, is hij dan ook mede-causa?

Het dubbele gevolg

De leer van de handeling met het dubbele gevolg brengt een - voorlopige - redding. 1. Elke handeling veronderstelt een intentie, en wel de intentie om een bepaald gevolg te bewerkstelligen. Het gevolg van een doorsnee-handeling is voorzien en bedoeld.

2. 'Dubbel gevolg' wil zeggen: de desbetreffende handeling heeft twee gevolgen, beide voorzien: de ene is bedoeld en de andere niet, maar de niet-bedoelde is onvermijdelijk met de bedoelde gegeven. Je moet het onbedoeld gevolg dus voor lief nemen, wil je het bedoelde kunnen volvoeren.

3. Is het bedoelde gevolg goed en noodzakelijk, dan ben je gedisciplineerd voor het onbedoelde, ook al was dat te voorzien. De leer van de handeling met het dubbele gevolg is, met andere woorden, een verontschuldigungsredenering. Het meest sprekende voorbeeld heb ik al genoemd: de dosis pijnstillers die nodig is om adequaat pijn te bestrijden heeft als voorzien maar niet gewild gevolg, dat de patiënt aan de bijwerkingen van de pijnstillers overlijdt. Dat neemt de dokter op de koop toe: hij beoogde adequate pijnbestrijding en niet het overlijden van de patiënt. Hij is gedisciplineerd. Als hij zichzelf hier tenminste niet voor de mal houdt en de redenering gebruikt om zijn geweten schoon te praten door zijn intentie voor zichzelf en zijn omgeving te verdoezelen. Dat kan ook. Maar de enige die dat kan toetsen, is de dokter zelf. Niemand komt het oordeel over anderen/vrouws innerlijk toe. 'De intimis non iudicat ecclesia': over het innerlijk oordeelt zelfs de kerk niet.

Komen we er zo veel verder mee, met

die handeling met dubbel gevolg? Dat is de vraag. Van het *beogen* zijn we in elk geval nog niet af. De dosis pijnstillers verhogen om pijn adequaat te bestrijden, kan twee gevolgen hebben: pijn weg (beoogd en voorzien) en patiënt dood (voorzien maar niet beoogd). Maar wat beoogt een arts, als hij ophoudt met de levensondersteunende maatregelen die hij aanvankelijk had ondernomen? Die ene handeling heeft maar één gevolg, dat bovendien was voorzien: de patiënt overlijdt. Het *beogen* is er nog steeds, zij het nu: beogen de patiënt te laten sterven aan zijn eigen aandoening.

Vraag: hoe groot is in zo'n situatie dan nog het verschil tussen 'doen sterven' (de

hetzij door besluiten niet te beginnen, te besluiten ermee op te houden, te besluiten de pijnbestrijding op te voeren met voorziene risico's of te besluiten actief in te grijpen met farmaca. Actieve levensbeëindiging is nu dus een onderdeel geworden van het paraplu-begrip 'levensbekorting'.

Louter subtiliteiten? Indien dat zo is: ook subtiliteiten hebben hun recht en hun betekenis. Maar ik meen dat we elkaar onrecht doen als we de gang van zaken onder dat hoofd brengen. Het gaat evenmin om een terminologische truc, een terugkeren op haar schreden of een rookgordijn. Dat zou het geval zijn, als de redeneringen van 'geen causa willen zijn'

In 'levensbekorting' ligt opzettelijk handelen opgesloten; het gaat om gewilde gevolgen, maar de term is tegelijk gekozen om uit te drukken dat een arts zichzelf niet als causa hoeft te zien.

Er ligt hier een parallel met de terminologie die Rummelink/Van der Maas c.s. hanteren: beslissingen rondom het levenseinde (de titel van het onderzoek, of zo men wil: het paraplu-begrip) zijn niet noodzakelijkwijze beslissingen tot levensbeëindiging, maar wel beslissingen tot bekorten.

Conclusie

Van levensbeëindiging naar levensbekorting als paraplu-begrip houdt niet in dat de CAL zichzelf heeft verloochend, evenmin een onaanvaardbaar compromis, maar veeleer een consensus, omdat er op één punt geen enkel verschil is geweest: de verantwoordelijkheid voor het handelen dat de dood ten gevolge heeft, werd door allen erkend, of ze het nu 'actieve beëindiging' wilden noemen dan wel 'laten sterven', maar dan opzettelijk.

De morele controverse is daarmee verzacht. 'Doen sterven' is het standpunt dat de commissie in sommige (altijd uitzonderlijke) situaties gerechtvaardigd acht, maar wie liever spreekt van 'laten sterven en dan opzettelijk', staat wat verantwoordelijkheid betreft op dezelfde lijn. Voor alles wat voorzien gevolg van een handeling is, bedoeld of niet-bedoeld, is een mens verantwoordelijk. Vandaar CAL, de L kan blijven staan: levensbeëindiging of levensbekorting. •

Prof. dr H.M. Kuitert,
emeritus hoogleraar ethiek aan de
Vrije Universiteit Amsterdam

Het morele oordeel over een handeling, hoe die er verder ook mag uitzien, gaat primair over de bedoeling en daarna over het effect of de gevolgen ervan

dokter weet zich mede-causa) en 'laten sterven, maar dan met opzet' (de dokter voelt zich niet causa)? Het morele verschil tussen 'laten sterven, maar dan met opzet' en 'doen sterven' lijkt mij nihil. Daarop kom ik terug. Eerst een andere punt.

De rooms-katholieke arts die zegt: voor mij ligt hier een heel belangrijk verschil in de soort van handeling, want ik wil niet opzettelijk een leven beëindigen, is met een voor hem zeer wezenlijke grens bezig. De CAL is daaraan tegemoet gekomen door in de tweede discussienota 'levensbeëindiging' te veranderen in *bewerkstelligen* van de dood en in de derde nota - nog gedifferentieerder - van *levensbekorting* te spreken,

en van 'niet beogen van het overlijden' in dienst zouden staan van het ontlopen van de verantwoordelijkheid van de arts voor staken of niet beginnen. Maar dat was nu juist niet het geval in de CAL: de morele verantwoordelijkheid voor 'doen sterven' en 'laten sterven, maar dan met opzet' werd even groot geacht. Vandaar dat heel de CAL vrede had met levensbekorting: het woord doet recht aan de gevarieerdheid van de morele gevoelens bij artsen, als het om levensbeëindiging gaat. Die verschillen zijn er en de CAL wil daaraan de ruimte geven, voor zover die niet verleidt tot verlies van verantwoordelijkheid voor doen of/laten sterven.

B E R I C H T

Fonds Doctor C. van Tussenbroek

De Stichting Fonds Doctor Catharine van Tussenbroek, die zich ten doel stelt het wetenschappelijk werk en de wetenschappelijke opleiding van vrouwen te bevorderen, stelt in 1994 acht beurzen beschikbaar. Twee daarvan zijn voor vrouwen die na hun promotie enige tijd aan een instelling voor onderzoek of onderwijs in het buitenland willen doorbrengen; deze beurzen bedragen maximaal f 12.500,-. Daarnaast zijn twee beurzen bestemd voor afgestudeerden die met behulp van

de maximaal f 12.500,- die ook in dit geval ter beschikking worden gesteld een promotieonderzoek in het buitenland willen voorbereiden. De overige vier beurzen zijn reisbeurzen van hoogstens f 2.500,- en zijn bestemd voor vrouwen die ongefinancierd of met zeer geringe financiële steun werken aan een proefschrift of vervolgonderzoek. Het door haar te verwerven bedrag moet vrouwen in staat stellen een korte studiereis buitenslands te ondernemen om een workshop, symposium

of een groter congres bij te wonen (en daar een voordracht te houden of een poster te presenteren) en/of een kort bezoek te brengen aan een bibliotheek of een archief in het buitenland.

Aanvragen moeten worden ingediend op een speciaal daarvoor bestemd formulier, en wel vóór 15 februari 1994, bij het secretariaat van het Fonds Doctor C. van Tussenbroek, Postbus 11313, 2301 EH Leiden. Nadere inlichtingen en aanvraagformulieren aldaar. •

Levensbeëindigend handelen of hulp bij zelfdoding bij wilsonbekwame en psychiatrische patiënten

De verantwoordelijkheid van de arts

E. van der Does

Artsen voelen zich verantwoordelijk voor het bevorderen van leven, waarbij ook grenzen worden verlegd in termen van 'langer leven'. Laten wij ervan uitgaan, dat zij dit steeds doen uit weloverwogen patiëntgerichte motieven.

HET IS EEN voorrecht in een land te mogen wonen waar vrijwel alles bespreekbaar is, ook het precaire onderwerp 'levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame mensen en hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten' - een onderwerp waar artsen in ieder geval over moeten nadenken. Het gaat hier om vier groepen mensen, waarvan er drie als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat het gaat om mensen die wilsonbekwaam zijn. De vierde groep mensen, de psychiatrische patiënten, lijden aan aandoeningen die kunnen interfereren met hun wilbekwaamheid. Dit kan in verschillende gevallen grote problemen opleveren bij het inschatten van de mate van vrijheid waarmee een verzoek tot hulp bij zelfdoding wordt gedaan. De overige drie groepen zijn die van de zwaar-defecte pasgeborenen, de langdurig comateuze patiënten en de ernstig demente patiënten.

De noodzaak tot nadenken en discussiëren over levensbeëindigend handelen en hulp bij zelfdoding hangt voor een groot deel samen met de toepassing van de technologie, het toedienen van medicamenten en betere verpleegmogelijkheden, waardoor ook mensen met zware handicaps en stoornissen van de vitale functies en/of het bewustzijn, langer in leven kunnen blijven.

Het zijn de artsen die de indicatie stellen tot het toepassen van de techniek en het aanvangen daarmee. De grens tussen leven en dood wordt daarbij verlegd in de richting van het leven. Kijkend naar het verdere beloop van dat leven van de mensen op wie deze technieken worden toegepast, rijst bij mij nogal eens de vraag: "Moeten wij nog verder vooruitgaan, of is het zo al erg genoeg?"

Artsen voelen zich verantwoordelijk voor het bevorderen van leven, waarbij ook grenzen worden verlegd in termen van 'langer leven'. Laten wij ervan uitgaan, dat zij dit steeds doen uit weloverwogen patiëntgerichte motieven. Veel van dat doen, vooral als dat met succes wordt bekroond, komt via de media de huiskamers van de mensen binnen, die, geïmponeerd door de techniek, steeds meer van de geneeskunde gaan verwachten. Dit wordt zeker nog versterkt door het al dan niet geïndiceerd toepassen van aanvullende onderzoekstechnieken. "Even een echootje maken; daar is van alles op te zien." Imponerend.

Over het laten, de overbodigheid of de contra-indicaties, is veel minder discussie. Mensen verwachten veel van onderzoek. De keuringsbureaus floreren en wekken de verwachting dat alles wat men daar doet ook goed is en dat men daarna weer een tijdje vooruit kan. Zij houden mensen periodiek in hun greep. "Ik kan weer een jaar vooruit, want alles is in orde", zo meldde mij een man die op eigen initiatief zo'n bureau had bezocht. Het is de vraag of de informatie aan de mensen evenwichtig genoeg is en of er vooral positieve verwachtingen worden gewekt, of dat mensen geneigd zijn juist die positieve berichten te onthouden. Hoe het ook zij, zonder meer verwachtingen wekken is moreel onjuist en zorgvuldige informatie over de waarde en de gevolgen van handelen en niet-handelen is vereist.

Van 'in dubio abstinence' naar 'in dubio fac'

Voor zichzelf moeten beslissen is soms al moeilijk genoeg, maar men kan in ieder geval kiezen en ervaren of men de kwaliteit van het leven aanvaardbaar vindt. Veel moeilijker is het in het geval van beslissingen voor mensen die dat zelf niet meer kunnen en waarbij men als naaste familie veel aan artsen moet overlaten. Die hebben van oudsher als uitgangspunt en de verantwoordelijkheid het leven te bevorderen. "Maar", zo vraagt de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen (CAL) zich af, "is dat uitgangspunt gegeven de kennis die wij hebben omtrent diagnose en prognose wel te

handhaven?" In het zicht van deze vraag is het volgende ietwat chargerend gebracht:

Patiënt wordt het ziekenhuis binnengebracht met een recent ontstaan coma. De artsen gaan - als het enigszins kan - uit van het behoud van het leven. Men weet immers niet hoe dat leven zich nog kan herstellen. Het vroegere 'in dubio abstinence' heeft in vele gevallen plaats gemaakt voor het moderne 'in dubio fac'. Een belangrijke vraag daarbij is of dat 'fac' op termijn toch nog ter discussie wordt gesteld. Er is bij dat weggaan ('fac') met een prematuur en/of gehandicapt kind of comateuze patiënt nu al op wetenschappelijke gronden wel iets naders te zeggen over leven en leven bevorderen.

Wanneer het gaat om defecte pasgeborenen en immature neonaten, kan, nadat tot 'in dubio fac' is besloten, na kortere of langere tijd redelijk worden ingeschat wat er van dat leven terecht komt. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat er in Nederland een kliniek is waar men als beleid voert pas bij een blijvende kans op meer dan 70% ernstige handicaps te abstinieren. Dit is dus kennelijk in te schatten en tevens aan ouders uit te leggen. We kunnen ons hierbij de vraag stellen waarom men bij een kans op handicaps die groter is dan 70% wél abstineert en niet levensbeëindigend handelt door ingrijpen.

Volgens de CAL komt de arts bij pasgeborenen een grote verantwoordelijkheid toe, maar hebben de ouders ook veel inspraak bij het afwegen van de belangen van het kind tegenover hun eigen draagkracht. Zelden is echt plaatsvervangend denken van toepassing, dat wil zeggen: de arts neemt de beslissingen. Toch zegt men in deze kliniek een kans van 70% of minder op blijvende ernstige handicaps of lijden nog acceptabel te vinden. Daar staat de opvatting van de CAL tegenover, en daartussen vindt men nuanceringen. In de ene kliniek gaat men bij een hersenbloeding met bepaalde gevolgen wél over tot levensbeëindigend handelen en in een andere kliniek bij een vergelijkbare situatie niet. Hierover wordt dus verschillend gedacht. Welnu, het is niet goed dat deze verschillen binnen de beroepsgroep blijven bestaan.

Voorts bestaat er in het geval van levensbeëindigend handelen geen eenduidige opvatting over de te gebruiken farmaca en de hoeveelheid daarvan. Het besluit 'in dubio fac' is genomen om bij deze pasgeborenen diagnose en prognose te kunnen stellen, maar veel is er nog onduidelijk en ook al weegt de stem van de ouders zwaar, zij kunnen zich toch moeilijk voorstellen wat een kans van 70% op een gehandicapt kind betekent. Wat kan dat kind dan en hoe is je relatie dan? Is het moreel verantwoord te stellen: "Ik doe alleen de periode 'in dubio fac' en daarna wil ik bij 70% kans of meer op blijvende handicap of lijden absteren en daar blijft het bij"? Dit uitgangspunt 'in dubio fac' doet zich ook voor bij comateuze patiënten. Van hen is bekend, dat in geval van trauma na zes maanden er vrijwel geen kans is op het herkrijgen van het bewustzijn en als dat gebeurt, is elke patiënt totaal afhankelijk van zijn omgeving.

Voor een niet-gewelddadige coma (door ziekte) geldt hetzelfde, maar dan al na één maand. Neemt de hulpverlener, met name de arts, deze kennis ernstig, dan betekent dit dat in een vroeg stadium de familie daarover informatie dient te krijgen. Ook de verpleging moet beseffen waarom zij zo zorgvuldig mogelijk voor deze mensen moet zorgen, namelijk om hen in een zo goed mogelijke conditie te houden in verband met diagnose en prognose. De consequentie is, dat men dan na één maand respectievelijk na zes maanden opnieuw om de tafel moet gaan zitten en opnieuw de kansen moet bespreken; de familie en de verpleging wisten immers van de doelstellingen van het in leven houden af. Doet men dit niet, dan begint men met 'in dubio fac'; passeert men dan het tijdstip waarop wetenschappelijk gezien de kans op bijkomen bijna nul is en de kans op ernstige schade vrijwel 100%, dan komt de zaak verder grotendeels op de schouders van familie en verpleging.

lieden en de elf verpleegkundigen die bij Richard betrokken zijn die het emotionele huis in stand houden en aan Richard allerlei emoties toeschrijven en die bij hen de moed erin houden. Doktoren komen alleen kijken bij complicaties of als er vragen zijn, terwijl de verpleegkundige zegt "naar een gelukkig kind toe te werken". Zo gaat dat, indien niet meteen duidelijk is gemaakt waarom men op weg gaat met zo'n kind dat ooit door acuut zuurstofgebrek in coma is geraakt. Er is nu geen andere weg meer voor de ouders, die al negen jaar elke dag hun zoon bezoeken, maar ook niet voor de verpleegkundigen en artsen. Moeder zegt: "Wij hopen de beslissing nooit te hoeven nemen, want wanneer komt dan het schuldgevoel? Is hij dan gelukkiger dan nu? Maar ook de doktoren en verpleegkundigen moeten niet beslissen, Hij daarboven moet het maar doen."

Wilsbeschikking

Volwassenen die zich realiseren dat zij in coma kunnen raken en dement kunnen worden, kunnen voordat dit het geval is overwegen een wilsbeschikking op te stellen en in te leveren bij de huisarts. Deze beschikking kan regelmatig worden herzien en met een handtekening worden bekrachtigd, zodat dit later kan helpen om tot besluitvorming te komen. Behalve van pasgeborenen en kinderen zijn er van mensen die tot de drie andere groepen behoren mogelijk verbale uitingen bekend over wat zij zouden willen.

Zelf heb ik in de praktijk nogal eens ervaren hoe moeilijk die uitspraken op duurzaamheid zijn te beoordelen zolang men niets mankeert. Vaak komt men er niet meer op terug of verandert men van mening zonder dit kenbaar te maken. Het is dan ook heel moeilijk om uit door de patiënt gedane uitspraken aan familie op te maken wat deze zou hebben gewild. Geeft de familie, onder de indruk van het gebeu-

king kunnen of moeten voortvloeien waarin staat wat men wil en wat men niet wil als men ernstig of ontluisterend ziek wordt, al dan niet wilsonbekwaam.

Hiermee kom ik dan op de groep van de ernstig dementen. Ik formuleer de volgende wilsbeschikking: "Als ik mijn dagen

Soms denk ik dat wij ons verliezen in somatische spitsvondigheden om verantwoordelijkheden uit de weg te gaan of om onze ziel niet te belasten

doorbreng, al dan niet kwijlend en met een slab voor, voor mij uit starend zonder dat duidelijk is of ik wat zie, aangezien er geen reactie is op wat men mij voorhoudt, ik mijn mond pas verder open doe als er met een lepel voedsel tegenaan wordt gedrukt, wat ik niet herken maar automatisch doorslik, dan wil ik niet meer verder! Wat is dan verder? Daar komt dan nog bij dat ik mijn ontlasting laat lopen, mezelf nat plas en ik degenen die mij verschoenen en verluieren niet meer herken, althans er geen blijk van geef dat te doen. "Wat heb ik dan aan het leven en wat heeft het leven aan mij?" (vrij naar Selma Lagerlöf). Ik wil dat ontluisterende proces niet, noch voor mezelf, noch voor de familie, noch voor de verpleging. Als de diagnose- en prognosestelling goed zijn, wil ik dat een arts dit proces stopt of een collega te hulp roept." Dit kan iedereen opschrijven aan de hand van een voorbeeld wat hij of zij kent. Mijn vraag is: "Waarom kan ik mij dat nu, zoals ik hier sta, niet voorstellen? Ik zie toch hoe ik er dan uitzie, dat bed bezet houd, hoe de verpleging deze in mijn ogen zinloze arbeid aan mij verricht? Hoe relevant is dan de opmerking dat ik, in die toestand verkerend, mij niet realiseer dat ik daarin ben? Ik ben niet eens voorbeeldig voor de buitenwereld in termen van: "Zo zie je maar weer, als je zo leeft is de kans groot dat je dement wordt." Ik wil die toestand hier en nu niet en ook dan niet.

Is er geen wilsbeschikking, dan is uiterste terughoudendheid geboden, maar dan nog blijven er praktische problemen bestaan. Bijvoorbeeld: Een vrouw van 91 jaar heeft een gevorderde dementie; zij weigert plotseling voedsel en vocht. In overleg met de familie worden er geen maatregelen genomen, zoals overplaatsing naar een andere inrichting voor een infuus. Mevrouw ligt en blijft liggen, reageert niet meer, alleen op het wegtrekken van de hand van degene die naast haar zit en

Is het niet beter om 'duurzaam, uitzichtloos en draaglijk' soms niet als één pakket te beschouwen en als vierde element 'ontluisterend' toe te voegen?

