

Medisch Contact

Redactioneel

MEDISCH CONTACT

verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoordig verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de K.N.M.G. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

Bestuur Medisch Contact

Dr. J. Degenaar, voorzitter; B. Q. A. Enneking, onder-voorzitter; Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M. Kemperstraat 5, Utrecht); G. A. C. Bosch, penningmeester; F. Moerman.

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur; J. J. van Mechelen, redactiesecretaris; C. C. G. Jansens en R. A. te Velde.

De redactie is gevestigd Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030 - 885411.

Uitgever

Uitgeverij Kruid b.v., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum; telefoon 02159 - 16241*.

Abonnementen

Voor niet-leden van de K.N.M.G. f 50,— plus f 2,— BTW; buitenland f 55,—; losse nummers f 1,56 (inclusief BTW). Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

Advertenties

In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend bij de uitgever. Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Adreswijziging

Leden der K.N.M.G. uitsluitend aan de afdeling Ledenregister der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Oplage: 17.890 exemplaren.

Druk: Verweij, Mijndrecht.

INHOUD

No. 2 - 12 januari 1973

REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie	34
<i>Inzender: Dr. Mr. Dr. W. Schuurmans Stekhoven</i>	
Dr. A. E. Leuftink, de nieuwe Maatschappij-voorzitter	37
Presidium en D.B. der Maatschappij in 1973	38
Mej. L. M. C. van Dijk 25 jaar bij K.N.M.G.	38
Kinderarts en euthanasie, door Dr. W. van Zeven	39
Neuroloog en euthanasie, door Dr. J. M. J. Tans	43
Jurist en euthanasie, door Mevr. Dr. Mr. H. A. H. van Till-d'Aulnis de Bourouill	46
Geriatr en euthanasie, door Dr. F. J. G. Oostvogel	51
Stervenshulp en euthanasie, door Dr. Paul Sproken	54
Een bijdragen aan de discussie over euthanasie, door F. Wijnbergh	57
Prijzenbeschikking medische hulp aan particuliere patiënten 1973	59
Ziekenfondswet prevaleert boven ziekenfondsstandpunt	60
OFFICIEEL	61
Inhoudsopgave „Officieel” ..	64

Brieven aan de redactie

Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten.

„HET ROOKGORDIJN”

Het kerstnummer 1972 van M.C. (Medisch Contact nr. 51/1972) zal tot in lengte van dagen het Smalhoutnummer worden genoemd. Belangrijker dan het commentaar van insiders bleek mij die van outsiders die met belangstelling en begrip, nuchter, de strijd om „De dood op tafel” volgden. Zij bleken veel geïnteresseerder dan de insiders. Ik sprak achtereenvolgens een futuroloog, een taalkundige, een ziekenhuisdirecteur, een ambtenaar van de burgerlijke stand, een commissaris van politie, een Veiligheidswet-inspecteur, een statisticus, een wettelijke-aansprakelijkheids-assuradeur, een historicus, een latinist en last not least in één week een half dozijn verwanten van na operatie overleden patiënten. Ik noem geen namen, noch enig identificeerbaar gegeven. Ik wil alleen — als toeschouwer samenvattend wat ik opstak — de „voorlopige balans” opmaken van de vorderingen die Smalhouts strijd tegen de „traagheidsmacht” oogstte.

De 200 van Smalhout — Voor dat (geschatte) cijfer van Smalhout had niemand enige interesse, evenmin als voor de cijfers van Hoogendoorn en zijn hele „medische registratie”. Elke postoperatieve doodsoorzaken-statistiek is waardeloos, zolang men er niet van uitgaat dat postoperatief overlijden geen natuurlijke dood is. Elke operatie is medisch-juridisch „geweldsinwerking”, elke anesthesie ook (chemisch geweld). „Meldingsplicht” van postoperatief overlijden is zinloos, en overbodig, indien dan lijkschouwing moet worden gehouden en de minister van Justitie de parketten instrueert steeds sectie te gelasten. Daar hoeft Zeldenrust niet aan te pas te komen; elk zich zelf respecterend ziekenhuis behoort een patholoog-anatoom te hebben. Natuurlijk ontsnappen dan aan de „medische registratie” nog de als gevolg van verzuimde operatie bijvoorbeeld aan een maagperforatie overleden patiënten.