Zo ligt de 12-jarige Richard al van zijn derde - dus al negen jaar - in coma en moet beademd worden. Zijn handen en voeten zijn ernstig misvormd en hij is in een permanente 'vegetative state'. Kleding en kamerinrichting van Richard veranderen met zijn leeftijd. Behalve in die kamer, ligt Richard als het ware ook in een groot emotioneel huis dat rondom hem is opgetrokken. Het zijn de ouders, andere fami-

ren of onder druk van andere omstandigheden, daaraan een eigen interpretatie? Het zou toch in bepaalde gevallen zinvol zijn dat al dan niet levensbedreigend chronisch zieke mensen zich zouden realiseren dat ons aller prior kans op doodgaan 100% is en dat deze laatste fase in ons bestaan op een draaglijke, ondraaglijke en/of ontluisterende wijze kan worden bereikt. Uit dat besef zou een wilsbeschik-

die weg wil gaan. Af en toe stukt haar adem en iedereen hoopt dat dit zo blijft, maar dat is niet zo. Omdat zij soms kreunt, gaat men ervan uit dat dit door pijn of ander ongemak komt, want op de vraag of er iets van dien aard is, reageert zij niet. Zij krijgt dan pijnstilling per suppositorium. Vanaf dat moment geeft slechts haar reutelende ademhaling aan dat zij nog leeft. Haar gewicht wordt geschat op 35 à 40 kg. Mevrouw doet er een volle week over om de laatste adem uit te blazen. Zij heeft dan $7 \times 4 = 28$ zetpillen morfine gehad. Mijn vraag: In hoeverre behoort het tot de verantwoordelijkheid van de arts om iemands klinische situatie te evalueren, zich op de hoogte te stellen van de emotionele situatie en de draagkracht van de naasten en vervolgens in overweging te geven de dosis van de laatste drie of vier dagen ineens te geven?

Ik werd geconfronteerd met dit verhaal en met de eindherinnering waarmee de naasten verder door het leven gaan. Dokter zegt: "Ik ben tegen actief beëindigen, maar ik moet (helaas?) in verband met mogelijke pijn morfine toedienen, waardoor ik de dood dichterbij haal!" Misschien denkt dokter wel: "Gelukkig maar in dit geval." Als mevrouw niet af en toe had gekreund, had dokter het ook niet kunnen geven: "Je weet niet of deze mensen pijn hebben, dus voor de zekerheid dan maar". De grens tussen pijnstilling en actief beëindigen is vaag en de weg is geplaveid met de mogelijkheid tot zelfbedrog.

Soms denk ik dat wij ons verliezen in somatische spitsvondigheden om verantwoordelijkheden uit de weg te gaan of om onze ziel, zo die er is, niet te belasten. Zo kwam eens de dochter van een geweldig

*Pijn bestrijden kan
neerkomen op een
geprolongeerd proces
van levensbeëindigend
handelen*

lieve moeder van 79 jaar die al een week in diep soporeus-comateuze toestand terneer lag, mij snikkend op de trap tegemoet zei: "Als u wat wilt geven, dan mag dat van ons." Dat waren liefhebbende mensen, die ik al jaren kende. Ze waren niet op de erfenis uit, want er was niets te erven. Toen dacht ik al: in plaats van actief levensbeëindigend te handelen, laten wij iemand welbewust over één, twee weken succumben.

Mevrouw Kastelein zegt in deel I (blz. 43-44) van de discussienota CAL: "Verant-

woording kunnen en willen afleggen naar de samenleving is immers van essentieel belang waar het om leven en dood gaat." Ik zou daaraan willen toevoegen: Ook verantwoording kunnen en willen afleggen naar jezelf en de vraag blijven stellen: "Verleng ik het lijden of de ontluistering juist in plaats van dat ik dat verlicht?" Is het niet beter om 'duurzaam, uitzichtloos en ondraaglijk' soms niet als één pakket te beschouwen en als vierde element 'ontluisterend' toe te voegen, waarvan ik hier enkele criteria heb omschreven?

Terugkomend op het kind in coma dat reeds negen jaar in een 'vegetative state' is. Aanvankelijk ademde hij na enige tijd weer zelf, maar door een ingreep onder narcose moest na afloop de ademhaling kunstmatig worden onderhouden. Dat was een nieuw beslismoment: 'abstine' of 'fac'. De meningen kunnen als volgt worden weergegeven:

1. "Medisch zinloos", zegt de één, "niet meer doen."
2. "Dit is de gelegenheid om een toch al duurzame uitzichtloze situatie te stoppen", zegt een tweede. "Niet meer doen".
3. Een derde zegt: "Ik weet niet of dit wel ondraaglijk lijden is. Ik weet ook niet of het medisch zinloos is. Je weet nooit hoe het loopt. Wél doen."

Een vraag ter discussie is: Wat is 'medisch zinloos'?

Therapeutisch perspectief

Nog een enkel woord over een knelpunt dat zich kan voordoen bij psychiatrische patiënten. Het rapport van de CAL laat aan duidelijkheid niets te wensen over en de verantwoordelijkheid van de arts is groot. Hierover wordt het volgende vermeld:

1. De vraag naar hulp bij zelfdoding dient allereerst te worden opgevat als teken van achterliggende problematiek.
2. Een vraag die steeds moet worden gesteld is: in hoeverre is de patiënt wilsbekwaam en is deze wil niet ondermijnd door de aandoening: paniek, angst, depressie, verslaving...?
3. De arts als kenner van farmaca, dosering en wijze van toediening, is verantwoordelijk indien hij het aanbod tot begeleiding doet, als facilitator.
4. Het suïciderisico is onder meer gerelateerd aan de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie.

Bij het geconfronteerd worden met een dergelijke hulpvraag van psychiatrische patiënten is er een knelpunt indien men, zoals bij euthanasie, uitgaat van de voorwaarde van het ontbreken van enig behandelingsperspectief. Men kan dan in conflict komen met een patiënt bij wie dat perspectief nog aanwezig is of lijkt te zijn, maar die op grond van zijn of haar autonomie een behandeling mag weigeren. Bij een

vaste wil om dood te willen, past immers geen accepteren van een behandeling. Het pertinent weigeren daarvan kan een aanwijzing zijn voor de vaste wil.

*Het suïciderisico is
onder meer gerelateerd
aan de kwaliteit van
de arts-patiëntrelatie*

Samenvattend, behoort het tot de verantwoordelijkheid van de arts zich op de volgende punten te bezinnen:

1. Verwachtingen wekken zonder uitvoerige informatie is moreel verwerpelijk.
2. Het verschuiven van 'in dubio abstine' naar 'in dubio fac' moet niet inhouden dat dit 'fac' op korte termijn niet meer ter discussie wordt gesteld (na voorafgaande info).
3. Abstineren kan het lijden verlengen en de vraag om levensbeëindigend handelen uit de weg gaan.
4. Pijn bestrijden kan neerkomen op een geprolongeerd proces van levensbeëindigend handelen.
5. Er is grote onduidelijkheid ten aanzien van het beleid bij ernstig defecte pasgeborenen.
6. Het is de vraag of bezinning op het maken van een wilsbeschikking, alsmede het periodiek herzien daarvan, niet moet worden bevorderd.
7. Is het geen besef meer hebben van een uiterst ontluisterende situatie reden om deze te laten voortbestaan (wilsbeschikking al dan niet aanwezig)?
8. De voorwaarde 'therapeutisch perspectief aanwezig' om geen hulp bij zelfdoding te verschaffen, is in strijd met de autonomie van de patiënt.
9. Wat is 'medisch zinloos'? •

prof. dr E. van der Does,
hoogleraar huisartsgeneeskunde Erasmus
Universiteit Rotterdam

De discussienota's van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen

Kanttekeningen vanuit het recht

J.K.M. Gevers

Ook in het recht is onomstreden dat de zorgplicht van een arts grenzen heeft. Een beknopt juridisch commentaar op de twee hoofdthema's die in alle drie de eerste rapporten van de KNMG-commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen, die op wilsonbekwame patiënten betrekking hebben, terugkeren: het niet aanvangen of staken van levensreddend of levensverlengend handelen, en de toelaatbaarheid van actieve levensbeëindiging.

MIJ IS GEVRAAGD op de rapporten van de KNMG-commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen een beknopt juridisch commentaar te geven. Ik beperk mij daarbij tot de eerste drie rapporten, die op wilsonbekwame patiënten betrekking hebben. Op de gebieden die deze rapporten bestrijken: de zorg voor zwaar-defecte pasgeborenen, langdurige comapatiënten en ernstig demente patiënten, rijst een aantal onderling samenhangende en indringende normatieve vragen. Het is goed, dat de medische professie bij de discussie daarover zo'n wezenlijke rol wil spelen. Waardering heb ik ook voor de gedachte de voorlopige resultaten van de medisch-ethische reflectie in de commissie op een 'expert'-conferentie ter discussie te stellen en de bijdragen daaraan langs deze weg te publiceren. Een en ander stimuleert tot grondige herlezing van de al eerder verschenen rapporten en tot het opmaken van een tussenbalans.

Begrippenkader

Vooraf een kanttekening bij het door de commissie gehanteerde begrippenkader; dat heeft in de besproken rapporten nogal wat verandering ondergaan. Was in het eerste rapport 'levensbeëindigend handelen' het overkoepelend begrip, in het derde rapport is dat 'levensbekortend handelen', verstaan als: handelingen van artsen (inclusief nalaten) die het overlijden van een wilsonbekwame patiënt naderbij kunnen brengen en waarbij dit eventuele effect is

te voorzien is en wordt aanvaard. De term 'levensbeëindigend handelen' wordt in het derde rapport alleen nog maar gebruikt voor een bepaalde vorm van levensbekortend handelen, namelijk het toedienen van farmaca in dodelijke dosering.

Bestudering van de rapporten heeft mijer niet van kunnen overtuigen dat voor de commissie het invoeren van nieuwe, complexe begrippen als 'levensbekortend handelen' nodig is om te zeggen wat zij wil zeggen. Het risico is, dat men dusdoende slechts toevoegt aan de conceptuele verwarring die op dit gebied zo op de loer ligt. Daar komt bij, dat het begrip 'levensbekortend handelen' (evenals trouwens het begrip 'levensbeëindigend handelen' in de ruime zin waarin het in het eerste rapport werd gehanteerd) een hybride karakter heeft: het omvat zowel het nalaten van een zinloze handeling als actieve levensbeëindiging. Artsen die, aan de grenzen van hun kunnen gekomen, de patiënt met recht laten sterven, zien aldus het stempel 'levensbekorting' op hun beslissingen gedrukt; velen zullen daarmee niet gelukkig zijn.

In het navolgende bespreek ik - met voorbijgaan aan de beschouwingen van de commissie betreffende allerlei deelonderwerpen - in het kort de twee hoofdthema's die in alle drie de rapporten terugkeren: het niet aanvangen of staken van levensreddend of levensverlengend handelen en de toelaatbaarheid van actieve levensbeëindiging.


Afzien van levensreddend of levensverlengend handelen

Ook in het recht is onomstreden dat de zorgplicht van een arts grenzen heeft. Die grenzen kunnen zijn gelegen in de wil van de patiënt (kenbaar gemaakt door de patiënt zelf of eventueel vertolkt door een vertegenwoordiger) dan wel in het feit dat beginnen of doorgaan met medisch ingrijpen bij de desbetreffende patiënt naar medisch inzicht zinloos moet worden geoordeeld. In de discussie speelt een belangrijke rol, hoe en waar die laatste grens moet worden getrokken. In het recht heeft het criterium 'medisch zinloos' (anders dan de commissie meent) niet slechts de betekenis van 'kansloos' (dat wil zeg-

gen: het beoogde effect kan niet worden bereikt). Het wordt, zo blijkt ook uit de rechtspraak, breder opgevat en laat bijvoorbeeld ook ruimte voor een oordeel over de redelijkheid van het beoogde doel en de proportionaliteit van de gebruikte middelen. Dat betekent, dat naast waardenvrije ook waardengebonden oordelen mogelijk zijn, mits deze te rechtvaardigen zijn in termen van een medisch beoordelingskader.

Dat het begrip 'medisch zinloos' ruim wordt toegepast blijkt vooral uit de uitspraak van het Hof Arnhem (31 oktober 1989) in de zaak-Stinissen: de rechter stelde zich zeer terughoudend op, "omdat het oordeel over de zin van een medische behandeling in beginsel een medisch oordeel is", en liet de betrokken arts voorts ruimte bij het ontbreken van een heersende opvatting in medische kring de weg te volgen die hij zelf de juiste vond. Deze uitspraak zou niet opmerkelijk zijn als zij ging over een medisch-technisch discussiepunt; inzet was echter de zeker 'waardengebonden' vraag of kunstmatige toediening van voedsel en vocht bij een permanent comateuze patiënt mocht/moest worden gestaakt.

Tegen die achtergrond is er alle reden voor een nadere invulling van dit criterium, toegespitst op de specifieke omstandigheden van bepaalde categorieën ernstig zieke patiënten. Het is juist op dit punt, dat de KNMG-rapporten een belangrijke functie kunnen vervullen. Laat ik vooropstellen, dat de rapporten hier in het algemeen zinvolle, genuanceerde beschouwingen bieden. Er zijn echter ook vraagtekens te plaatsen.

Een eerste opmerking betreft de invulling die de commissie geeft aan de doelstellingen van het medisch handelen. Die invulling is belangrijk, omdat zij in laatste instantie ook bepalend is voor de vraag, welk medisch ingrijpen als zinvol respectievelijk als zinloos moet worden beschouwd. Volgens het eerste rapport (over ernstig gehandicapte pasgeborenen) is de geneeskunde gericht op behoud van het leven en op het opheffen of verlichten van lijden. Terecht wordt daarbij opgemerkt, dat er omstandigheden zijn waar het eerste mag wijken voor het tweede. Ver- 

volgens treedt de commissie buiten deze doelstellingen door introductie van het begrip 'onleefbaar leven' en het daaraan gekoppelde referentiekader voor medische beslissingen over afzien van levensreddend medisch ingrijpen. Dat zeer open referentiekader bevat immers naast het te verwachten lijden ook allerlei andere factoren (zoals mogelijkheden tot communicatie, ontplooiing) die bij zulke beslissingen in aanmerking te nemen zouden zijn. In het tweede rapport worden de doelstellingen van de geneeskunde zonder nadere toelichting breder opgevat: behalve behoud van leven, beoogt de medicus de kwaliteit van leven te verbeteren of te behouden, aldus de commissie. De vraag rijst of medische beslissingen nog wel te objectiveren zijn in het kader van een zodanig ruime, onbepaalde doelstelling.

Naar mijn mening dient het thema van de doelstellingen van het geneeskundig handelen in een toekomstig eindrapport systematisch aan de orde te komen. Verdere bezinning op wat men, gelet op de algemene doelstellingen van de geneeskunde, bij de betrokken categorieën patiënten als oogmerk van medisch handelen ziet, lijkt gewenst. Een aspect dat daarbij aandacht verdient, is de vraag of kwaliteit van leven althans als grenswaarde een rol kan spelen, dat wil zeggen in de zin van een minimumniveau beneden hetwelk (voortzetting van) medisch handelen geen redelijk doel meer dient (men denke hierbij niet

ogen heeft: bedoelt zij slechts aan te geven dat de afweging tussen handelen of nalaten tijdig moet plaatsvinden? Daartegen kan men uiteraard geen bezwaar hebben. Anders is dit, als daarmee impliciet afscheid wordt genomen van wat in de rapporten als een van de doelstellingen van de geneeskunde wordt genoemd, namelijk behoud van leven. Die doelstelling is (zie ook hierboven) niet absoluut, maar wordt ook door de commissie vooropgesteld. Men zou denken, dat op basis van zo'n uitgangspunt stoppen met behandeling rechtvaardiging behoeft, en niet beginnen of doorgaan. Dat zou, dunkt mij, uiteindelijk ook meer in overeenstemming zijn met het geldend recht, dat toch een prima facie-verplichting inhoudt voor de arts het leven te beschermen.

Men zou denken, dat een commissie die er zozeer de nadruk op legt dat medisch ingrijpen legitimatie behoeft, het traditionele 'in dubio abstinere' als een kostbare verworvenheid zou koesteren. Op een belangrijk punt wil zij dit echter juist vervangen zien door een 'in dubio fac', en wel in de zin dat men bij zwaargehandicapte pasgeborenen maar liever wel moet beginnen te behandelen tot het moment waarop de prognose met meer zekerheid kan worden gesteld, ook al is het nut twijfelachtig en/of draagt de behandeling een groot risico in zich meer schade dan baat teweeg te brengen. De rechtvaardiging die de commissie daarvoor aanvoert is, dat aldus voor de groep als geheel betere

sie kunnen pogen de wensen van de patiënt onder meer aan de hand van zijn culturele en levensbeschouwelijke achtergrond te reconstrueren. Familieleden kunnen helpen de wil van de voorheen bekende patiënt op te sporen, aldus het tweede en derde rapport "een belangrijk motief om hen bij beslissingen over afzien van behandeling te betrekken".

Uit de juridische kanttekeningen bij beide rapporten (als bijlage respectievelijk als hoofdstuk daaraan toegevoegd) spreekt op dit punt terecht een zekere terughoudendheid; informatie over de patiënt uit een andere bron dan een eigen schriftelijke verklaring heeft niet dezelfde juridische status. Er moeten nog veel vragen worden beantwoord, voordat aan de praktijk het advies wordt gegeven de wil van de onbekwame patiënt in voorkomende gevallen te 'reconstrueren'. Men zou allereerst meer moeten weten over de praktische mogelijkheden die wil op een zo betrouwbaar mogelijke manier te kennen; hoe valide zijn bijvoorbeeld veronderstellingen van de familie op dit punt? Daarnaast zijn er ook juridische vragen: Kunnen (min of meer plausibele) veronderstellingen überhaupt wel een rol spelen? Anders gezegd: moet de wil van de patiënt niet op enigerlei wijze aantoonbaar zijn? Ik zou menen van wel. Een andere vraag is, welke rol deze informatie moet spelen: is zij leidraad voor degenen die de patiënt vertegenwoordigen of heeft zij ook daarbuiten betekenis?

Wat die vertegenwoordiging betreft: komende wetgeving verschaft naast familieleden van meerderjarige onbekwamen een titel om als plaatsvervangende beslissers op te treden bij het ontbreken van andere door de wet genoemde vertegenwoordigers (zie het wetsvoorstel Geneeskundige Behandelingsovereenkomst). Hun beslissingsbevoegdheid is enerzijds zeer ruim (en omvat in beginsel ook beslissingen over het staken van levensverlengend handelen), maar wordt anderzijds begrensd door de plicht van de arts de zorg van een goed hulpverlener te betrachten. Dit biedt ruimte om, zoals de commissie in het tweede rapport bepleit, bij twijfel aan de mening van de familie veel gewicht toe te kennen. Het is te hopen, dat de praktijk hier met prudentie te werk blijft gaan en de beslissingslast in dergelijke gevallen niet gemakshalve bij de familie zal leggen.

Actieve levensbeëindiging

Levensbeëindiging zonder verzoek is in het recht niet toegelaten. Alleen in exceptionele gevallen kan zulk handelen met een beroep op art. 40 uit het Wetboek van Strafrecht (overmacht) worden gerechtvaardigd. De commissie sluit actieve

In een toekomstig eindrapport dient het thema van de doelstellingen van het geneeskundig handelen systematisch aan de orde te komen

alleen aan het eerste rapport, maar ook aan de passages in het tweede rapport over de betekenis van het feit dat de permanent comateuze patiënt nog slechts een biologisch leven leidt). Een ander aspect betreft de vraag of lijden de enige relevante factor kan zijn bij het afzien van levensbehoudend handelen bij onbekwamen of dat (en, zo ja, onder welke voorwaarden) ook noties als het waardig kunnen sterven en het voorkomen van een ontluisterend levenseinde in dit verband betekenis kunnen hebben.

Hierbij aansluitend plaats ik een tweede kanttekening en wel bij de herhaaldelijk door de commissie uitgesproken gedachte, dat niet het nalaten van levensondersteunend handelen rechtvaardiging behoeft, maar juist het overgaan tot zulk handelen. Het is niet duidelijk wat de commissie met deze gedachte nu precies voor

resultaten kunnen worden bereikt. De vraag is of dit argument hout snijdt: moet de afweging tussen wel en niet behandelen niet op individueel niveau plaatsvinden?

Veel van de problemen die zich kunnen voordoen bij het zoeken naar een antwoord op de vraag of een bepaalde ingreep bij de betrokken patiënt als medisch zinvol kan worden beschouwd, kunnen worden vermeden als men de bekende wil van de onbekwame patiënt als richtsnoer heeft. Bij defecte pasgeborenen is dat alternatief niet aanwezig; bij comateuze en demente patiënten kan dat wel het geval zijn. Als er geen schriftelijke wilsverklaring van de patiënt beschikbaar is (ik laat de lezenswaardige beschouwingen van de commissie hierover, met name waar het demente patiënten betreft, buiten beschouwing) zou men volgens de commis-

levensbeëindiging echter in geen van de besproken rapporten uit; daarbij speelt voor haar in het bijzonder een rol, dat de desbetreffende groepen patiënten doorgaans mede door intensieve medische bemoeienis in de toestand verkeren waarin zij zich bevinden. Zo wordt in het eerste rapport gesteld, dat de arts die zonder succes een behandeling inzet ook bereid moet zijn eventueel tot levensbeëindiging over te gaan als door die behandeling een situatie is ontstaan van verlenging of verergering van lijden. Aan artsen die daartoe niet bereid zijn wordt de behandeling van pasgeborenen met dubieuze prognose zelfs ontraden. Ook

Moet de wil van de patiënt niet op enigerlei wijze aantoonbaar zijn?

volgens het tweede rapport kan actieve levensbeëindiging behoren tot goed medisch handelen: als ten gevolge van de beslissing tot staken van de behandeling het overlijden reeds te verwachten is, kan het toedienen van farmaca in dodelijke doseringen geïndiceerd zijn uit het oogpunt van stervensbegeleiding.

In het derde rapport wordt de vraag opgeworpen of niet ook de veronderstelde wil van de demente patiënt grond kan zijn voor actieve levensbeëindiging. Hoe moet over deze standpunten worden geoordeeld in het licht van het hierboven aangegeven juridische uitgangspunt?

Allereerst het onderscheid tussen 'laten sterven' en 'doen sterven'. Eerder wees ik al op het feit, dat beide begrippen in het derde rapport onder het overkoepelende begrip 'levensbekorting' worden gebracht. Ook elders relateert de commissie het verschil tussen beide; in de context van het medisch handelen zou het onderscheid tussen doen en laten vaak niet zo scherp liggen. Juridisch is het verschil allerminst betrekkelijk: alleen als levensverlengend handelen wordt nagelaten in strijd met een zorgplicht, is er strafrechtelijk geen essentieel verschil meer met actief ingrijpen. Maar dat is uiteraard niet de situatie die de commissie voor ogen heeft. Moet men ook uit medisch-ethisch oogpunt niet strikter aan het onderscheid vasthouden? Het recht vormt op dit punt de afspiegeling van de basale morele intuïtie, dat doden iets anders is dan een hopeloos zieke patiënt laten sterven. Verder steunt ook de eerder besproken opvatting van de commissie, dat medisch handelen legitimatie behoeft, op het onderscheid tussen doen en laten.

In de tweede plaats de vraag, of het feit dat de deplorabele toestand van de patiënt het resultaat is van eerder medisch ingrijpen actieve levensbeëindiging (mede) kan legitimeren. Het op deze wijze legitimeren van levensbeëindigend handelen vormt bepaald geen rem op het inzetten van medische technologie. Voor de figuur van de 'proefbehandeling', inclusief de mogelijkheid het leven van de patiënt bij negatief resultaat zo nodig actief te beëindigen, is naar mijn mening in het recht geen plaats.

Een derde punt betreft het gegeven, dat zeer onduidelijk is of er respectievelijk in hoeverre bij comapatiënten respectievelijk ernstig demente patiënten sprake is van ernstig lijden, maar dat hun toestand wel een verregaande ontluistering tot gevolg heeft. Zou ook die ontluistering in uitzonderlijke gevallen een beroep op overmacht ter zake van actieve levensbeëindiging kunnen rechtvaardigen, of kan alleen de ernst en duurzaamheid van het lijden zo'n rechtvaardigende factor vormen? In zijn eerste euthanasie-uitspraak (1984) heeft de Hoge Raad een steeds verdergaande ontluistering van de persoon en het op waardige wijze kunnen sterven als omstandigheden erkend die kunnen maken dat de arts die het leven van de patiënt beëindigt zich terecht op een noodtoestand beroept. Het gaat bij euthanasie echter om patiënten die nadrukkelijk zelf hun toestand om genoemde redenen als uitzichtloos ervaren. Men kan dit, dunkt mij, niet bij incompetente patiënten toepassen, althans niet als het om actieve levensbeëindiging gaat. Het is niet geheel duidelijk welke positie de commissie hier inneemt. Met name in het derde rapport wordt ernstig en duurzaam lijden *conditio sine qua non* voor levensbeëindigend handelen genoemd. Maar betekent dat dan ook niet, dat er bij bedoelde

categorieën patiënten voor actieve levensbeëindiging in wezen geen ruimte is (afgezien van andere verschijnselen bij demente patiënten die op ernstig lijden wijzen, zoals hevige benauwdheid)?

Mijn laatste kanttekening betreft de mogelijke betekenis van de veronderstelde wil van de patiënt in relatie tot actieve levensbeëindiging. De commissie sluit niet uit, dat bij ernstig demente patiënten actieve levensbeëindiging zou plaatsvinden op grond van een veronderstelde wil, mits deze aan de hoogste eisen voldoet en er sprake is van vermoedelijk ernstig lijden. Ondanks alle voorbehoud overschrijft zij hiermee de grenzen die tot nu toe op goede gronden in het recht aangevaard zijn. Op goede gronden, want als men accepteert dat actief kan worden ingegrepen op basis van een veronderstelde wil bij vermoedelijk ernstig lijden, waarom zou dat dan ook niet mogen bij een situatie van verregaande ontluistering, althans zolang mag worden aangenomen dat de patiënt zijn situatie als zodanig zou hebben ervaren? Maar het grootste bezwaar is, dat aldus een continuüm ontstaat van euthanasie, dat wil zeggen levensbeëindiging op basis van een expliciet verzoek, waarbij het er primair om gaat dat de patiënt zelf zijn situatie als uitzichtloos ervaart, naar levensbeëindiging zonder verzoek, waarbij alles afhangt van de vraag of de situatie van de patiënt naar objectieve maatstaven zulk ernstig lijden meebrengt dat actief ingrijpen te rechtvaardigen is. Het in het huidige recht gemaakte scherpe onderscheid tussen situaties met respectievelijk zonder verzoek zou hiermee in wezen te niet worden gedaan. •

prof. mr J.K.M. Gevers,
hoogleraar gezondheidsrecht,
Universiteit van Amsterdam

K N M G
Dienstverlening



Euthanasie is al jaren onderwerp van gesprek, maar er over praten is gemakkelijker dan er in de praktijk mee worden geconfronteerd. De KNMG heeft met uiterste zorgvuldigheid standpunten en richtlijnen geformuleerd. Het secretariaat kan u adviseren. Bel voor advies of inlichtingen 030-823330. Uw contactpersoon: dr. R.J.M. Dillmann, secretaris-arts of prof. mr. J. Legemaate, stafmedewerker. Of schrijf naar Secretariaat KNMG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht.

Grenzen van het medisch handelen in de neonatologie

R. de Leeuw

Over de morele toelaatbaarheid van opzettelijke levensbeëindiging bij pasgeborenen bestaat geen consensus onder neonatologen, wél over de meldingsplicht.

DE COMMISSIE Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen (CAL) van de KNMG publiceerde in 1990 de discussienota 'Levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten, deel I: Zwaar-defecte pasgeborenen'. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde publiceerde in 1992 het rapport 'Doen of laten? - grenzen van het medisch handelen in de neonatologie'. Beide rapporten gaan over hetzelfde onderwerp: de grenzen van het handelen, het toelaten van de dood als deze onontkoombaar is, het al dan niet aanvangen of voortzetten van een behandeling wanneer deze niet of niet meer zinvol is, alsmede over opzettelijk levensbeëindigend handelen. De rapporten hebben veel gemeen, zij laten hier en daar echter ook verschillen zien. Het is evenwel niet de bedoeling hier op deze verschillen in te gaan. Ik wil proberen inzicht te bieden in het probleem van het levensbeëindigend handelen in de neonatologie.

Casuïstiek

Stelt u zich voor: U bent neonatoloog, u werkt op een afdeling voor neonatale intensieve zorg en u krijgt een pasgeboren prematuur kindje van 27 weken te behandelen dat ernstige ademhalingsmoeilijkheden heeft. U zult dit kind in verband met de bestaande onrijpheid van de longen heel intensief moeten gaan behandelen met alle mogelijkheden die voorhanden zijn. Dit is vanzelfsprekend, want het is de medisch-professionele standaard op dit moment.

De behandeling nu is weinig succesvol. Deze moet steeds intensiever worden: maximale beademing, uitgebreide ondersteuning van de bloedsomloop en dergelijke. Er treden diverse complicaties op, terwijl er in de loop van de eerste week niet van een enige verbetering kan worden gesproken.

De behandeling wordt dan gecompliceerd door het optreden van een massale bloeding in het hersenweefsel, waarvan bekend is dat deze vrijwel zeker tot ernstige

restverschijnselen zal leiden in de zin van spasticiteit, mentale retardatie en mogelijk ook zintuigstoornissen. Nu is dus de kans op overleven zeer gering, de behandeling uiterst intensief, belastend en pijnlijk, en de prognose voor de leefbaarheid van het latere leven heel somber.

De ouders, die u uiteraard steeds volledig heeft geïnformeerd, vragen u of het nog wel zinvol is met de behandeling door te gaan. U weegt de belasting van de behandeling af tegen de kansen op herstel en op een leefbaar leven zonder lijden. Deze afweging valt negatief uit en u vindt in feite dat verder behandelen niet meer zinvol is.

U overlegt met uw collegae en met de verpleegkundigen die bij de patiënt betrokken zijn; dezen gaan allen in uw oordeel mee.

U bespreekt uw besluit daarna uitvoerig met de ouders en u bereikt met hen volledige overeenstemming.

U besluit dan de behandeling te staken, waarbij u de patiënt tevoren sedatieve medicatie geeft om het lijden verder niet te lang te laten duren. Het kind overlijdt enige uren later in de armen van de moeder. Is dit nu een natuurlijke of niet-natuurlijke dood?

Technische vooruitgang

Als gevolg van veel wetenschappelijk onderzoek, een enorme technologische ontwikkeling en het opbouwen van grote ervaring in de speciale neonatale intensive care centra, heeft de neonatologie in de afgelopen jaren uitgebreide therapeutische mogelijkheden gekregen. Een gevolg hiervan is, dat de overlevingskansen van pasgeborenen in het algemeen sterk zijn toegenomen. Dit geldt voor alle groepen pasgeborenen, met name ook voor de heel ernstig zieke en zeer veel te vroeg geboren kinderen, die eerder vrijwel geen kansen hadden. De sterfte is zo laag geworden, dat deze op zich geen goede maat meer vormt voor de bepaling van de kwaliteit en de effectiviteit van deze vorm van zorg. Algemeen vindt men nu dat ook de kwaliteit van het gewonnen leven bij deze toetsing een rol moet spelen. Dit betekent, dat er gegevens moeten worden verzameld over het verdere lot en de latere ontwikkeling van deze kinderen. Men ziet dan ook dat er, in tegenstelling tot vroeger, veel meer en veel beter naonderzoek van dergelijke intensief behandelde pasgeborenen wordt verricht. Het is logisch dat gegevens uit dergelijk onderzoek wor-

den teruggekoppeld naar de behandeling in de neonatale periode.

Een andere belangrijke ontwikkeling is, dat er ook uitgebreide mogelijkheden zijn gekomen om reeds in de neonatale periode onderzoek te doen naar de aanwezigheid van hersenletsel, een factor die zeer van belang is voor de latere ontwikkeling van deze kinderen. Ook de desbetreffende gegevens worden uiteraard gebruikt bij de behandeling.

Als gevolg van beide ontwikkelingen is het nu veel beter mogelijk geworden inzicht te krijgen in wat men precies doet en wat de gevolgen zullen zijn van het aanvangen of voortzetten van een dergelijke intensieve behandeling. Onder meer als gevolg hiervan is de vraag of men moet 'doen' dan wel moet 'laten' zo duidelijk aan de orde gekomen in de neonatologie.

Definitie

Levensbeëindigend/-bekortend handelen is handelen dat bij de geneeskunde behoort. In beide rapporten over de neonatologie wordt dit handelen gedefinieerd. Men onderscheidt in het CAL-rapport:

1. abstineren, ofwel het van meet af aan afzien van enigerlei levensverlengende of ondersteunende maatregel;
 2. het staken van aanvankelijk genomen levensverlengende of ondersteunende maatregelen;
 3. het toedienen van euthanatica.
- Abstineren van een behandeling en het staken van aanvankelijk genomen levensverlengende en -ondersteunende maatregelen zijn acties die in het algemeen *niet* het doel hebben het leven opzettelijk te beëindigen. Het zijn acties die worden genomen wanneer de behandeling niet (of niet meer) zinvol wordt geacht. Over de inhoud van dit begrip 'zinvol' is verwarring ontstaan, waarover later meer.

Deze acties zijn niet tot de neonatologie beperkt en het zijn acties die niet nieuw zijn, maar ook vroeger voorkwamen. Wellicht spreken zij ons in deze tijd van vrijwel ongekende mogelijkheden meer aan. Men laat iets na wat wel mogelijk is, omdat men de zinvolheid er niet (of niet meer) van inziet, omdat men er onvoldoende van verwacht.

Het is op zich een goede ontwikkeling dat men dit abstineren en staken van behandelen nu meer moet verantwoorden dan vroeger. Er zou echter aan de andere kant veel meer op moeten worden aangedrongen ook het wél behandelen en het doorgaan met behandelen steeds en voor-

al beter te verantwoorden. 'Doen' is wat dat betreft kennelijk nog altijd gemakkelijker dan 'laten'.

Wel bijzonder aan de neonatologie is, dat in dit vakgebied de patiënt niet *zelf* om een dergelijke levensbeëindigende maatregel kan vragen. Dat neemt echter niet weg dat dergelijk handelen soms toch noodzakelijk is. Het kan immers niet zo zijn dat vanwege de onmondigheid van de neonatale patiënt altijd maar alles zou moeten worden gedaan. Dat zou volkomen strijdig zijn met een goede geneeskundige benadering van deze patiënten, een benadering die immers stoelt op het behoud van leven, maar ook op het opheffen en verlichten van lichamelijk en/of geestelijk lijden. Het probleem van de wilsonbekwaamheid van onze patiënten kan worden opgelost door een aanhoudend, open en goed overleg met de ouders. De *ouders* (uit hoofde van hun betrokkenheid bij en hun verantwoordelijkheid voor het kind) en de behandelend *arts* (uit hoofde van zijn deskundigheid en zijn verantwoordelijkheid voor het medisch handelen) kunnen samen in het algemeen heel goed uitmaken wat er in een gegeven situatie ten aanzien van het kind moet worden gedaan of niet gedaan.

Intentie

Een belangrijk gegeven bij het levensbeëindigend handelen is de intentie waarmee dit plaatsvindt. In de neonatologie zal heel zelden de intentie een opzettelijke levensbeëindiging zijn. Ik verwijs hiertoe naar de gegevens van een retrospectief onderzoek op vier neonatale IC-centra naar het voorkomen van levensbeëindigend handelen. Van de 185 pasgeborenen die in 1990 op die afdelingen overleden, was er slecht in 1 geval sprake van opzettelijke levensbeëindiging. Vrijwel altijd gaat het om het niet aanvangen of het staken van een behandeling die niet of niet meer zinvol wordt geacht.

In dit verband is het van belang op te merken, dat er in bepaalde situaties een spanningsveld kan optreden tussen de beide doelstellingen van de geneeskunde: het behoud van het leven en het opheffen en verlichten van lichamelijk en/of geestelijk lijden. Soms is het niet mogelijk het leven van een patiënt te behouden. Wij kunnen niet alle kinderen in leven houden. Wanneer alles erop wijst dat er geen enkele kans meer bestaat, is verder behandelen niet zinvol, maar stelt alleen het overlijden uit.

Het komt ook voor dat het heel misschien wel mogelijk is het leven van het kind te behouden door verder te behandelen, maar dat daar niet voor wordt gekozen op grond van de zeer slechte prognose voor de leefbaarheid van het te behouden leven.

Vooraleer men tot een dergelijk gewichtige beslissing komt, is het een *eerste* vereiste dat er een deugdelijke diagnose wordt gesteld waarop men de prognose voor de patiënt kan baseren. Literatuurgegevens betreffende vergelijkbare casus kunnen bij deze prognosestelling aanvullende informatie geven.

Een *tweede* vereiste is een vertaling van deze gegevens naar de kans voor het kind op een zeer ernstige handicap of een uitzichtloos lijden op latere leeftijd. Hierbij wordt aandacht geschonken aan zaken als communicatie, relatievorming, zelfredzaamheid, ontwikkelingsmogelijkheden, afhankelijkheid van het medisch circuit, lijden, verwachte levensduur. Met behulp van dit referentiekader tracht men zich een zo duidelijk mogelijk beeld te vormen van het toekomstig *functioneren* van het kind in de maatschappij.

Een *derde* vereiste is een afweging van dit zo betrouwbaar mogelijk geschatte levensperspectief tegen de draagkracht van het kind *nú* (dat is de zwaarte van de behandeling) *en in de toekomst*. Het is ook hier dat, in tweede instantie, de draagkracht van de ouders aan de orde komt. Deze afweging kan niet anders dan een 'subjectieve' afweging van de behandelend arts zijn. 'Subjectief' staat hier voor persoonlijk, niet voor willekeurig of partijdig. Het mag zijn dat het voorspellen van toekomstig lijden in het heden moeilijk is,

In de praktijk blijkt er tussen artsen en juristen een meningsverschil te bestaan omtrent het begrip 'zinloos medisch handelen'

toch kunnen wij er niet omheen ons steeds weer af te vragen of hetgeen wij doen of gaan doen wel zinvol is, met het oog op het heden en de toekomst.

De arts moet de afweging maken of de aangewende en eventueel nog aan te wenden middelen het doel van de behandeling nog wel wettigen, of ze nog wel aanvaardbaar zijn. Voor de neonatale patiënt geldt in dit geval als doel: het uitzicht op een enigszins normaal, gezond en leefbaar leven. Ik denk overigens, dat dit niet alleen in de neonatologie speelt, al is het wel zo dat het in dit vakgebied gaat om patiënten die nog een heel leven voor zich hebben. Het is van groot belang, dat de behandelend arts zich bij deze afweging laat raden door ervaren en niet direct bij de behandeling betrokken collega's.

Wanneer deze afweging negatief uitvalt, komt aan de orde dat de behandeling in feite zinloos is geworden, niet meer het doel dient waartoe zij werd aangevangen. Men kan dat de patiënt (en zijn ouders) niet meer aandoen. Wordt na overleg met de ouders besloten de behandeling niet te beginnen of de reeds gestarte behandeling te staken, dan is er sprake van levensbeëindigend/-bekortend handelen, zoals er bij het aanvangen of voortzetten van een behandeling sprake is van levensverlengend handelen. Er is echter geen sprake van *opzettelijk* levensbeëindigend handelen, ook al leidt het handelen tot de dood van de patiënt. De intentie van het handelen is immers een geheel andere. Het is uit deze optiek, dat kinderartsen in dit geval van een *natuurlijke dood* spreken - een dood door een natuurlijke oorzaak - en ook de daartoe bestemde verklaring invullen.

Meningsverschil

Er blijkt in de praktijk tussen artsen en juristen een meningsverschil te bestaan omtrent het begrip 'zinloos medisch handelen'. Terwijl juristen deze term reserveren voor de situatie dat er in het geheel geen overlevingskansen meer zijn, hantieren artsen de term ruimer.

Wanneer het levensperspectief van een patiënt uitermate somber is op grond van duidelijke *medische* gegevens, zal een arts op een bepaald moment bij de behandeling van deze patiënt tot het oordeel kunnen komen dat verdergaan *zinloos* is geworden. De arts bepaalt dit oordeel op medisch-professionele gronden en kan hierop tuchtrechtelijk worden beoordeeld. De juridische wereld past hier terughoudendheid. Stel u voor wat de gevolgen zouden zijn wanneer artsen deze gedragslijn niet hanteerden: dat zij altijd maar zouden doorgaan met behandelen, ongeacht de uitkomst. Genoemd medisch handelen is, het werd reeds gezegd, niet een nieuwe ontwikkeling. Het is een gedragslijn die altijd bij het medisch handelen heeft behoord.

Er is sprake van *opzettelijk* levensbeëindigend handelen wanneer op verzoek van ouders, op voor hen moverende gronden, het leven van hun kind opzettelijk wordt beëindigd, bijvoorbeeld door gebruik te maken van euthanatica. Dergelijk handelen is in de neonatologie uiterst zeldzaam. Er zijn evenwel situaties denkbaar dat een behandelend arts onder bepaalde omstandigheden hierin kan meegaan en tot opzettelijke levensbeëindiging zal overgaan. Over de morele toelaatbaarheid hiervan bestaat onder neonatologen geen consensus, wel over de meldingsplicht. •

R. de Leeuw,
kinderarts

De morele aanvaardbaarheid van het beëindigen van kunstmatige toediening van voeding en vocht aan patiënten in een aanhoudend vegeterende toestand

D. Pranger

De problematiek van de wilsonbekwame patiënten, benaderd vanuit het medisch-ethische model dat de American Medical Association (AMA) hanteert voor het omgaan met de leven in stand houdende technologie.