De bewaking ante, durante et post operationem — In werkelijkheid gaat de titanenstrijd van Smalhout om de leiding van de „patiëntenbewaking”, met name in de klinieken van de „snij-

dende specialisten”. Die strijd concentreert zich speciaal op de leiding van de „intensive care-afdeling”, die ouderwetse snijdende specialisten tot elke prijs willen houden, ofschoon zij weten dat hun eigen assistenten geen all-round „bewakingsspecialisten” zijn. Zij willen geen twee kapiteins op één schip. De algemene chirurgen hebben al tenminste driekwart van het arbeidsveld moeten prijsgeven - otorhinolaryngologie, neurochirurgie, orthopedische chirurgie, urologie, longchirurgie, hart- en vaatchirurgie, plastische chirurgie, vrouwenbuikchirurgie, straks misschien ook nog de traumatologie. Maar ook die „deelchirurgen” willen hun intensive care-afdeling niet kwijt, en dat hoeft ook niet als alle snijdende specialisten met de „bewakingsspecialist” eendrachtig samenwerken bij de beveiliging. De „grote” snijdende specialisten (neurochirurgen, long- en hartchirurgen, transplantatiechirurgen) zijn van die onmisbaarheid van de „bewakingsspecialist” (die ten onrechte nog anesthesioloog heet) ten volle overtuigd: hun operaties zijn ondenkbaar geworden zonder „teamwork”, met al zijn speciale problemen. Het probleem is, dat Smalhout, een vinger in de intensivecare-pap eist van alle snijdende specialisten.

De „bewakingsspecialisten-opleiding” — Smalhout is een „handgranatenkundig” journalist, die precies wist hoe hij de heilige huisjes moest raken. Hij is allerm minst een Don Quichotte, die met windmolens vecht. Hij trof tegelijk de vele snijdende specialisten die nog met niet of onvoldoende anesthesiologisch geschoolde narcotiseurs werken, hij trof de anesthesisten die aan 2 soms 3 of zelfs 4 tafels tegelijk werken, hij trof de ziekenhuisdirecteuren en besturen die dat onverantwoordelijke werk tolereren. Hij trof het allerraakst de semi-officiële specialisten-opleidings- en registratie-organen die tot dusver de „bewakingsspecialisten-opleiding” zelfs niet op het minimum E.E.G.-peil hebben willen brengen. Hij trof de ministers van Volksgezondheid en van Onderwijs en Wetenschappen, die — omdat zij zijn vertegenwoordigd in die specialistenopleidings- en registratie-organen — mede verantwoordelijk zijn voor de onvoldoende „anesthesiologische beveiliging” van de Nederlandse ziekenhuizen. Het verdienstelijke van het Smalhoutnummer is, dat de Nederlandse Anesthesisten Vereniging en de hogleraren en opleiders in de anesthesiologie in grote lijnen de juistheid van Smalhouts bezwaren hebben erkend.

De veiligheid in de ziekenhuizen — Bepaald vermakelijk vonden vele outsiders de slotlinea van wat zij de „pruilende boutade” van Keuskamp noemden, waarin als bewijs van het de anesthesio-

logen zeer ter harte gaan van de veiligheid van de patiënt wordt vermeld dat de Nederlandse Anesthesisten Vereniging in januari een jubileumcongres houdt gewijd aan de beveiliging van de patiënt in operatiekamer, „verkoeverkamer” (verbastering van de Engelse term „recovery room”) en intensive care-afdelingen. De algemene reactie was: als het congres de onmiskenbaar bestaande onvoldoende veiligheid erkent, komt het ten minste 5 jaar te laat; maar als het congres die onvoldoende veiligheid verdoezelt, ondermijnt het alleen maar het terecht door Smalhout geschokte vertrouwen in de stand der anesthesiologen. En: laten ze op dat congres vooral niet met cijfers proberen te goochelen en zich liever aan de E.E.G.-eisen houden.