ZOWEL IN HET CAL 2-rapport als in mijn proefschrift wordt geprobeerd een antwoord te geven op de vraag of en, zo ja, onder welke voorwaarden het is toegestaan de kunstmatige toediening van voeding en vocht aan een aanhoudend vegeterende patiënt te beëindigen. In dit artikel zal ik mijn proefschrift op hoofdlijnen vergelijken met het CAL 2-rapport.

De CAL-rapporten behandelen de problematiek van de wilsonbekwame patiënt, met als uitgangspunt het zelfbeschikingsrecht van de wilsonbekwame patiënt. Dat is een juridische benadering, die zowel in de Verenigde Staten als in Nederland grote aandacht heeft gekregen.

In mijn proefschrift heb ik geprobeerd de problematiek te benaderen vanuit de moraal, en dan met name vanuit het medisch-ethische model dat de American Medical Association (AMA) hanteert voor het omgaan met leven in stand houdende technologie. Dat luidt als volgt: "Een arts zal nimmer de dood van zijn patiënt nastreven. Het is hem wel toegestaan om bij terminale patinten buitengewone [later onevenredige, weer later leven in stand houdende] behandelingen te beëindigen op verzoek van de patiënt en als deze wilsonbekwaam is op verzoek van zijn familie." De AMA heeft dit model ontleend aan enkele belangrijke verklaringen van het Vaticaan en deze inzichten zijn dan ook diep verworteld in de eeuwenlange traditie van de rooms-katholieke moraaltheologie. Dit denkmodel wordt frequent gebruikt in de discussie in de Verenigde Staten en de terminologie keert daar voortdurend terug in de rechtspraak.

Om de vraag te kunnen beantwoorden of het moreel geoorloofd is de kunstmatige voeding bij aanhoudend vegeterende patiënten te staken, dienen volgens het AMA-

denkmodel drie subvragen te worden beantwoord: Is de patiënt terminaal? Betreft het een buitengewone behandeling? Wat is de wil van de patiënt of - bij wilsonbekwaamheid - van zijn familie?

Is het een terminale patiënt?

Wat is het eigenlijk voor een ziektebeeld? Patiënten in een aanhoudend vegeterende toestand zijn per definitie geen comapatiënten meer. Bij een coma is de patiënt diep bewusteloos en houdt de ogen gesloten. Een aantal comapatiënten opent enkele dagen tot weken na het ontstaan van het coma de ogen en ontwikkelt een slaap-waakritme. Als de patiënt wakker is, dwalen de ogen doelloos rond maar kunnen ook kortstondig fixeren en volgen. Kenmerkend is, dat er bij nader onderzoek geen enkel menselijk invoelbaar contact met de patiënt mogelijk is en dat elke vorm van bewustzijn blijkt te ontbreken. Men spreekt dan ook over 'awake but unaware': wakker, maar zonder bewustwording.

Bij patiënten die onder dit ziektebeeld overleden zijn, wordt een massale atrofie en necrose van de grote hersenen gevonden, zodanig dat elke functie van de grote hersenen onomkeerbaar verloren is gegaan. Dat past bij de bevindingen bij aanhoudend vegeterende patiënten van een extreme atrofie op de hersenscan. Hun EEG vertoont een comabeeld, waarin elke reactie op lichtprikkels, geluidsprikkels en pijnprikkels ontbreekt. Dit ziektebeeld is fysiologisch geheel verklaarbaar door de totale uitval van de functies van de grote hersenen en de ontremming van de hersenstam. Door dit laatste ontstaan dan de oogverschijnselen: het openen van de ogen, het slaap-waakritme en het reflexmatig aanstaren.

Wanneer mag men nu aannemen dat zo'n vegeterende toestand onomkeerbaar is geworden en gesproken mag worden van een aanhoudend vegeterende toestand? Twee databanken hebben de afgelopen twintig jaar de gegevens van enkele duizenden patiënten verzameld. Daarnaast bestaan er publikaties over afzonderlijke patiënten. Heel kort samengevat komt het erop neer, dat een patiënt met een hersenschedelletsel, ouder dan 40 jaar en een

maand in coma, geen enkele kans meer heeft op herstel op een enigszins aanvaardbaar niveau. Voor patiënten jonger dan 40 jaar liggen de kansen gunstiger, maar ook voor de hele jonge patiënten mag 15 weken na het ontstaan van het coma geen hoop meer worden gegeven. Voor de groep patinten die in coma geraakten ten gevolge van een cerebrovasculair accident of een zuurstofgebrek, zoals verdrinking, een hartstilstand of narcoseongelukken, geldt dat na veertien dagen met de grootst mogelijke zekerheid mag worden aangenomen dat er geen aanvaardbaar herstel meer mogelijk is.

Is nu zo'n aanhoudend vegeterende patiënt een terminale patiënt?

Met behulp van kunstmatige voeding kan zo'n patiënt immers vele jaren, soms wel twintig jaar lang doorleven, en dan kan men zo iemand toch moeilijk als stervend beschouwen. In mijn proefschrift kom ik tot de conclusie, dat een aanhoudend vegeterende patiënt een stervende patiënt is. In dit verband wil ik erop wijzen, dat tijdens een normaal stervensproces er een fase optreedt waarbij de patiënt het bewustzijn verliest, de functie van de grote hersenen blijvend verloren gaat, waarna de hersenstam van boven naar beneden geleidelijk aan sterft, met als laatste de uitval van het ademcentrum. Eén van de stellingen luidt dan ook, dat bij de aanhoudend vegeterende patiënt het stervensproces wordt geblokkeerd door leven in stand houdende technologie.

Is kunstmatige voeding een buitengewone behandeling?

Aanvankelijk is er een hele discussie geweest over de vraag of kunstmatige voeding eigenlijk wel een medische behandeling is. In de praktijk wordt deze namelijk door de verpleging uitgevoerd. Men kan dus stellen dat deze behandeling valt onder het gebruikelijke verpleegkundige werk en onder de basale zorg, die nimmer aan een patiënt mag worden onthouden. Geleidelijk aan is echter het inzicht gegroeid dat hier sprake is van een geavanceerde medische behandeling, technisch moeilijk, die alleen mag plaatsvinden op indicatie en onder de verantwoordelijkheid van de behandelende arts. Dit inzicht

is uiteindelijk zowel in Nederland als in de Verenigde Staten juridisch erkend.

Wanneer mag nu deze behandeling worden gestaakt? Over deze vraag is de laatste jaren een bittere juridische strijd geleverd, waarvan de uitkomst luidt dat dit is toegestaan als met zekerheid kan worden vastgesteld dat de aanhoudend vegeterende patiënt onomkeerbaar het bewustzijn heeft verloren.

Als argument wordt aangegeven, dat voor elke medische behandeling een afweging dient te worden gemaakt van de voor- en de nadelen die deze behandeling voor de betrokken patiënt heeft. Een aanhoudend vegeterende patiënt zal nimmer de voordelen van de behandeling kunnen ervaren, omdat zijn bewustzijn niet zal terugkeren. Daardoor blijven alleen de nadelen van de behandeling over en dient deze dus te worden gestaakt. Hierbij vergeet men dan te zeggen, dat de patiënt ook geen nadelen van de behandeling zal kunnen ervaren.

In mijn proefschrift verdedig ik de stelling, dat bij deze categorie patiënten het stervensproces door een leven in stand houdende behandeling wordt geblokkeerd. De oorspronkelijke indicatie: het afwenden van de dood en het herwinnen van het bewustzijn, blijkt op een zeker moment te zijn achterhaald en dan dienen de blokkades die het sterven verstoren te worden geslecht. Dat sluit aan bij de stelling in het CAL-rapport, dat kunstmatige voeding bij aanhoudend vegeterende patiënten het karakter heeft van een proefbehandeling, waaraan de legitimatie ontbreekt als de patiënt onomkeerbaar het bewustzijn heeft verloren.

Ik spreek in mijn proefschrift over het beëindigen van de kunstmatige toediening van voeding en vocht; in het CAL-rapport wordt echter gesproken over levensbeëindigend handelen. Het bezwaar tegen die laatste term is, dat het niet behandelen van

gevolg van zijn beslissing zal overlijden. Wellicht is het beter om hier te spreken van 'keuzen op leven en dood'.

Nu kun je je natuurlijk afvragen of zo'n behandeling wel mag worden gestaakt als de patiënt daardoor komt te overlijden ten gevolge van honger en dorst. Dat is toch een gruwelijke dood, die je een hond nog niet mag aandoen. Ook hierover is een hele discussie gevoerd.

Dat de vrees voor een gruwelijke dood echter ongegrond blijkt te zijn, wil ik aantonen op grond van de volgende argumenten: In de eerste plaatst wijst al onze kennis van de aard van het ziektebeeld erop dat de patiënt geen pijn, honger of dorst zal kunnen ervaren. Vervolgens blijkt overlijden door uitdroging bij psychogeriatrische patiënten een milde dood te zijn. Verder bestaat er iets als een geneeskunst in aanvulling op de geneeskunde. Dat betekent, dat een arts bij een patiënt die de indruk wekt pijn, dorst of benauwdheid te lijden, ook al is dat medisch-technisch onwaarschijnlijk, middelen zal toedienen om dat lijden te verlichten. En tot slot heeft de ervaring geleerd, dat aanhoudend vegeterende patiënten bij wie de kunstmatige voeding werd gestaakt op een alleszins aanvaardbare wijze kwamen te overlijden.

Op verzoek van de patiënt en/of zijn familie

In het denkkader van de AMA komt de vraag naar de wens van de patiënt op de derde plaats. De achtergrond daarvan is, dat het zelfbeschikkingsrecht van een mens is ingekaderd binnen het totaal van normen en waarden van de christelijk levensbeschouwing. Het gaat hier om een vrijheidsrecht van de patiënt ten opzichte van bedrijfsblinde artsen en bedilzieke familieleden. Dit facet: de wil van de patiënt, is uitgebreid uitgewerkt in de juridische praktijk.

rijke, zo niet doorslaggevende stem bij de te nemen beslissing. Dat is van groot belang, omdat de beslissing om de behandeling te stoppen of voort te zetten - naast medische argumenten - vooral stoelt op emotionele en levensbeschouwelijke inzichten. Het CAL 2-rapport lijkt de beslissende stem echter aan de behandelend arts te geven als zijnde een zuiver medische beslissing.

Er is dan ook een aantal verschillen van inzicht mogelijk tussen de behandelend arts en de betrokken familie.

In de literatuur is zeer onduidelijk geformuleerd wat nu precies een onaanvaardbaar herstel inhoudt

Als eerste verschil van inzicht, de situatie waarin de familie in tegenstelling tot de behandelende arts meent wel contact met de patiënt te hebben. Als de familie niet van het tegendeel is te overtuigen, zal de arts dat uiteindelijk moeten accepteren. Dit geldt stellig bij al jaren lang bestaande situaties waarin familieleden zich met deze gedachte hebben staande gehouden.

Een tweede mogelijk conflict vindt zijn oorzaak in het feit dat de hier verdedigde opvattingen stoelen binnen het rooms-katholieke denkkader. Hierin wordt een zeker onderscheid gemaakt tussen psychisch en biologisch leven, waarbij een mens meer is dan zijn lichaam. Nu bestaat er ook een heel andere manier van denken, namelijk die van 'de heiligheid van het leven'. Dat is de overtuiging, dat het onze plicht is het leven van een patiënt met alle mogelijke middelen in stand te houden, tenzij die patiënt ernstig lijdt. Binnen deze visie is kunstmatige voeding gewoon een noodzakelijke medische behandeling en staat het nalaten daarvan dan gelijk aan moord. In de Verenigde Staten wordt dit standpunt nadrukkelijk verdedigd door een aantal orthodox-joodse artsen, die zich er heftig tegen verzetten kunstmatige voeding te stoppen bij onomkeerbaar vegeterende patiënten die niet lijden. Binnen hun denkkader hebben zij volstrekt gelijk. Dan is er nog een derde probleem denkbaar, namelijk dat de familie er niet mee akkoord gaat dat de patiënt zal overlijden na het staken van de kunstmatige voeding en erop staat dat zijn leven farmacologisch wordt beëindigd. Zij zijn er niet van te overtuigen dat de patiënt waardig zal sterven na het beëindigen van die behandeling. Voor een arts die principieel actieve levensbeëindiging afwijst, zal dat bete-

De ervaring heeft geleerd, dat aanhoudend vegeterende patiënten bij wie de kunstmatige voeding werd gestaakt op een alleszins aanvaardbare wijze kwamen te overlijden

complicaties en intercurrente ziektebeelden op één lijn wordt gezet met het niet instellen respectievelijk beëindigen van leven in stand houdende behandelingen, en wat meer is - slechts gescheiden door een smalle spatie - met een farmacologische levensbeëindiging. Wel, de dokter beëindigt geen leven, hij beëindigt een zinloos geworden medische behandeling, ook al draagt hij ten volle de verantwoordelijkheid voor het feit dat de patiënt als

Meestal zijn er geen of slechts fragmentarische wilsuitingen van de patiënt bekend. In dat geval dienen de behandelend arts en de familieleden zich gezamenlijk een oordeel te vormen over wat deze patiënt zou hebben gewild. Zij dienen daarbij gebruik te maken van alles wat hun bekend is over de wil van de patiënt, zijn vroegere houding bij ziekten, zijn levensovertuiging en alle andere relevante gegevens. De familie krijgt zo een belang-

kenen dat hij de familie zal aanraden een beroep te doen op een andere arts, ook al zal hij dat zeer betreuren. Het lijkt voor de hand te liggen dat in de Nederlandse samenleving, waarin vrijwillige euthanasie zich een plaats heeft veroverd, farmacologische levensbeëindiging bij deze categorie patiënten met een beroep op het bestaan van een noodtoestand zal worden toegestaan. Juridisch liggen hier echter zeer grote bezwaren.

Onopgeloste problemen

Er blijft een drietal problemen onopgelost. Allereerst de vraag welk percentage van de aanhoudend vegeterende patiënten voldoet aan de strenge EEG-criteria, te weten de absolute afwezigheid van enige reactie op prikkels uit de omgeving. Het is van groot belang dit nader te onderzoeken. Ten tweede de problematiek van de groep patiënten die zeer ernstig gehandicapt alsnog het bewustzijn zal herwinnen. Het is technisch buitengewoon moeilijk deze groep patiënten van tevoren te traceren. Hiertoe zullen nieuwe diagnostische methoden moeten worden ontwikkeld. Verder is in de literatuur zeer onduidelijk geformuleerd wat nu precies een onaanvaardbaar herstel inhoudt. Anders geformuleerd, de bodem van het bestaan dient in kaart te worden gebracht.

Tot slot de vraag hoe te handelen als een patiënt die uit een aanhoudend vegeterende toestand ogenschijnlijk nog redelijk is ontwaakt, blijvend te kennen geeft dat hij zo niet verder kan leven. De behandelend arts zal zich dan machteloos voelen en geen oplossing kunnen bieden. Als zo'n patiënt na veel toestanden uiteindelijk dit leven op een dramatische wijze verlaat, onderstreept dat op een pijnlijke wijze het menselijk falen van de hedendaagse hoog-technologische geneeskunde. •

dr D. Pranger,
huisarts

Literatuur

- American Academy of Neurology. Position of the American Academy of Neurology on Certain Aspects of the Care and Management of the Persistent Vegetative State Patient, adopted by the Executive Board. Cincinnati, Ohio, 1988, april 21. Neurology 1989; 39: 125-6.
- [American Medical Association. Verklaringen 1973, 1977 en 1981 ontleend aan] Sherman SR. The AMA Opinion. Connecticut Medicine 1981; 722-3.
- American Medical Association. Council on Scientific Affairs and Council on Ethical and Judicial Affairs, Withholding or Withdrawing Life-Prolonging Medical Treatment, 1989. JAMA 1990; 263: 429-30.
- Coma Vereniging Nederland. Standpunt inzake levensbeëindiging en levensvoortzetting van mensen in een onomkeerbaar coma. 16 juni 1990.
- Levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten; deel II: Langdurig comateuze patiënten. Discussienota KNMG; 1991.
- Pranger D. Het beëindigen van kunstmatige voeding bij aanhoudend vegeterende patiënten. Proefschrift. Amsterdam: Thesis, 1992.

ZIEKTE IN DE LITERATUUR



Buigend riet

HET GEDICHT 'Op zaal' staat in Willem Jan Ottens bundel 'Na de nachtrein' en speelt op een ziekenzaal met zes bedden.

"Nadert er rinkelend glas, en platte hakken, op de gang, dan is dat iemand half dood die terugkeert in zijn ledikant van ergens waar men opensnijdt."

Voor al het onbepaalde 'ergens' uit de slotregel is onheilspellend. Op een onbekende en afgesloten plek is de patiënt geopend, ontleed en de wond weer gedicht. Na de ingreep is de man nog gedeeltelijk verdoofd. De weg terug naar het volle besef van leven gaat echter met pijn gepaard. Pijn die de medepatiënten al hebben gehad. Zij bekijken de nieuweling dan ook met belangstelling en meedogend.

"Straks komt hij bij. Begint de pijn die ons al leerde mee te geven als een halm. Het zal hem zijn of hij de eerste is die zo diep buigt."

Centraal in deze strofe staan de werkwoorden 'meegeven' en 'buigen'. Meegeven is net als buigen een gebaar van nederigheid. De mens is ondergeschikt aan krachten in de natuur, dus ook aan zoiets natuurlijks als pijn. Het beeld van

de mens als een buigende halm is bekend. Pascal verwoordde het al in een van zijn befaamde 'Pensées': "De mens is slechts een riet, het zwakste in de natuur, maar hij is een denkend riet" ('roseau pensant'). Kees Fens verbond deze gedachte met wat de bijbel over Johannes de Doper zegt: "Wat zijt ge komen zien, een riet door de wind bewogen?" De evangelist bedoelt hiermee de wispelturige mens, die met alle winden mee waait. De mensheid is als zodanig slechts een wuivend korenveld. Terug naar het gedicht van Willem Jan Otten. Voor de zojuist geopereerde patiënt zal morgen alles anders zijn. Als dan het klakken van hak na hak klinkt, "dan is hij een van ons. Want ieder was de enige die zo diep boog." Ieder mens denkt dat de eigen pijn uniek is. Geen leed lijkt erger dan eigen pijn. Daarmee is pijn een volstrekt individueel gegeven voor de patiënt. Gezamenlijk lijden zou niet bestaan. Maar pijn is een inwijding: wie eenmaal is ingewijd weet beter. •

Frans Meulenberg,
coördinator standaardenontwikkeling bij
het Nederlands Huisartsen Genootschap

NIET ROKEN

ONDERZOEK HEEFT AANGETOOND dat roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag. De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de

'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofdstuk 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:



Artsen wordt het zwaarwegend advies gegeven in het bijzijn van patiënten niet te roken. Van onder de verantwoordelijkheid van artsen werkend personeel en van patiënten kunnen artsen in beginsel hetzelfde vragen, opdat er geen overlast ontstaat door roken in behandel- en spreekkamers.

Medisch handelen in de laatste levensfase van demente patiënten

Kanttekeningen bij de derde CAL-deelnota

C.M.P.M. Hertogh

Een ieder voelt zich moreel sterk aangesproken door de ontlustering waarmee de ziekte 'ernstige dementie' gepaard gaat. Vooral in de verpleeghuiskunde staat men vaak voor grote dilemma's waar het gaat om het handelen ten aanzien van de desbetreffende categorie patiënten en bij het trekken van principiële medisch-professionele grenzen. Enige kritische kanttekeningen vanuit deze discipline bij de derde deelnota van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen.

DE DERDE DEELNOTA van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen (CAL) verdient waardering om de open wijze waarop de vragen naar de zin en oriëntatie van het medisch handelen bij demente patiënten erin worden behandeld.¹ De vraag naar de aanvaardbaarheid van levensbeëindiging wordt daarbij niet geïsoleerd besproken, maar krijgt een plaats in een analyse van het geheel van handelingsalternatieven dat zich in de zorgverlening aan deze groep patiënten voordoet. Als bijdrage aan de discussie over deze complexe materie volgen hieronder enkele kritische kanttekeningen bij de beschouwingen van de commissie.

Paradox

Een eerste vraag is: "Over wie spreekt de nota zich nu eigenlijk uit?" Die vraag blijkt bij nadere beschouwing moeilijker te beantwoorden dan op het eerste gezicht lijkt. De commissie stelt nadrukkelijk, dat haar overwegingen uitsluitend betrekking hebben op de categorie ernstig demente patiënten, voor de omschrijving waarvan zij verwijst naar de DSM IIIR-criteria voor de ernst van een dementiesyndroom. Die criteria zijn echter zeer globaal: van ernstige dementie zou sprake zijn, indien "de dagelijkse bezigheden zo zijn verstoord dat continu toezicht vereist is".² Uitgaande van deze omschrijving, vallen ten naaste bij alle in het verpleeghuis verblijvende demente patiënten, in niveau variërend van begeleiding- tot verplegingbeho-

vend, in de categorie waarop de nota betrekking heeft. Dat zijn er ruim 20.000. Vervolgens zij hier gewezen op de meerzinnigheid van het adjectief 'ernstig' in het begrip 'ernstige dementie'. Binnen DSM IIIR wordt met de termen 'lichte', 'matige' en 'ernstige' dementie slechts stadia in het beloop van een dementiesyndroom aangegeven. De omschrijving van een dementiesyndroom als 'ernstig' behoort dus louter te worden opgevat in objectief-descriptieve en niet in kwalitatief-waarderende zin. In de KNMG-nota betekent ernstige dementie 'gevorderde' dementie. Daarmee is niets geïmpliceerd over de ernst, dat wil zeggen over de mate van lijden. Om met de filosoof Gilbert Ryle te spreken: "Er is sprake van een 'category mistake', wanneer ernstige dementie wordt opgevat als of gelijkgesteld aan ernstig lijden."³ Van zulk ernstig lijden is regelmatig sprake in de beginfase van de dementie, wanneer de patiënt nog besef heeft van zijn op handen zijnde onttakeling. Het is haast een weliswaar schrale - troost van de natuur,

'Ernstige dementie' en 'ernstig lijden' zijn twee wezenlijk verschillende begrippen

dat de Alzheimer-patiënt door zijn globale achteruitgang van dat lijden verlost raakt. Echter: bij andere subtypen, zoals de vasculaire vormen van dementie, kan de patiënt zich soms dramatisch lang bewust blijven van zijn ziekte en moeten hulpverleners zich nogal eens schikken in de rol van machteloze toeschouwer. Hier is onmiskenbaar sprake van intense menselijke nood. In objectieve zin hoeft de patiënt echter (nog) niet ernstig dement te zijn. Zo creëert de wetenschappelijke taal een paradox: *pas na de fase van ernstig lijden in subjectieve zin breekt de fase van ernstige dementie aan.*

Gegeven deze vaagheid en meerzinnigheid van het begrip 'ernstige dementie', is het zeer wel mogelijk dat hulpverleners, familieleden en andere betrokkenen aan dit begrip een uiteenlopende, in meerdere of

mindere mate door hun persoonlijke opvattingen gekleurde, betekenis geven. Alvorens tot een definitieve standpuntbepaling te komen lijkt het dan ook aangewezen, dat de commissie zich nog eens beraadt op de omschrijving van de door haar bedoelde groep patiënten.

Terminologie

Cruciaal voor de standpuntbepaling binnen de commissie is ook de visie, dat het medisch handelen in de laatste levensfase van de demente patiënt kan worden beschreven in termen van 'levensverlengend' en 'levensbekortend' handelen. Dat is een nogal vlakke en ongenueanceerde tweedeling, die geenszins recht doet aan de intenties van het medisch handelen en die ook schromelijk overschat wat dit handelen in relatie tot de demente patiënt vermag.

Op pagina 4 van de deelnota leest men, dat het feit "dat mensen sterven niet iets is waarvoor menselijk handelen altijd verantwoordelijk is". De zinsnede 'niet altijd' wekt evenwel de suggestie dat kennelijk ook wordt bedoeld, dat het sterven in de meeste gevallen wel een menselijke - lees: medische - verantwoordelijkheid is. Pas verderop wordt de lezer gedeeltelijk gerustgesteld, wanneer er staat dat wij niet voor de sterfelijkheid als zodanig verantwoordelijk zijn.

Nu moeten deze woorden wellicht niet zo zwaar worden gewogen. Maar toch: de hele argumentatie rond het begrip 'levensbekortend handelen' is gebaseerd op een wel zeer ruime toeschrijving van het sterven aan de verantwoordelijkheid van de medicus.

Artsen zijn verantwoordelijk voor het sterven, wanneer zij nalatig zijn geweest of een medische fout hebben gemaakt of wanneer zij expliciet beogen die dood te bewerkstelligen, zoals het geval is bij euthanasie en andere vormen van actieve levensbeëindiging. Zij zijn dit niet, wanneer zij symptomatisch handelen in een terminale fase ter verlichting van het lijden of een medisch zinloze behandeling staken dan wel nalaten. Dat mensen in die gevallen sterven is niet een gevolg van medisch handelen, maar van de ziekte waaraan zij lijden en het is dan ook misplaatst en misleidend om in al die ge-

vallen te spreken van levensbekortend handelen door de medicus.

Soortgelijks kan worden opgemerkt ten aanzien van het begrip 'levensverlengend handelen'. Ten grondslag aan dit begrip ligt de opvatting van de commissie, dat medische zorg allereerst beoogt het sterven te voorkómen of uit te stellen, waarna een tweede belangrijk doel is het sterven te verlichten. Levensverlengend handelen maakt dan plaats voor levensbekortend handelen. Wat voor de commissie ook de reden moge zijn geweest om deze nieuwe terminologie (wat is er mis met de bestaande?) te introduceren, vanuit het perspectief van de verpleeghuisgeneeskunde schiet deze in elk geval te kort als typering van het medisch handelen in de laatste levensfase van de demente patiënt.

Medisch beleid

De uitdrukking 'medisch handelen in de laatste levensfase' is in dit verband passender dan 'medische beslissing rond het levenseinde',⁴ omdat zowel het begrip als de termijn van het levenseinde bij deze categorie patiënten helemaal niet zo helder is. Zo kan er al een symptomatisch beleid zijn overeengekomen, maanden en in uitzonderlijke gevallen zelfs jaren voordat de patiënt uiteindelijk overlijdt. Weliswaar zou de laatste fase van een dementiesyndroom kunnen worden aangeduid als een terminaal stadium, maar de betekenis van 'terminaal' is dan toch een andere dan de gebruikelijke.

Met andere woorden: beslissingen omtrent het staken of nalaten van bepaalde medische handelingen staan nogal eens los van het levenseinde in engere zin. In het licht van de prognose en van de functionele en psychosociale restmogelijk-

grond voor medisch handelen zal zijn. Beoogd wordt primair een optimalisering van het welbevinden van de demente patiënt, waarbij men het beloop van de dementie zoveel mogelijk tracht te respecteren teneinde de ziekteduur nietodeloos te verlengen. Anders gezegd: medisch handelen is hier steeds handelen in het licht van het te verwachten beloop van de dementie.

Dit betekent, dat de verpleeghuisarts bij zijn keuze van middelen om het welbevin-

gekomen en dat het moment voor een definitief standpunt nog niet is aangebroken.

Ten aanzien van een in een schriftelijke verklaring neergelegd niet-behandelverzoek is de nota stilliger (pagina's 39 en 45): een niet-behandelverklaring moet altijd worden gevolgd, ook indien dit ernstige nadelige gevolgen heeft voor de patiënt. Dit standpunt leidt echter vervolgens tot verdeeldheid in de commissie omtrent wat moet worden gedaan aan de gevolgen van

het niet-behandelen: symptomatisch handelen of toch - in uitzonderlijke omstandigheden - levensbeëindiging.

Dat de commissie terecht komt in dit dilemma, heeft zijn oorsprong vooral in een te eenzijdige oriënta-

Alvorens tot een definitieve standpuntbepaling te komen moet de commissie zich nog eens beraden op de omschrijving van de door haar bedoelde groep patiënten

tie op de letterlijke tekst van een niet-behandelverklaring. Zo'n verklaring heeft echter altijd interpretatie, omdat het eenvoudigweg onmogelijk is alle toekomstige situaties en handelingen waarop de opsteller aldus invloed wil uitoefenen in een dergelijke tekst vast te leggen. Behalve naar de letter van de tekst zal men dus ook moeten kijken naar de achterliggende bedoeling van de verklaring. De patiënt die - bijvoorbeeld - heeft verklaard alle behandelingen te weigeren in het geval van vaststaande dementie, kan daarmee toch nauwelijks hebben bedoeld zichzelf te plaatsen in een situatie van ontlustering en onaanvaardbaar lijden te plaatsen, integendeel. Dit is dan ook een situatie waarin de arts gerechtigd moet zijn van de letterlijke tekst af te wijken en te handelen overeenkomstig de bedoeling. Aldus kan hij het in de nota beschreven dilemma vermijden, dat ontstaat wanneer het gevolg geven aan een niet-behandelverklaring resulteert in een situatie die dwingt of dringt tot actieve levensbeëindiging.

Deze opvatting inzake de interpretatie van schriftelijke wilsverklaringen vindt steun in een recent door Van Veen, in opdracht van de KNMG, vervaardigde studie over de juridische status van schriftelijke wilsverklaringen. Hierin wordt gesteld: "Het volgen van de letterlijke tekst, zo al mogelijk, kan leiden tot onvoldoende bescherming van de betrokkene en kan juist ten koste gaan van diens voorafgaande autonomie".⁵

* Dit betekent overigens niet, dat de tekst van zo'n verklaring voorwerp van vrije interpretatie zou kunnen zijn. Primair moet de tekst worden opgevat als uitdrukking van de bedoeling. Pas wanneer deze onvoldoende houvast biedt of in medisch opzicht tegenstrijdig of onlogisch is, is er reden om van de letterlijke tekst af te wijken.

Bij de schriftelijke wilsverklaring zal men behalve naar de letterlijke tekst ook moeten kijken naar de achterliggende bedoeling van de verklaring

heden in de laatste levensfase van een demente patiënt, zal de verpleeghuisarts de intenties en doelstellingen van zijn handelen anders formuleren dan zonder de aanwezigheid van deze negatieve prognostische factoren. Daarbij geldt dat levensverlenging, in de door de commissie aangegeven zin van 'tijd aan het leven toevoegen', hier nimmer een zelfstandige

De wil van de patiënt

Het recht op zelfbeschikking van de demente patiënt staat in deze KNMG-nota steeds centraal. Vandaar dat veel aandacht wordt gegeven aan de problematiek van de wilsbekwaamheid, die zich bij de demente patiënt op een andere wijze voordoet dan bij pasgeborenen en comapatiënten. Immers: bij de onderhavige categorie is sprake van een geleidelijk verlies van beslisvaardigheid, een verlies dat uiteindelijk zal resulteren in volledige wils-onbekwaamheid.

In dit verband komt ook de schriftelijke wilsverklaring, vaak aangeduid als 'levenstestament', aan de orde. De commissie opereert hier voorzichtig: op pagina 41 verklaart zij zich voorstander van een nadere discussie, waarin de reikwijdte en betekenis van verklaringen waarin om levensbeëindigend handelen wordt verzocht nader wordt verkend. Zij benadrukt daarbij, dat een dergelijke discussie in de samenleving nog maar net op gang is

Deze studie is overigens nog in een ander opzicht relevant voor de medische besluitvorming bij wilsonbekwame patiënten. Een van de conclusies van Van Veen luidt, dat aan de patiënt niet meer voorafgaande autonomie toekomt dan hij aan actuele autonomie heeft. Daarmee is bedoeld, dat de patiënt in een wilsverklaring geen handelingen van zijn arts mag vragen tot de uitvoering waarvan deze ook bij de wilsonbekwame patiënt niet gerechtvaardigd is. Voor zover in schriftelijke wilsverklaringen om zulke handelingen wordt verzocht, zijn deze verklaringen op die onderdelen nietig. Dit geldt bijvoorbeeld voor verklaringen waarin de patiënt vraagt om (levensverlengende) handelingen die naar medisch professioneel oordeel zinloos zijn, alsmede voor de modelverklaringen van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie, waarin de opsteller levensbeëindiging verlangt in geval van beginnende dementie of blijvende verpleeghuisopname.⁶

Levensbeëindiging

Uiteindelijk gaat de discussienota over actieve levensbeëindiging bij demente patiënten in hun laatste levensfase en over

acht de commissie het toch "moeilijk verdedigbaar" dat hieruit zou worden geconcludeerd, dat ernstige dementie geen grond voor actieve levensbeëindiging zou kunnen zijn, omdat "men (dan) nooit een vooraf opgestelde wilsverklaring inzake levensbeëindigend handelen van iemand die naderhand dement is geworden, zou kunnen volgen" (pag 48). Toch lijkt er geen andere conclusie dan deze "moeilijk verdedigbare" mogelijk. Zoals hiervoor reeds werd gesteld zijn 'ernstige dementie' en 'ernstig lijden' twee wezenlijk verschillende begrippen. Als er geen lijden is, kan er ook geen sprake zijn van een noodsituatie; en als er geen sprake is van een noodsituatie, is er geen grond voor levensbeëindiging. Het valt derhalve moeilijk in te zien dat actieve levensbeëindiging uitsluitend en alleen op grond van gevorderde ('ernstige') dementie en in afwezigheid van ziekteverschijnselen die duiden op een door de patiënt

De hele argumentatie rondom het begrip 'levensbekortend handelen' is gebaseerd op een wel zeer ruime toeschrijving van het sterven aan de verantwoordelijkheid van de medicus

mee deze ziekte gepaard gaat, toch bestaat er voor veel artsen een principiële grens waar het gaat om de stap naar beëindiging van zo'n leven op grond van een schriftelijk verzoek. De fundamentele vraag die de derde discussienota van de CAL oproept is, of die grenservaring ook in de toekomst aanleiding zal blijven om een medisch-professionele grens te trekken. •

C.M.P.M. Hertogh,
verpleeghuisarts, Universitair Verpleeghuis-
arts Instituut, Vrije Universiteit Amsterdam

*De afweging om niet-levensverlengend te handelen staat nadrukkelijk centraal in de verpleeghuis-
kundige besluitvorming in de laatste levensfase
van demente patiënten*

de vraag onder welke omstandigheden een dergelijk handelen eventueel aanvaardbaar zou kunnen zijn. De commissie acht deze omstandigheden aanwezig, wanneer er naast ernstige dementie sprake is van een andere aandoening die gepaard gaat met ernstig lijden dat niet door optimaal symptomatisch handelen kan worden verlicht. Over de aanvaardbaarheid van actieve levensbeëindiging bij ernstige dementie zonder bijkomend lijden, op basis van een expliciete wilsbeschikking of van een met zekerheid te reconstrueren wil, wenst zij een nadere discussie. De ethische afwegingen die daarbij voor haar in het geding zijn worden behandeld op pagina 42 tot en met 48 van de nota. Besproken worden de problemen ten aanzien van de toepasbaarheid van de, in het kader van de zorgvuldigheidsvereisten inzake euthanasie gehanteerde, criteria van *duurzaam, uitzichtloos en ondraaglijk* lijden. Hoewel de psychische conditie van de patiënt zeer onwaarschijnlijk maakt dat hij een lijden met die kwalificaties ervaart en doorleeft,

ervaren ernstig lijden door de beroepsgroep zou kunnen worden gelegitimeerd. Hoezeer een ieder zich ook moreel voelt aangesproken door de ontluistering waar-

Literatuur

1. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Discussienota Levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten. Deel 3. Ernstig demente patiënten. Utrecht: KNMG, 1993.
2. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Revised version. Washington DC: APA, 1987.
3. Ryle G. The concept of mind. Londen, 1949.
4. Maas PJ van der, Delden JJM van, Pijnenborg L. Medische beslissingen rond het levenseinde. Het onderzoek voor de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie. 's Gravenhage: Sdu, 1991.
5. Veen EB van. Schriftelijke wilsverklaringen. Utrecht: KNMG, 1993.
6. Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. Euthanasieverklaring en euthanasiepas. Amsterdam, april 1992.

K N M G
Dienstverlening



Het aantal vrouwen dat geneeskunde gaat studeren neemt snel toe. Hoe zit het straks met hun werkgelegenheid en met mogelijkheden voor kinderopvang, deeltijdarbeid, zwangerschapsverlof etc.? Vanuit het emancipatieproject van de KNMG kan men u adviseren. Bel 030-823355. Uw contactpersoon: mevrouw drs. M. Leemeijer, stafmedewerker emancipatiezaken. Of schrijf naar Secretariaat KNMG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht.

Hulp bij zelfdoding door psychiater (2)

DITARREST VAN het Gerechtshof te Leeuwarden behandelt het hoger beroep van de eerder dit jaar gepubliceerde uitspraak van de Arrondissementsrechtbank te Assen d.d. 21 april 1993 (MC 1993/nr. 33/34, blz. 1017). De uitspraak van het Hof laat vele facetten van de zaak zien en wordt ter integrale lezing aanbevolen. Een aantal principiële punten wordt er hier uitgelicht.

Het Hof stelt vast, dat niet gebleken is van enige somatische aandoening waaruit de doodswens van mevrouw voortvloeide. Het Hof komt tot de conclusie dat, ongeacht wat de bron van het lijden uitmaakt, voor de aanvaardbaarheid van hulp bij zelfdoding vanuit medisch-ethisch oogpunt de kernvraag is "of er sprake is van een situatie, waarin de patiënt vrijwillig en weloverwogen blijkt geeft van zijn duurzaam verlangen naar de dood en de arts erkent dat de patiënt ondraaglijk lijdt en dit lijden - mede gelet op de stand van de wetenschap - als uitzichtloos mag worden aangemerkt. Hier en ook op andere plaatsen in het arrest verwijst het Hof uitdrukkelijk naar de rapporten van de KNMG inzake euthanasie en levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten. Het Hof acht de afwezigheid van een somatische grond voor het lijden wel van belang, omdat dat naar het oordeel van het Hof meebrengt, dat zeer zorgvuldig zal moeten worden vastgesteld dat de stervenswens niet rechtstreeks voortvloeit uit of samenhangt met een psychiatrische ziekte of aandoening en dat - in verband

daarmee - het verzoek tot hulp bij zelfdoding weloverwogen en vrijwillig tot stand is gekomen. Het Hof bevestigt daarmee nog eens dat somatisch lijden evenmin als de stervensfase een absolute voorwaarde is voor het zorgvuldig toepassen van euthanasie c.q. het helpen bij zelfdoding. Aan de andere kant zal de rechter naar mag worden aangenomen, indien de stervenswens wel rechtstreeks voortvloeit uit een psychiatrische ziekte of aandoening, ten aanzien van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek uiterst kritisch toetsen.

Voorts is van belang, dat geen der deskundigen een concreet behandelingsperspectief aanwezig heeft geacht. Het Hof acht het aannemelijk dat verdachte de gevraagde hulp niet zou hebben verleend wanneer er een behandeling mogelijk was geweest met een reële kans op resultaat binnen een overzienbare termijn en mevrouw deze was blijven weigeren. Een van de zorgvuldigheidsvoorwaarden, namelijk dat er geen alternatieven meer zijn, is hiermee (zij het met een niet al te strikte interpretatie) gehandhaafd.

Eén punt vraagt nog aparte aandacht, en dat betreft de consultatie. Een aantal onafhankelijk deskundigen is als consulent opgetreden, maar geen van hen heeft de patiënt zelf onderzocht. Het Hof komt uiteindelijk tot de conclusie, dat in dit geval het achterwege blijven van een tweede psychiatrisch onderzoek niet onaanvaardbaar is. Daarbij weegt onder meer de uitvoerige verslaglegging, waarvan het

waarheidsgehalte niet ter discussie staat, zwaar, en het feit dat geen der deskundigen achteraf beschouwd van oordeel is dat de verdachte in zorgvuldigheid te kort is geschoten. Het Hof treedt niet in de beoordeling van de vraag of in het algemeen een onderzoek door een tweede psychiater nodig is in het geval dat het lijden van een persoon niet de resultante is van een somatische aandoening.

Voor de verdere ontwikkeling van zorgvuldigheidsvereisten bij levensbeëindigend handelen is het jammer, dat het Hof geen verdergaande uitspraak doet en hier niet refereert aan de normen die inmiddels door de beroepsgroep zijn gesteld. De GHIGV-nota inzake hulp bij zelfdoding van januari 1993 stelt, dat bij consultatie uitgebreid psychiatrisch onderzoek noodzakelijk is, waarbij met name aandacht wordt besteed aan de kwaliteit van het verzoek van de patiënt. Essentieel is immers, dat de patiënt in staat is geweest tot een autonoom wilsbesluit, gebaseerd op een weloverwogen oordeelsvorming. De in dit nummer van Medisch Contact behandelde discussienota van de KNMG-commissie acht het voor een instemmen-de conclusie van de geconsulteerde psychiater noodzakelijk, dat deze de patiënt zelf heeft gezien. Juist bij deze categorie patiënten zullen naar onze mening strenge eisen ten aanzien van de consultatie moeten worden gesteld.

dr C. Spreeuwenberg
mr dr W.R. Kastelein

Uitspraak gerechtshof Leeuwarden 30 september 1993

Arrest gewezen op het hoger beroep, ingesteld tegen het vonnis van de rechtbank te Assen d.d. 21 april 1993.

Het hof overweegt (*post alia*, red.):

Hetgeen het hof als bewezen heeft aangenomen levert op het misdrijf:

Opzettelijk een ander bij zelfmoord behulpzaam zijn, terwijl de zelfmoord volgt;


strafbaar gesteld bij artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht.

9. Strafbaarheid

9.1. Omtrent de strafbaarheid van het boven bewezen en gekwalificeerde feit overweegt het hof, dat namens verdachte een beroep is gedaan op overmacht, in die zin, dat hij zich gesteld zou hebben gezien voor de noodzaak te kiezen uit onderling strijdige plichten, te weten "enerzijds het behoud van het leven van mw F, anderzijds het respect voor haar persoon en de uitdrukkelijke wens van dat voor

haar ondraaglijke leven afstand te mogen doen" en dat de door hem gemaakte keuze om in de gegeven omstandigheden de in artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht strafbaar gestelde hulp bij zelfdoding te verlenen redelijkerwijze gerechtvaardigd is te achten.

9.2. Het hof overweegt, dat met betrekking tot de persoon en het leven van mw F het volgende aannemelijk is geworden:

- Mw F heeft op 50-jarige leeftijd medicijn- 

nen ingenomen die haar op haar verzoek door verdachte waren verstrekt en die, naar zij wist, haar dood zouden bewerkstelligen.

- Zij was op 22-jarige leeftijd in het huwelijk getreden. Uit dat huwelijk, dat nagenoeg vanaf het begin slecht was, waren twee zoons geboren, M en N.

- In juni 1986 pleegde haar oudste zoon tijdens het vervullen van zijn militaire dienstplicht in Duitsland zelfmoord door zich door het hart te schieten.

- Vanaf dat moment verergerden de huwelijksproblemen.

- Ook manifesteerde zich bij haar een nadrukkelijke doodswens. Blijkens haar eigen uitlatingen leefde zij nog slechts voor haar overgebleven zoon. Zij gaf te kennen haar leven te willen beëindigen als N haar niet meer nodig had.

- Haar ontredde na het overlijden van M, haar *suicide*-gedachten en de escalatie van geweld in haar huwelijk resulteerden van 3 tot 20 oktober 1986 in een opname in de PAAZ-afdeling van het ziekenhuis te P. Daarop volgden poliklinische gesprekken met de psychiater R.

Deze opname en gesprekken hadden echter geen resultaat: naar het oordeel van deze psychiater is zij niet toegekomen aan een besluit om op de een of andere manier toe te werken naar een vorm van acceptatie van het overlijden van M; zij sloot zich daar consequent voor af.

- In december 1988, kort na het overlijden van haar vader, heeft zij haar echtgenoot verlaten. De echtscheiding volgde in februari 1990.

- In november 1990 kreeg N een verkeersongeval. Bij onderzoek in het ziekenhuis werd bij hem een kwaadaardige tumor ontdekt, waaraan hij op 3 mei 1991 is overleden.

- Diezelfde avond deed mw F een zelfmoordpoging door de medicijnen die zij sedert 1987 op voorschrift van R had gekregen en sedertdien had opgespaard, tegelijk in te nemen.

Tevoren had zij vier graven gekocht: voor haar twee zoons, voor haar ex-echtgenoot en voor haarzelf. Zij wilde gelijktijdig met N begraven worden.

- De zelfmoord mislukte en zij kwam ongeveer anderhalve dag later weer bij. Zij was enorm teleurgesteld dat de zelfmoord mislukt was. Direct daarna is zij weer begonnen medicijnen te sparen met de bedoeling daarmee een eind aan haar leven te maken.

- Het sterven ging haar hele leven beheersen. Zij besprak onder meer met haar zuster diverse methoden van zelfmoord en de kans op succes van die methoden.

- Op 16 juni 1991 overhandigde zij aan een jarenlange vriendin een gesloten brief, die moest worden bewaard voor het geval een zelfmoord wel zou lukken.

- M werd herbegraven in het door haar gekochte graf, zodanig dat een grafplek voor haar overbleef tussen haar beide zoons in.

- Zij poogde medicijnen te verkrijgen, waarmee zij zichzelf daadwerkelijk van het leven zou kunnen beroven. Zij overwoog ook andere methoden van zelfdoding en sprak daar ook met anderen over, doch vreesde ingeval van een nieuwe mislukking gedwongen psychia-

trisch te worden opgenomen of zelfs verminkt voort te moeten leven.

- Mw F liet aan anderen weten dat zij wilde sterven, maar dat zij dat op een humane manier wilde, zonder daar andere mensen mee te belasten. Zij wilde niet dat andere mensen ongewild zouden worden geconfronteerd met haar zelfmoord.

- Zij meldde zich bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie en kwam zo in contact met verdachte, die zich bereid had verklaard tot opvang van mensen die zich om hulp tot die vereniging zouden wenden.

- Met verdachte heeft zij in de periode van 2 augustus tot 7 september 1991 diverse gesprekken gevoerd, in een viertal gespreksrondes van in totaal dertig psychotherapieuren, ongeveer vierentwintig klokuren.

9.3. Verdachte heeft van zijn onderzoek dat aan de verleende hulp bij zelfdoding is voorgegaan een uitvoerig verslag gemaakt en aan de gemeentelijke lijkschouwer overhandigd. Dit onderzoeksverslag bevat een zeer uitgebreide weergave van met mw F (en haar zuster en zwager) gevoerde gesprekken, een verslag van het psychiatrisch onderzoek, de door verdachte gestelde diagnose, overwegingen van verdachte bij het rouwproces van mw F en overwegingen rond de afwijzing van hulp. Verdachte is na de beëindiging van de tweede gespreksronde op 11 augustus 1991 begonnen met het raadplegen van een viertal consultants, waarbij hij hun een verslag van zijn bevindingen deed toekomen en de vragen heeft voorgelegd welke relevante aspecten hij in de anamnese en het psychiatrisch onderzoek over het hoofd zag of welke onvoldoende werden belicht en of de consultant zich kon verenigen met de door hem gestelde diagnose. Vanaf de derde gespreksronde op 23, 24 en 25 augustus 1991 zijn naast drie van de vier aanvankelijke consultants door hem nog drie andere geraadpleegd.

9.4. De vraag is aan de orde gesteld, of bij mw F sprake was van een ziekte. Het hof overweegt hieromtrent, dat niet gebleken is van enige somatische aandoening, waaruit de doodswens van mw F voortvloeide. Wel is vanaf de eerste contacten van haar met de verdachte (brief van 16 juli 1991, een telefoongesprek en daaraan volgend de brief van 29 juli 1991) duidelijk, dat er sprake was van psychische traumata, die in beginsel voor psychiatrische/psychotherapeutische behandeling in aanmerking zouden kunnen komen, op grond waarvan de verdachte gelegitimeerd was om met mw F een arts-patiëntrelatie aan te gaan, ook al betekende dat, dat hij zich blootstelde aan de kans dat hij het door hem aangegeven conflict van plichten over zich afriep.

Het hof overweegt, dat geen der in deze zaak geraadpleegde deskundigen - zowel op het gebied van de medische als van de ethische discipline - hulp bij zelfdoding van een persoon, wiens lijden niet een somatische oorzaak heeft en die niet in de stervensfase verkeert, bij voorbaat uitsluit. Dit standpunt stemt overeen met de opvattingen neergelegd in de discussienota van de KNMG-Commissie

Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen, die door de raadsman aan het hof is overgelegd, waarin weer wordt aangehaakt bij de inhoud van een discussienota van de Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en het standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Een en ander houdt in, dat het beroep op noodtoestand niet bij voorbaat kansloos is, op de grond dat medisch-ethisch geen ruimte bestaat voor een afweging als door de verdachte gemaakt.

Het hof komt op grond van de inhoud van de in de vorige alinea genoemde bronnen tot de conclusie, dat, ongeacht wat de bron van het lijden uitmaakt, voor de aanvaardbaarheid van hulp bij zelfdoding vanuit medisch-ethisch oogpunt de kernvraag is "of er sprake is van een situatie, waarin de patiënt vrijwillig en weloverwogen blijk geeft van zijn duurzaam verlangen naar de dood en de arts erkent dat de patiënt ondraaglijk lijdt en dit lijden - mede gelet op de stand van de wetenschap - als uitzichtloos mag worden aangemerkt", zoals dit is verwoord in het rapport commissie Euthanasie KNMG van 1984.

Het hof acht de afwezigheid van een somatische grond voor het lijden wel van belang, omdat dat naar het oordeel van het hof meebrengt, dat zeer zorgvuldig zal moeten worden vastgesteld dat de stervenswens niet rechtstreeks voortvloeit uit of samenhangt met een psychiatrische ziekte of aandoening en dat - in verband hiermee - het verzoek tot hulp bij zelfdoding weloverwogen en vrijwillig tot stand is gekomen. Of de uit het onderzoek voortvloeiende diagnose wordt aangeduid als een psychiatrisch ziektebeeld, een psychiatrische stoornis of een psychische stoornis of ontregeling acht het hof in dit kader minder relevant.

9.5. Het hof overweegt dat op grond van de uit zijn curriculum vitae blijkende opleidingen en specialisatie verdachtes deskundigheid ligt op het gebied van de psychiatrie en psychotherapie.

Verdachte heeft als zijn deskundig oordeel te kennen gegeven, dat er van een psychiatrische ziekte, zoals schizofrenie of een vitale depressie, geen sprake was, maar dat - volgens DSM III-R (Diagnostic Statistical Manual, het classificatiesysteem van de American Psychiatric Association) - gesproken moest worden van een "stoornis", bestaande in een depressie in engere zin, zonder psychotische kenmerken in het kader van een gecompliceerd rouwproces. Naar zijn oordeel is er sprake geweest van een intens psychisch lijden van duurzame aard, dat voor mw F ondraaglijk en uitzichtloos was. Mw F heeft het verzoek tot hulp bij zelfdoding weloverwogen gedaan: op grond van haar eigen brieven en van de gesprekken blijkt, aldus verdachte, dat zij een besluit nam, waarvan ze de redenen helder en consistent wist duidelijk te maken, terwijl ze er blijk van gaf de eigen situatie en de consequenties van haar keuze te overzien.

Ook de afwijzing van de haar aangeboden rouwverwerkingshulp is op dezelfde wijze weloverwogen, aldus het oordeel van verdachte.

9.6. Op grond van de rapporten en verklaringen van de geraadpleegde deskundigen neemt het hof aan, dat bovenvermelde diagnose is gesteld door een deskundig psychiater, die daarbij de uiterste zorgvuldigheid heeft betracht. Het merendeel van de deskundigen onderschrijft zonder enig voorbehoud de door verdachte gestelde diagnose. Geen van de geraadpleegde deskundigen bestrijdt, dat het verzoek van mw F tot hulp bij zelfdoding weloverwogen is gedaan, terwijl het oordeel dat het lijden voor mw F duurzaam en ondraaglijk is geweest, door hen is onderschreven. In dit verband wijst de deskundige Van Ree op "de onomkeerbaarheid van de traumatiserende factoren en processen, de lange duur van het bestaan van het voor haar steeds ondulbaarder wordende lijden en haar begrijpelijke en te eerbiedigen weigering van behandeling" en zijn uit door hem verricht suïcideonderzoek gewonnen inzicht, dat vele slachtoffers herhaalde malen pogingen deden en steeds gewelddadiger middelen gingen hanteren. De deskundige Van Dantzig geeft als zijn oordeel, dat het vrijwel zeker is, dat als mw F was blijven leven er in haar lijden zonder behandeling geen verandering zou zijn opgetreden, welke behandeling in casu alleen in de vorm van een behandeling onder dwang mogelijk zou zijn geweest. Gezien de hardnekkigheid van haar doodswens en haar reeds eerder ondernomen suïcide poging acht hij het vrijwel zeker, dat zij zich door zelfdoding aan die behandeling zou hebben onttrokken. Ter zitting in eerste aanleg verklaart deze deskundige dat naar zijn oordeel mw F inderdaad uiteindelijk op een gewelddadige manier een eind aan haar leven maakt zou hebben, omdat alles erop wijst dat ze tot alles in staat zou zijn, ook die harde dood. De deskundige Mittendorff acht de kans op spontaan herstel of op een zodanige verbetering in de beleving van haar levenssituatie dat deze voor haar verdraagbaar wordt zeer gering. De doodswens is sterk en invoelbaar. Hij acht de kans dat ze zonder hulp met zachte middelen een harde methode zou gaan gebruiken groot. De deskundige Giel geeft als zijn oordeel hieromtrent, dat zij zich in de uitzichtloze situatie overleefd houdt met de gedachte er straks niet meer te zijn. De deskundige Schudel geeft aan, dat uit het dossier voldoende blijkt, dat mw F vastbesloten was haar leven te (doen) beëindigen. Dat zij daartoe eventueel een gewelddadige methode zou hebben aangewend lijkt hem aannemelijk.

Voor de deskundige Van Tol staan de nood van mw F en de afwijzing van therapeutisch contact evenmin ter discussie. Ook de niet specifiek psychiatrisch of psychotherapeutisch geschoolde deskundigen onderschrijven in deze opzichten de conclusies van verdachte.

9.7. Het hof neemt tevens aan op grond van de inhoud van het onderzoeksverslag en de verklaringen van de deskundigen, dat verdachte uitgebreid en veelvuldig in zijn gesprekken met mw F heeft gepoogd haar te bewegen tot het aanvaarden van enige vorm van therapie, waarbij hij - ook in dit opzicht -

niet alleen op eigen expertise heeft vertrouwd, maar bij consultants de therapeutische mogelijkheden om haar "naar het leven terug te brengen" heeft onderzocht om in dat opzicht in de contacten met mw F niets onbeproefd te laten. Het hof neemt daarbij tevens aan, dat mw F de haar aangeboden hulp heeft afgewezen in het volle besef van wat zij afwees. 9.8. Gelet op het bovenstaande komt het hof tot het oordeel, dat verdachte na afloop van de vierde gespreksronde met mw F heeft mogen concluderen, dat hij werd geconfronteerd met de persistente doodswens van een wilsbekwame vrouw, die duurzaam ondraaglijk leed en die hij niet voor enige behandeling van haar lijden kon motiveren, zodat hij op dat moment voor de vraag gesteld werd of hij het verzoek om hulp bij zelfdoding zou inwilligen of (vooralsnog) zou weigeren de gevraagde hulp te verlenen.

Daarbij overweegt het hof het volgende. Ten aanzien van de vraag of er enig behandelingsperspectief was geeft de deskundige Schudel aan, dat er uitgaande van de door verdachte gestelde diagnose sprake is van een "althans theoretisch, behandelbare aandoening". In zijn visie kan van uitzichtloosheid pas worden gesproken, wanneer dat "psychiatrisch ziektebeeld" naar actueel medisch inzicht adequaat doch tevergeefs is behandeld. In het concrete geval zou naar het oordeel van deze deskundige een eventuele behandeling waarschijnlijk van lange duur zijn geweest, terwijl de kans dat herstel c.q. een aanmerkelijke verbetering van haar psychische conditie zou zijn opgetreden, bescheiden moet worden geacht. De meeste andere deskundigen achten een eventueel theoretisch behandelingsperspectief niet van belang, aangezien een psychotherapeutische behandeling slechts op vrijwillige basis met inzet van de hulpvrager mogelijk is of in de vorm van een dwangbehandeling, waarvoor in casu geen rechtsgrond aanwezig was. Geen van de deskundigen heeft in deze zaak een concreet behandelingsperspectief aanwezig geacht.

9.9. Verdachte heeft zich, ondanks de persistente weigering van mw F enige rouwbehandeling te accepteren, georiënteerd omtrent de mogelijkheden van therapie, wanneer ze wel zou willen meewerken. Hieromtrent is door de consultant Mittendorff in zijn brief van 6 september 1991 aan verdachte als zijn - door geen der overige deskundigen naderhand aangevochten - oordeel meegedeeld: "Als ze wel een therapie zou willen schat ik de succeskans daarvan laag op grond van de volgende overwegingen:

1. Het gaat hier om *herhaalde* traumatisering van zeer *ernstige* aard. Het (plotseling) verlies van een eigen kind geldt als de meest heftige stressor in een mensenleven.
2. Het *interval* sinds het eerste trauma - dit is 5 jaar geleden. Hoe sneller na een gebeurtenis de verwerkingshulpverlening kan worden gestart, hoe groter de kans op succes.
3. Het feit dat ze *alleen* 24 woont en er geen intieme partnerrelatie is. Een dergelijke relatie biedt doorgaans een steunend kader. Ontbreken daarvan vermindert de kans op succes.

Het meest waarschijnlijke verloop is dan een zeer pijnlijke en langdurige psychotherapie resulterend in slechts een gedeeltelijke verbetering. Waarschijnlijk is, dat ze dan tot in lengte van jaren heftige smart en gevoelspijn zal moeten lijden samenhangend met het verlies van haar twee zonen, die de kern en de zin van haar bestaan zijn geweest. Zonder psychotherapie is in de huidige situatie geen verandering te verwachten.

Het hof acht aannemelijk hetgeen verdachte ter terechtzitting van het hof heeft verklaard, namelijk dat hij, wanneer er een behandeling mogelijk was geweest met een reële kans op resultaat binnen een overzienbare termijn, druk op mw F was blijven uitoefenen om zo'n behandeling te ondergaan en, als zij bij de weigering een behandeling te ondergaan zou zijn gebleven, de hem gevraagde hulp niet zou hebben verleend.

9.10. Verdachte heeft - geconfronteerd met deze situatie - het als een op hem rustende plicht gezien, dat hij mw F niet haar eigen onzekere en mogelijk gruwelijke weg naar de dood liet gaan, maar haar verlangen naar een waardig einde zou honoreren. De deskundigen zijn zonder uitzondering van oordeel, dat hij de conflicterende belangen zeer zorgvuldig heeft afgewogen.

9.11. De vraag rijst of verdachte op een tweetal punten in zorgvuldigheid te kort is geschooten, doordien hij tot zijn besluit is gekomen na een relatief kortdurend contact met mw F, zonder dat zij door een onafhankelijke, ter zake deskundige psychiater is onderzocht. De deskundige Van Tol plaatst kanttekeningen bij de korte tijdsperiode die gelegen is tussen het begin van het contact tussen verdachte en mw F en de beslissing om de gevraagde hulp te verlenen. Hij zou de voorkeur hebben gegeven aan een ruimere spatiëring van de gesprekken, met name om een hulpverleningsrelatie geleidelijker te laten groeien. Dan zou niet uitgesloten zijn dat de hulpvraag minder dwingend zou worden en dan zou de hulpverlener minder risico lopen op het insluipen van ethisch onzuivere motieven bij de beslissing om de gevraagde hulp te verlenen. Hiermee samenhangend is hij van oordeel, dat een consultant die adviseert de gevraagde hulp te verlenen bij voorkeur persoonlijk de hulpvrager zou moeten zien. "De grotere afstand die de consultant tot de betrokkene heeft, vrijwaren de consultant voor een eventuele te grote betrokkenheid die bij de hulpverlener zou kunnen zijn ontstaan (een te sterke positieve tegenoverdracht). Dit, te zamen met het beeld dat de consultant zich - ook in één of twee gesprekken - van betrokkene kan vormen, is naar mijn mening een voorwaarde die voor het nemen van de betreffende finale beslissing gesteld zou moeten worden, ter bescherming van zowel de betrokkene als ook van de hulpverlener." Ook de deskundige Schudel is van oordeel, dat een consultant die op grond van de schriftelijke informatie tendeert naar de opvatting dat het verzoek tot hulp bij zelfdoding zou moeten worden ingewilligd, de hulpvrager zelf zou moeten spreken c.q. onderzoeken, teneinde de intentie van de hulpvrager zelf professioneel te toetsen en om

op die wijze te voorkomen, dat door eventuele persoonlijke betrokkenheid van de consultatie-vragende arts onzorgvuldigheden ("blinde vlekken") in de besluitvorming optreden.

Het hof overweegt hieromtrent het navolgende. Noch de deskundige Schudel, noch de deskundige Van Tol verbindt aan de door hem uitgesproken wenselijkheid de conclusie, dat in casu de beslissing van verdachte is beïnvloed door ethisch onzuivere motieven. Schudel concludeert, dat uit de minutieuze verslaglegging door verdachte stellig niet op te maken valt dat tegenoverdrachtsverschijnselen in zijn begeleiding van mw F storende factoren zijn geweest. De deskundige Van Tol geeft niettegenstaande zijn opvatting omtrent hetgeen wenselijk is te kennen, dat door verdachte bij het nemen van zijn beslissing de strengste zorgvuldigheidseisen in acht zijn genomen en geeft als zijn oordeel, dat hij - na de gespreide gesprekken die hij zelf voor het nemen van een beslissing nodig geacht zou hebben - wellicht tot dezelfde conclusie zou zijn gekomen als verdachte. Hij voegt daaraan toe, dat de redenen waarom verdachte heeft verkozen mw F niet te doen zien door een van de geconsulteerde collegae hem heel aanvaardbaar voorkomen. Deze door de deskundige Van Ree onderschreven redenen zijn, dat één of twee contacten niet meer zouden hebben opgeleverd dan een standaard-verhaal, terwijl voor het maken van (Van Ree: "zoeken naar") therapeutische ingangen een dergelijk contact volstrekt onvoldoende zou zijn geweest. De deskundige Van Ree heeft geen enkele aanwijzing gevonden voor onzuiverheden als bovenbedoeld bij de totstandkoming van de beslissing. De deskundige Van Dantzig geeft aan, dat naar zijn oordeel het zeer onwaarschijnlijk is dat in dit geval een 'second opinion' enig verschil had gemaakt. Ter terechtzitting in eerste aanleg en in hoger beroep geeft hij als zijn mening, dat het buitengewoon onwaarschijnlijk is, dat een andere psychiater tot een andere conclusie zou zijn gekomen dan verdachte. De deskundige Giel constateert empathie bij verdachte, blijkende uit de intensieve benadering en uit de rapportage, en gevoelens van afschuw, blijkende uit zijn door een van de getuigen gemelde "verbleken" op het moment dat hij aan de definitieve keuze voor hulp bij zelfdoding toekomt. Evenmin heeft een van de andere geraadpleegde deskundigen enige aanwijzing gevonden, dat het ontbreken van een 'second opinion' afbreuk heeft gedaan aan de zorgvuldigheid van de beslissing.

Het hof treedt niet in de beoordeling van de vraag of in het algemeen een onderzoek door een tweede psychiater nodig is in het geval dat het lijden van een persoon niet de resultante is van een somatische aandoening. Immers, ook al zou die eis worden gesteld, dan nog kan in een concreet geval zonder dat aan die eis is voldaan een beroep op noodtoestand slagen.

Wel van belang is hier, dat de procureur-generaal aan het ontbreken van hetgeen hij een contra-expertise noemt, de conclusie verbindt, dat er in casu sprake is van een wankele basis, omdat het hier betreft een eenzijdige en oncontroleerbare beoordeling. Het hof kan de procureur-generaal hierin niet volgen. Immers, als informatiebron omtrent de persoon van mw F en omtrent hetgeen haar heeft bewogen zijn beschikbaar de door haar zelf geschreven brieven, de informatie van haar naaste omgeving en de beoordeling van haar persoon en omstandigheden door haar huisarts en door de psychiater R. De inhoud van het onderzoek dat door verdachte is uitgevoerd kan aan die informatie worden getoetst.

In de tweede plaats is het hof op grond van de inhoud van het dossier en de indruk die verdachte ter terechtzitting van het hof heeft gemaakt ervan overtuigd, dat bij verdachte vanaf het begin de intentie heeft bestaan zijn handelen in dezen volledig controleerbaar te stellen en in dat verband de zaak zo minutieus en zo zuiver mogelijk te presenteren. Een en ander heeft geleid tot een zeer uitgebreide verslaglegging, waarvan het waarheidsgehalte voor het hof niet ter discussie staat. De presentatie van de casus door verdachte is voor de consulenten - met name ook diegenen die het verlenen van de gevraagde hulp bij zelfdoding niet afwezen - ten tijde van de consultatie kennelijk voldoende geweest om, zonder zelf mw F te hebben gezien, in stellige bewoordingen te oordelen, terwijl geen der deskundigen, achteraf beschouwd, van oordeel is dat verdachte in zorgvuldigheid te kort is geschoten.

Het hof is dan ook van oordeel, dat in casu het achterwege blijven van een tweede psychiatrisch onderzoek niet in de weg staat aan een beroep op noodtoestand.

9.12. Het hof overweegt tenslotte, dat de uitvoering van de hulp bij zelfdoding gewetensvol en zorgvuldig is geweest.

9.13. Het hof komt tot de volgende slotsom. Gelet op de bijzondere omstandigheden van het onderhavige geval, te weten:

- de, gezien de aard van de traumatiserende gebeurtenissen, haar persoon en haar omstandigheden, invoelbare diepte van het lijden van deze vrouw,
- haar daarmee samenhangende uitzonderlijke vastberadenheid om - ondanks zeer in-

tensieve pogingen van verdachte haar te bewegen enige vorm van therapie te aanvaarden - aan het door haar als ondraaglijk ervaren lijden een einde te maken door haar eigen dood te zoeken,

- de afwezigheid van enige therapie die - ook al zou zij die willen - op overzienbare termijn haar lijden zou kunnen verlichten, heeft zich naar het oordeel van het hof een situatie voorgedaan die naar wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen als een noodtoestand kan worden aangemerkt.

De keuze van verdachte om in deze situatie mw F, ondanks haar weigering om een behandeling te ondergaan, de gevraagde hulp bij haar zelfdoding te verlenen teneinde te voorkomen dat zij op een andere, voor haar mogelijk ontluisterende en voor anderen mogelijk belastende wijze, haar eigen dood zou bewerkstelligen is naar het oordeel van het hof als redelijkerwijze gerechtvaardigd te beschouwen.

Het hof zal derhalve verdachte ontslaan van alle rechtsvervolg, omdat hij heeft gehandeld in noodtoestand.

10. Uitspraak

Het hof, rechtdoende op het hoger beroep:

Vernietigt het vonnis waarvan beroep en, op nieuw rechtdoende,

Verklaart het verdachte als voormeld ten laste gelegde bewezen en te kwalificeren als voormeld.

Verklaart verdachte niet strafbaar.

Ontslaat de verdachte van alle rechtsvervolg.

Verklaart niet bewezen hetgeen aan verdachte als voormeld meer of anders is ten laste gelegd dan hierboven als bewezen is aangenomen en spreekt hem daarvan vrij.

Dit arrest is aldus gewezen door mrs Boon, vice-president, voorzitter, Dijkstra en Poelman, raden, in tegenwoordigheid van mevrouw Eisma, als griffier, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 30 september 1993, door de voorzitter voornoemd. •

K N M G Dienstverlening



Stel u heeft een verschil van mening met een patiënt of er wordt een klacht tegen u ingediend bij de inspectie of het medisch tuchtcollege. Wat moet u dan doen? Het secretariaat van de KNMG kan u adviseren. bel 030-823330. Uw contactpersoon: mevrouw mr. R.M.S. Doppegieter of de heer J. Doets, arts. Of schrijf naar Secretariaat KNMG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht.



De WAO: waar heb je recht op?

DE VOLGENDE op mijn spreekuur is meneer Lavendel. Hij is 53 jaar en meubelmaker van beroep. Hij zit pas drie maanden in de ziektewet, maar wordt nu al gemeld. Dat gebeurt wanneer de ziektewet-collega denkt dat betrokkene niet meer terug kan naar eigen werk. Reïntegratie bij de eigen werkgever is niet mogelijk, heet dat. Na een halfjaar ziektewet wordt iedere zieke werknemer bij de GMD gemeld, omdat dan de reïntegratieplannen moeten worden gemaakt. De vraagstelling voor mijn onderzoek luidt: wat is de belastbaarheid ten aanzien van arbeid?

Wanneer ik meneer Lavendel een hand geef, valt me op dat hij aan elke hand een brace draagt, een soort plastic beschermkoker, waar de duim in flexiestand in rust. De koker zit vast aan een palmaire plaat, die de onderarm steunt. Het ding zit met klitteband vast.

"Ja, ik heb die dingen maar aangedaan. Die wilt u toch zien, hè?", lacht meneer Lavendel, mijn blik volgend. "U weet waarom u bij mij bent?", open ik het gesprek. Ja, dat weet meneer Lavendel. "Die dokter van de ziektewet zei dat jullie gaan kijken wat voor werk ik nog kan, omdat ik niet meer kan timmeren. Maar laat ik maar heel eerlijk zijn: ik kan bijna niets meer. Niet dat ik die dingen de hele dag aan heb, daar is ook niet mee te leven, maar als ik veel doe, dan heb ik pijn en dan moet ik me rustig houden of die hulpstukken aan. In elk geval komt er om zo te zeggen dan niet zoveel meer uit mijn handen." Hij lacht.

"Hoe is het begonnen?", vraag ik. "Ik had eerst pijn aan mijn knieën. Daar deed ik niks aan, want dat komt voor. Toen zat ik nog in het beton. Maar ja, toen ik de ziektewet in ging, moest ik ook naar de dokter van de controleur. Ik kreeg foto's en fysio, hoe heet dat, zo'n therapeut, maar dat werd allemaal niks. Toen kreeg ik ook nog pijn in mijn rug. Toen ben ik uit de bouw gegaan. Ik heb schroeven ingepakt.

Tjonge, tjonge, wat heb ik een schroeven ingepakt! Niet te geloven. Dat heb ik niet via de ziektewet gedaan. Niks hoor. Gewoon overlegd met mijn vrouw. "Je moet doen waar je je goed bij voelt", zei die. Zij heeft wat werkhuizen aangenomen, want ik ging nogal in salaris achteruit, dat voel je zeker wel. Van de bouw naar inpakker. Maar 't was mooi werk: binnen, leuke collega's, en ik kon 't goed. Toen ging die fabriek failliet en moest ik weer wat anders. En bij die meubelmakerij kon ik wel

Marie-José Molledans

wat licht werk doen. En dat ging tot een halfjaar geleden best goed. Mijn handen deden steeds meer pijn. Ze gingen ook een beetje krom staan. Het heeft een geleerde naam wat ik heb, die ken ik niet, dat weet mijn dokter. Wat voor mij telt, is dat ik d'r weinig meer mee kan. En mijn hobby is uitgerekend handboogschieten. Ik kan nu alleen nog maar in de jury zitten." De man heeft volgens de informatie van de reumatoloog: forse degeneratieve afwijkingen van CMC-gewrichten beider zijds. Tevens enthesopathieën en spierspanningen rond polsen en ellebogen. Werken lijkt de reumatoloog uitgesloten. Gonartrose en discopathie is al eerder vastgesteld. Het onderzoek van meneer Lavendel levert verder niks bijzonders op. Dat had ik ook niet verwacht. "Een medisch compleet verhaal voor de WAO", zeg ik in het team. "Deze man is door zijn handaandoening werkelijk volledig uitgeschakeld voor welk werk dan ook. Want waar kun je nu het gebruik van je handen bij missen?" "Heb je zijn arbeidsverleden gezien, Marie-José?", vraagt Pieter, die ook zijn rapport heeft gemaakt. "Die man is wever, soldaat, monteur, vertegenwoordiger-incasseerder, betonwerker, cafetariabediende, weer betonwerker, inpakker en meubelmaker geweest. Negen beroepen in dertig jaar.

Nergens te beroerd voor. En door zijn mentaliteit kan hij ook overal aan de slag".

"Waar brengt hij nu zijn tijd mee door?", wil Bart weten. "Dat kan ik je verklappen", zegt Pieter. "Hij houdt toezicht in een clubhuis, vooral bij jongelui. Hij kan daar geweldig veel goeds doen, alleen al door zijn werkmentaliteit te delen met die makkers. Verder gaat hij natuurlijk naar de handboogclub en hij zingt in een koor. Hij rommelt wat thuis en bezoekt familie. Een zeer sociaal ingesteld man."

"Hoe staat hij er WAO gezien voor?", wil ik weten. "Want hij is van baan veranderd omdat dat te zwaar voor hem was. Hij is daarbij ook in salaris achteruitgegaan, dus van welk salaris ga je nu uit bij de WAO-berekening? Volledig arbeidsongeschikt betekent 70% van je laatste verdiende salaris." "Daar hebben we naar gekeken, Marie-José", zeggen Pieter en Bart. "Kijk, je laatst verdiende salaris telt. Iedereen moet werk kiezen naar krachten en bekwaamheden. Het salaris wat je daarmee verdient telt. Als je in een hogere functie gaat werken, is dat 'boven krachten of bekwaamheden' en vormt dat geen basis voor de WAO." "Hoe zit dat dan bij meneer Lavendel?", wil ik weten. "Wel, hij was van 1970 tot 1977 betonwerker, van 1977 tot 1979 inpakker en vanaf 1979 tot 1990 meubelmaker. Als jij nu kunt aantonen dat hij in 1979 al even arbeidsongeschikt was als nu, dan kun je teruggaan naar het loon van inpakker. Maar hoe heeft hij dat laatste werk dan elf jaar kunnen volhouden? Hij is er dus met eigen volledige bekwaamheid aan begonnen. Normaal ga je namelijk de ziektewet in als je 't niet meer kunt. Dus geen artikel 1811 - dat is arbeidsongeschikt bij aanvang, voor dit werk - voor meneer Lavendel." Ik knik. Ik geloof dat ik het snap: meneer Lavendel gaat de WAO in, met 70% van zijn loon als meubelmaker. •

G E L E T T E R D

R.J.M. Dillmann, E. van Leeuwen, G.K. Kimsma (red.). Ethiek in de medische praktijk.

Wetenschappelijke uitgeverij Bunge (in samenwerking met de KNMG), Utrecht, 1993. ISBN 90-6348-297-3. 196 blz. Prijs f 42,40 (voor KNMG-leden: f 37,50).

DEZE BUNDEL BEVAT de zestien voordrachten, gehouden tijdens de in 1992 door de KNMG, in samenwerking met de Vakgroep Meta-medica van de Medische Faculteit van de Vrije Universiteit, georganiseerde Eerste Slauerhoff Conferentie. Waarom de naam Slauerhoff aan deze conferentie over ethiek in de medische praktijk verheldert mevr. de Beaufort aan de hand van de parabel over de broer van de verloren zoon waarin het gaat over 'eigen schuld, dikke bult'. Collega Slauerhoff dichtte immers: 'In Nederland wil ik niet leven, men moet er steeds zijn lusten reyen, terwille van de goede bureu'... Kuitert, Dunning en Van Leeuwen schreven het deel 'Ethiek: de waarden van zorg'. Kuitert pleit voor het moreel beraad op basis van de vier principes van Beauchamps en Childress: geen kwaad doen, weldoen, respect voor andermans autonomie en rechtvaardigheid als verdelingsprincipe. Van Leeuwen geeft aan hoe drie contexten, die van eerbied van het leven in relatie tot de biotechnologie, die van het technologisch imperatief en die van de verzorgingsstaat de concretisering van deze vier principes beïnvloeden. Gevers, mevr. Kastelein en Sutorius schreven het deel 'Recht en ethiek: wat kan, maar niet mag'. mevr. kastelein stelt hierin aan de orde dat de regelingen in de WGBO (art. 1653 b,c en d) tekort over de plicht van de arts de patiënt over voorgenomen handelingen te informeren, in de praktijk een aantal niet te negeren problemen oplevert. In het 'Arts en patiënt: hebben zij een relatie?', waaraan mevr. Dupuis en Kimsma bijdroegen gaat Kimsma op het thema 'informed consent' verder. 'Consent' houdt geen toestemming maar instemming in. Kimsma benadrukt dat de communicatie over instemming pas op het fundament van de relatie tussen arts en patiënt effectief kan worden. Binnen de medisch-ethische literatuur wordt de beperktheid van een louter juridische benadering tegenwoordig erkend. In het deel 'Klinische ethiek: op leven en dood' stellen Van Delden, Van der Wal, Schudel en Sauer het besluit niet te reanimeren, de levensbeëindiging zonder verzoek, de hulp bij zelfdoding en de problemen in de neonatologie helder aan de orde.

Hoewel goed-doen één van de vier leidende ethische principes voor de arts is, wijst Van der Wal het niet juist bij afwezigheid van een expliciet verzoek op dit principe levensbeëindigend handelen te rechtvaardigen. Echter, "in bepaalde extreme situaties, mag misschien iets wat niet mag". Tenslotte verzorgen Dillmann, Bonsel, Oostvogel en mw De Beaufort het deel 'Zorg en controle: beheer over leven en dood'. Uit dit deel licht ik de bijdrage van Dillmann over preventie. Hij behandelt dit aan de hand van het rechtvaardigheidsprincipe. Screening kan dan worden opgevat als een vorm van positieve discriminatie. Deze is alleen gerechtvaardigd als een programma voordeel heeft voor diegenen die een relatief groot risico op een relatief groot verlies in anders ziektevrije levensduur. Programma's met een substantiële verlenging van de ziektevrije levensduur bij enkelen hebben de voorkeur boven programma's die resulteren in een kleine verlenging bij velen. Hiermee zij aangetoond, dat dit boekje voldoende stof tot denken geeft.

C. Spreeuwenberg

C. König-Zahn, J.W. Furer, B. Tax. Het meten van de gezondheidstoestand. Beschrijving en evaluatie van vragenlijsten. Deel 1: Algemene gezondheid.
Van Gorcum/Assen 1993. ISBN 90-232-2756-5. 152 blz. Prijs: f 39,50.

GEZONDHEID IS niet alleen de afwezigheid van ziekte, maar wordt vaak ruimer gezien in de zin van 'welbevinden'. In de laatste decennia wordt gezondheid veelal opgevat als het vermogen van een individu zijn dagelijkse activiteiten te verrichten om zo een emotioneel en sociaal welzijn en een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te realiseren. Door de verschuivingen in ons ziektepatroon - een relatieve afname van sterfte aan infectieuze aandoeningen en toename van chronisch degeneratieve aandoeningen - voldoen morbiditeit en mortaliteit steeds minder als parameters om de gezondheidstoestand van een populatie te meten, verschillen in medische consumptie te verklaren of de effectiviteit van voorzieningen of interventies te kunnen vaststellen. Zo ontstond er behoefte aan instrumenten waarmee de subjectieve gezondheidstoestand wat betreft lichamelijke, psychische en sociale aspecten kan worden gemeten. Verfijndere methoden met behulp van vragenlijsten met vaste

antwoordcategorieën die de laatste twee decennia zijn ontwikkeld, worden steeds meer toegepast. De meeste van deze lijsten zijn ontwikkeld voor specifieke ziektecategorieën. Een beperkter aantal pretendeert een algemeen - niet-aandoe-ning-gebonden - gezondheidsbegrip te meten, dat fysieke, psychische en sociale aspecten omvat. David Wilkin c.s. hebben een voorbeeldig overzicht van algemene en ziektespecifieke vragenlijsten gegeven voor het Engelse taalgebied ten behoeve van de eerstelijnsgezondheidszorg.¹ Mevrouw König-Zahn en haar collega's Furer en Tax hebben nu in deel 1 van 'Het meten van de gezondheidstoestand' een helder, goed verantwoord overzicht beschreven van de belangrijkste algemene gezondheidsvragenlijsten die in Nederland frequent worden gebruikt, zoals de enkelvoudige vraag naar de subjectieve inschatting van de algemene gezondheidstoestand, de Duke Health Profile, de MOS SF-20, de Nottingham Health Profile (NHP) en de Sickness Impact Profile (SIP). Bij elke schaal wordt ingegaan op de doelstelling, het begrip, de beschrijving, de betrouwbaarheid en de validiteit en de inmiddels gebruikte vertaalde en aangepaste versie. Tenslotte volgen referentiegegevens en een beschouwing. Hoewel de verantwoording van de selectie stelt dat deze beperkt is tot vragenlijsten die kunnen worden gebruikt in de open populatie, zijn de meeteigenschappen grotendeels beschreven aan de hand van onderzoek onder verschillende categorieën patiënten. Ook de COOP/WONCA-kaarten, die alleen in de klinische situatie zijn uitgetest, zijn opgenomen. Dit boek is in opdracht van de Programma-commissie Determinanten van gezondheid tot stand gekomen (1989). De auteurs hebben een verantwoorde en informatieve handwijzer met ruime bronvermelding ontwikkeld voor onderzoekers die een meetinstrument willen kiezen om de algemene gezondheid te meten van bijvoorbeeld een open populatie (zoals het CBS, de GGD's), binnen de huisartsgeneeskunde en in de kliniek. Aangekondigd is dat in het najaar van 1993 deel 2 verschijnt, waarin vragenlijsten op het gebied van lichamelijke en sociale gezondheid zullen worden beschreven. •

*Marijke Kuyvenhoven,
vakgroep Huisartsgeneeskunde RUU*

Literatuur

1. Wilkin DL, Hallam MA Dogget. Measures of need and outcome for primary health care. Oxford/New York/Tokyo: Oxford University Press, 1992.

Nieuwe inschrijvingen

S R C

Specialisten ingeschreven in het specialisten register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in de maand mei 1993:

Allergologie

H.H. Franken, 1.4.1993

Anesthesiologie

S. Hondema, 1.4.1993

Cardiologie

mw N.M. Panhuyzen-Goedkoop, 1.4.1993

Dermatologie en venerologie

dr D.J. der Kinderen, 1.4.1993

Gastro-enterologie

dr J. van Hattum, 17.12.1992
Zijn inschrijving als internist per 1.6.1990 komt hiermede te vervallen.

Heelkunde

B. Janssens de Varebeke, 27.1.1993
C.F. Kuijper, 1.12.1992
J.W.A. van Luijt, 10.2.1993
W. van Overhagen, 1.1.1993
C. van der Waal, 1.1.1992

Inwendige geneeskunde

J.M.M. de Boer, 1.3.1988
M.M.E.M. Bos, 11.4.1993
dr W.R. Gerritsen, 1.3.1993
G.M.P. Houben, 1.4.1993
M.L. van Ierland-van Leeuwen, 1.1.1993
M.M.W. Koopman, 1.4.1993
J.M.J. de Meester, 30.3.1993
S.C. Nannan Panday, 1.10.1992

Keel-neus-oorheelkunde

J.J.S. Mulder, 1.4.1992

Kindergeneeskunde

J.W.F.M. Jacobs, 1.10.1992
R.H. Lopes Cardozo, 1.4.1993

M.O.J.M. Visser, 1.4.1993

Klinische chemie

A. Martens, 1.2.1993

Longziekten en tuberculose

G.J. Jukema, 15.4.1993

Medische microbiologie

P.M. Schneeberger, 1.2.1993

Neurologie

A.T.M. Hageman, 1.1.1993

aantekening Klinische Neurofysiologie

S.T.F.M. Frequin, 1.1.1993
C.A.M. Henke, 1.1.1993

Nucleaire geneeskunde

C.H.J.M. Ticheler, 1.4.1993

Oogheelkunde

A.C.C. Doorenbos-Bot, 1.4.1993
M.W.R.J. Schijns, 1.5.1993

Orthopedie

J.P.L. Stoppie, 17.3.1993

Plastische chirurgie

A.B. van Doorn, 1.12.1992

Psychiatrie

H.C.J. Delpeut, 16.2.1993
E.M. Feith, 1.10.1992
J.L.M. Hendriks, 1.3.1993
H. Kalse, 1.3.1993
T.W.M. van Keijsteren, 1.3.1993
M.C. van der Laan, 1.3.1993
J.W.G. Meissner, 1.5.1993
R. Mentjox, 1.4.1993
A. Modders, 1.3.1993
H. Olthuis, 1.12.1992
M.E.C.P. Smits, 1.3.1993
J.M. Teeuwisse, 1.10.1992

Radiodiagnostiek

E.P. Bom, 1.3.1993

Radiotherapie

H.J.M. van der Planken, 15.4.1993

Revalidatiegeneeskunde

M.J. Krans, 30.10.1992

Verloskunde en gynaecologie

J.F. Admiraal, 1.2.1993
dr B. Arabin, 27.1.1993
J.J.P.M. Pieters, 1.1.1993
D. Wilbers, 1.1.1993
A.G.J. van der Zee, 1.4.1992

Specialisten ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in de maand juni 1993:

Anesthesiologie

L. van den Broek, 1.4.1993
M. Dzolic, 1.1.1993
R.M.J. Wesselink, 1.3.1993

Cardiologie

J.H. Cornel, 1.1.1993
M.J.W. Grosfeld, 1.8.1991
dr J.M. Hartog, 1.6.1993

Cardiopulmonale chirurgie

M.P. Harder, 1.1.1993

Dermatologie en venerologie

mw dr A. Chang, 16.5.1993
dr M.A. de Rie, 1.6.1993
C.J.G. Sanders, 1.3.1993
mw H.J. Stenveld, 1.4.1993

Gastro-enterologie

dr L.F.S.J. Crobach, 1.1.1993
Zijn inschrijving als internist per 1.3.1984 komt hiermede te vervallen.
S.D.J. van der Werf, 1.2.1984
Zijn inschrijving als internist per 1.7.1981 komt hiermede te vervallen.

Heelkunde

K.W. Wendt, 31.3.1993

Inwendige geneeskunde

G.C. Dun, 1.3.1993
mw J.H. Henrichs, 23.3.1993
J.G. van der Hoeven, 1.9.1991

G. Houtmeijers, 27.1.1993
mw B.C. van Jaarsveld, 1.2.1993

T.H. Que, 1.7.1992
M.G.V.M. Russel, 1.4.1993
dr P.J. Voogt, 1.1.1993

Keel-neus-oorheelkunde

mw dr W.J. Fokkens, 15.11.1992
J.J. Quak, 15.3.1993

Kindergeneeskunde

dr C.R.W. Korver, 1.4.1993

Klinische genetica

R.H. Sijmons, 1.5.1993

Longziekten en tuberculose

R.J. van Klaveren, 1.3.1993
M. Westenend, 1.5.1993

aantekening Klinische Neurofysiologie

P. Praamstra, 1.9.1992
E.V. van Zuilen, 1.4.1993

Oogheelkunde

mw J.U. Breeveld, 17.4.1993
W.M.M. Huige, 1.5.1993
M.N. Zaman, 24.3.1993

Pathologie

A. Karrenbeld, 1.5.1993

Psychiatrie

mw G.M.J. van den Brink, 1.3.1993
M.J. Bruna, 1.4.1993
mw K. Foeken, 1.4.1993
L. de Haan, 1.4.1993
mw L.A.B. Oustecka, 19.5.1993
P.R. Roels, 1.3.1993
mw C.C.M. de Schinkel, 4.4.1993
J. Spijker, 1.5.1993
J.G.P.L.E. Steyaert, 18.5.1993
J. Vink, 1.4.1993
mw H.B. Winkel, 1.4.1993
Radiodiagnostiek
dr K. Brakel, 1.3.1993

• CSG • CHVG • SRC • SGRC • HVRC •

K N M G - C O L O F O N

Reumatologie

W.F. Lems, 1.3.1993

Verloskunde en gynaecologie

A. Logmans, 25.3.1993

J.G. Santema, 1.5.1993

N.W.E. Schuitemaker, 1.11.1991

J. Wijma, 1.4.1993

Specialisten ingeschreven in het specialisten register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in de maand juli 1993:

Anesthesiologie

mw S.A.J.M. ten Brink, 1.5.1993

A.D. van der Meer, 1.6.1993

Cardiologie

mw C. Barmen 't Loo-Lelieveld, 1.1.1993

H.A. Gratama, 1.3.1993

dr W.T.J. Jap Tjoen San, 1.5.1993

J.S. van Os, 1.4.1993

dr A.R. Willems, 1.5.1993

Gastro-enterologie

dr G. den Hartog, 15.7.1988

Zijn inschrijving als internist per 15.5.1985 komt hiermede te vervallen.

Heelkunde

R.M.H. Roumen, 1.1.1993

dr J.R.M. van der Sijp, 1.7.1993

J.W.D. de Waard, 1.6.1993

Inwendige geneeskunde

E.F.H. van Bommel, 1.6.1993

mw E.W.C.M. van Dam, 1.4.1993

N.A. Foudraine, 1.6.1993

T. van Gelder, 1.5.1993

E.V. Planken, 1.5.1993

A.J.A.M. van der Ven, 1.4.1993

dr C.A. Verburgh, 1.7.1993

Keel-neus-oorheelkunde

M.H.J.M. Majoor, 1.4.1993

Kindergeneeskunde

mw C.J.M. Buzing, 1.5.1993

R.M. Colombijn, 1.7.1993

mw C.E.M. Gidding, 1.2.1993

Longziekten en tuberculose

F.M.N.H. Schramel, 1.6.1993

J.H.E.M. Schijen, 3.4.1993

Medische microbiologie

J.A.J.W. Kluijtmans, 1.7.1993

Neurologie

mw G.A. Graveland, 1.4.1993

mw dr J.C. van der Poel, 1.4.1993

mw M.A. Struijs, 1.6.1993

G.A.M. Verheul, 1.6.1993

aantekening Klinische Neurofysiologie

mw G.A. Graveland, 1.4.1993

J.H.T.M. Koelman, 1.5.1993

R.A. van der Kruijk, 1.7.1993

Nucleaire geneeskunde

M.E. Hakman, 1.7.1993

W.D. Tan, 1.9.1992

Zijn inschrijving als internist per 1.7.1981 komt hiermede te vervallen.

Oogheelkunde

mw E.M. Beems, 1.7.1993

dr C.A.B. Webers, 1.3.1993

Uitgeschreven uit het Specialisten Register:

dr J.J.M. Sauter, 27.7.1993

Ingeschreven voor het specialisme

Oogheelkunde per 1.11.1975

Pathologie

mw dr A.M. Uyterlinde, 15.11.1992

Plastische chirurgie

mw Y. Jonasse, 1.3.1993

Psychiatrie

R.A. Jongedijk, 1.5.1993

mw W. van der Plas, 1.10.1990

mw V.M.J. Wils, 18.6.1993

Radiodiagnostiek

C.M. Raaijmakers, 16.6.1993

J.L. Seelen, 1.7.1993

Radiotherapie

mw C.L. Creutzberg, 1.8.1993

Revalidatiegeneeskunde

F.C. Lem, 1.10.1992

mw J.M.A. Visser-Meilij, 1.3.1993

Urologie

E.J. Barten, 1.7.1993

R. Hassankhan, 1.1.1993

R. Vleeming, 1.7.1993

Verloskunde en gynaecologie

mw A.B.F. Crane-Elders, 16.6.1993

mw A.G. Minkhorst, 1.5.1993

mw E.A. Robertson, 1.3.1993

KNMG

Koninklijke Nederlandse Maatschappij
tot bevordering der Geneeskunst
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
tel. 030 - 823911

Postadres

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

Postgironummer

58083-AMRO banknummer 45 64 48 969

KNMG-Informatielijn

030-823339

KNMG-antwoordapparaat

030-823201

Telefax

030-823326

Dagelijks bestuur

R.H. Levi, voorzitter;
mw J.G.M. Lanphen, ondervoorzitter;

H. Knook

F.M.L.H.G. Palmen

dr G.M.H. Tanke

E. Iwema Bakker

SecretariaatTh.M.G. van Berkestijn, *secretaris-generaal*dr R.J.M. Dillmann, *secretaris-arts*mw dr W.R. Kastelein, *secretaris-jurist*R.J. Mulder, *secretaris Verenigingszaken en PR*

K. Theunissen, *hoofd financieel-economische
en administratieve zaken*

LHV*Landelijke Huisartsen Vereniging*drs Chr. R.J. Laffr e, *algemeen directeur*mw G.J.M. Venneman, *informatrice***LSV***Landelijke Specialisten Vereniging*drs F.W.M. Hol, *directeur*J.H. v. Doorn-Knul, *hoofd communicatie***LAD***Landelijke vereniging van Artsen**in Dienstverband*mr A.W.J.M. van Bolderen, *directeur*mw J.C. Steenbrink, *secretaresse***LVSG***Landelijke Vereniging van**Sociaal-Geneskundigen*A.L.J.E. Martens, *directeur*

mw J.A. van Walderveen-van der Louw,

*secretaresse.***CC**

*Centraal College voor de erkenning en registratie van
medische specialisten*

mw mr H.A. van Andel, *secretaris*mw C.S. de Jong, *secretaresse***CSG***College voor Sociale Geneeskunde*A.L.J.E. Martens, *secretaris*mw C.S. de Jong, *secretaresse***CHVG***College voor Huisartsgeneeskunde en**Verpleeghuisgeneeskunde*mr J.C. de Hoog, *secretaris*mw C.S. de Jong, *secretaresse***SRC***Specialisten Registratie Commissie*dr J. Felderhof, *secretaris*mw J.M. Koornneef, *wnd bureauhoofd***SGRC***Sociaal-Geneskundigen**Registratie Commissie*mw mr P.A. van Tilburg-Hadders, *secretaris*mw D. Hennevelt-Wolters, *secretaresse*

Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.

HVRC*Huisarts en Verpleeghuisarts**Registratie Commissie*dr L.R. Kooij, *algemeen secretaris*N.F. de Pijper, *secretaris*mw drs E.T. Wismeijer, *chef de bureau***Bibliotheek**prof. dr M.J. van Lieburg, *bibliothecaris*

p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425,

Amsterdam.

Stichting Werkgelegenheid GeneeskundigenE. Iwema Bakker, *voorzitter*

bureau-adres Lomanlaan 103,

3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911.

De besturen van de KNMG en haar organen zijn verantwoordelijk voor de inhoud van het officieel gedeelte en de berichtgeving vanuit de verenigingen.

A M B U L A N T**- 7 DECEMBER - DI.**

Academisch Medisch Centrum te Amsterdam:
nascholingsdag 'Mictieklachten bij de oude man', georganiseerd door Bureau PAOG-Amsterdam.

Inlichtingen: bureau PAOG-Amsterdam, tel. 020-5664801.

- 8 DECEMBER - WO.

Polikliniek VU ziekenhuis Amsterdam:
symposium 'CAPD-thuiszorg, een haalbare zaak!', georganiseerd door het Onderzoekscentrum 1e-2e lijn VU ziekenhuis.
Doelgroep: kruisorganisaties, dialyseverpleegkundigen, nefrologen, huisartsen, zorgverzekeraars, beleidsmedewerkers en overheid.

Inlichtingen: mw R. Verdurmen, tel. 020-5483300.

- 10 DECEMBER - VR.

Katholieke Universiteit Nijmegen:
PAOG-cursus 'De nieuwe wet voorzieningen gehandicapten in de dagelijkse praktijk', bestemd voor verpleeghuisartsen, medisch adviseurs van verzorgingshuizen, artsen van indicatiecommissies, RIAGG-artsen en huisartsen.

Inlichtingen: mw B. Hachmang-Rissenbeek/J. Müskens, tel. 080-617688/619007.

- 10 EN 11 DECEMBER - VR./ZA.

Kasteel Nijenrode te Breukelen:
studiedag 'Management van professionals in de gezondheidszorg'.

Doelgroep: huisartsen, specialisten, directies van ziekenhuizen en zorginstellingen, zorgverzekeraars, adviseurs en beleidsmedewerkers op het terrein van de gezondheidszorg.
Inlichtingen: MRC Nijenrode, Karin Thijsen, tel. 03462-91562.

- 13 DECEMBER - MA.

AMC te Amsterdam:
cursus 'Sociaal arbeidsbeleid, human resource management', bestemd voor functionarissen die werkzaam zijn op Arbo-terrein.
Inlichtingen: M.R.M. van der Pol, tel. 020-5664949.

- 14 DECEMBER - DI.

Vrije Universiteit Amsterdam:
Nascholing huisartsen 'Problematiek van het eerste levensjaar'.

Inlichtingen: Bureau PAOG-Amsterdam, mw J.M. van Dam, tel. 020-5664801.

- 14 DECEMBER - DI.

Congresgebouw te Den Haag:
symposium over functiegerichte zorg 'Trends en toekomst', georganiseerd door LSOB/NIG.

Inlichtingen: LSOB/NIG, tel. 03405-70281.

- 15 DECEMBER - WO.

EuroOase Hotel/Congrescentrum te Amersfoort:
themapdag 'De huisarts in samenwerking met...' verpleeg- en verzorgingssector, zorgverzekeraars, specialisten, geestelijke volksgezondheid en collega's.

Inlichtingen: KVA Forum, tel. 01820-80177/81144.

- 16 DECEMBER - DO.

FME-kantoor te Zoetermeer:
seminar 'CE markering medische technologie', de praktische gevolgen van de EG-richtlijn Medische Hulpmiddelen voor handel en industrie.

Inlichtingen: J.W. van Pagée, tel. 079-531355.

- 16 EN 17 DECEMBER - DO./VR.

Gorlaeus Laboratoria te Leiden:
PAOG-cursus 'Vorderingen en praktijk', bestemd voor huisartsen en verpleeghuisartsen (in opleiding).
Inlichtingen: Bureau van de Boerhaave Commissie, mw D. Hage, tel. 071-275293.

- 17 DECEMBER - VR.

Vergadercentrum 'Vredenburg 19' te Utrecht:
PAO-cursus 'Medisch Tuchtrecht'.
Doelgroep: Artsen, patiëntenverenigingen, gezondheidszorginstellingen, rechtshulpverlenende instanties e.d.
Inlichtingen: Faculteit der Rechtsgeleerdheid de Universiteit van Utrecht, tel. 030-537021/537022.

- 17 DECEMBER - VR.

Jaarbeurs te Utrecht:
congres 'Kostprijsberekening in de gezondheidszorg', georganiseerd door het Nederlands Studie Centrum.
Inlichtingen: Ph.I. Idenburg, tel. 010-4349966.

- 27 DECEMBER - MA.

Kennemer Gasthuis locatie Elisabeth Gasthuis te Haarlem:
sportmedisch congres 'Een bekeld gevoel'.
Doelgroep: huisartsen, fysiotherapeuten, sportgeneeskundigen, orthopeden en neurologen.
Inlichtingen: YvH Office Support, tel. 023-384746.

- 7 JANUARI - VR.

Ziekenhuis Eemland, locatie St. Elisabeth Ziekenhuis te Amersfoort:
workshop 'Een medisch diagnostisch centrum, hoe krijg je dat van de grond?', georganiseerd door de diagnostische centra Maastricht, Helmond en Amersfoort in samenwerking met de LHV.
Inlichtingen: mw Kleuters, tel. 033-757450.

- VANAF 11 JAN. T/M 22 MAART - DI.

Academisch Ziekenhuis Utrecht:
cursus 'Capita Selecta Gezondheidsrecht', georganiseerd door de Vakgroep Algemene Gezondheidszorg. Doelgroep: artsen, hulpverleners, beleids- en staffunctionarissen in de gezondheidszorg en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties.
Inlichtingen: mw L. Boonekamp, tel. 030-538111.

- 12 JANUARI - WO.

Ziekenhuis Gooi-Noord te Blaricum:
mini-symposium 'Medisch beroepsgeheim onder druk', in verband met het vertrek van dr mr C. Lameer, radioloog.

Inlichtingen: Directiesecretariaat, tel. 02153-913335.

- 15 JANUARI - ZA.

Institute of Social Studies te Den Haag:
symposium 'Het is tijd voor (grote) verandering in de gezondheidszorg'.
Doelgroep: aanbieders van zorg, verzekeraars, beleidsmakers en politici.
Inlichtingen: OVC, tel./fax 023-251501.

- 18 JANUARI - DI.

De Doelen te Rotterdam:
congres 'Toezicht houden en besturen; professionalisering in de non-profit sector', georganiseerd door het Nederlands Studie Centrum.
Inlichtingen: NSC, tel. 010-4349966.

- 19 JANUARI, 2 EN 9 FEBRUARI - WO.

Scandic Crown Utrecht:
23ste leergang 'Financieel management van non-profit organisaties', bestemd voor directeurs, hoofden en beleidsmedewerkers die verantwoordelijk zijn voor de financiële zaken of die in hun werk in belangrijke mate met financiële zaken te maken hebben.
Inlichtingen: NSC, mr N.J. Mookhoek/Nathalie van 't Hoen, tel. 010-4349966.

- 20 EN 21 JANUARI - DO./VR.

congrescentrum De Blijde Werelt te Lunteren:
tweedaagse cursus 'Traumatologie', georganiseerd door de VVAA Commissie Spoedeisende Geneeskunde.
Doelgroep: huisartsen, bedrijfsgeneeskundigen, militair artsen, ambulance-verpleegkundigen en anderen.
Inlichtingen: secretariaat VVAA Commissie Spoedeisende Geneeskunde, tel. 030-474368.

- 21 JANUARI - VR.

Medische faculteit Erasmus Universiteit Rotterdam:
cursus 'Keuzes in de medicatie', bestemd voor huisartsen (in opleiding), apothekers in FTO-groepen, medisch adviseurs en zorgverzekeraars.
Inlichtingen: Bureau PAO-Geneeskunde, mw R.E.E. Schrijver, tel. 010-4087880/7881/7879.

- 22 JANUARI - ZA.

Faculteit der Psychologie, Universiteit van Amsterdam:
congres 'Chronisch ziek; relaties, seksualiteit'.
Doelgroep: huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en gedragswetenschappers die betrokken zijn bij de zorg voor chronisch zieken.
Inlichtingen: Congressecretariaat, tel. 020-6169540.

- 22 JANUARI - ZA.

Faculteit der Psychologie UvA, Amsterdam:
congres 'Chronisch ziek, relaties en seksualiteit', georganiseerd door de Nationale Commissie Chronisch Zieken en de Nederlandse Behaviorial Medicine Federatie.
Inlichtingen: Bureau Lambregts, tel. 020-6169540.