Ziekenhuiswezen — Ziekenhuisdirecteuren gaven liever geen antwoord op de vraag welke rol de „ziekenhuisstaf” bij de beveiliging der patiënten had. Daargelaten, dat lang niet overal een staf die adequaat functioneert bestaat. Men verwees mij naar de klacht van de Ziekenhuisraad, dat de langdurige en moeizame onderhandelingen met de Landelijke Specialististen Vereniging nog altijd niet tot overeenstemming hadden geleid met betrekking tot de redactie van een „model-stafreglement”. Daargelaten, dat ook het beste stafreglement op papier in de praktijk waardeloos is als de veelal zwaar overladen staffleden tijd noch lust hebben om wekelijks te vergaderen, laat staan om hun „linge sale en familie” te wassen. Alleen mannen als Kuyjer, als Smalhout, kunnen met hun eigen assistentenstaf en hun leerlingenstaf wekelijkse necrologierapporten maken waaraan waarde is toe te kennen. Of dwingende voorschriften van de minister van Volksgezondheid op basis van de komende Wet gezondheidsvoorzieningen en thans op basis van de Wet ziekenhuisvoorzieningen ter zake veel invloed zullen hebben, moeten we afwachten.

Aansprakelijkheidsverzekeringswezen — Assurantiemensen die regelmatig worden geconfronteerd met ziekenhuis- en specialistenclaims zijn helemaal niet geschrokken van Smalhout, noch gerustgesteld door Keuskamp en Hoogenboom. Hun reactie was: elk jaar stijgt het aantal claims en helaas ook het aantal ernstige claims die juist blijken. De „dood op tafel” speelt daarbij helemaal geen rol, wel fouten bij operaties, verzuimde operaties, blijvende invaliditeiten die voorkomen hadden kunnen worden, enz. Zij betreurden de publiciteit rondom Smalhout wel, want die had tot een reeks nieuwe, ten dele dubieuze, claims geleid, met alle daaraan verbonden schaderegelingsmoeilijkheden. Dat waren zij overigens wel gewend, omdat dat telkens voorkwam wanneer er weer

een ziekenhuis-„ongeval” de voorpagina van de kranten haalde. Het mondig geworden publiek slikt minder dan vroeger.

„Verdoezelde doodsoorzaken en kunstfouten” — Het trieste gevolg van de publiciteit rondom „De dood op tafel” was de reeks verwanten van na operatie overleden patiënten die geen hen bevredigende inlichtingen had kunnen krijgen over operatiebevindingen en werkelijke doodsoorzaak(zaken). Aan hun „begeleiding” had inderdaad vaak veel zo niet alles ontbroken. Sommigen waren van het kastje naar de muur gestuurd of zelfs niet eens behoorlijk te woord gestaan. Ik onthoud mij van casuïstiek, waar een deel hunner reeds een klacht bij een medisch tuchtcollege had ingediend en een deel van plan was dat te doen. Ik wil wel mede op grond van 25 jaar „schaderegelingservaring” zeggen, dat verdoezeling van kunstfouten en doodsoorzaken het vertrouwen in de stand der geneeskundigen oneindig veel ernstiger ondermijnt dan erkenning. Smalhouts oratie heeft bij het publiek allesbehalve vertrouwensondermijnend gewerkt; hij is voor het publiek de „veiligheidspaladijn”.

Het vertrouwen van het publiek in het medisch tuchtrecht — Het minst geslaagd van het Smalhout-nummer was de in opdracht van het hoofdbestuur van de K.N.M.G. door Van der Mijn en Van Mechelen ondernomen poging om het bij het grote publiek reeds lang sterk gedaalde „image” van het medisch tuchtrecht wat op te halen. Zolang de wetswijziging niet is ingevoerd die in het teken van de openheid staat (openbare uitspraak) zal geen lekenklager meer vrede hebben met wat hij „het onderonsje van het medisch tuchtrecht” noemt. Indien Van der Mijn en Van Mechelen menen, dat zij het ongunstige oordeel van Smalhout over het Mia Versluis-arrest en de Frankenslag-uitspraak afdoende hebben weerlegd, moeten zij maar eens met Keuskamp gaan praten, wiens oordeel even vernietigend is als dat van Smalhout. Hetzelfde advies kan ik geven aan confrère Sinnighe Damsté: als hij met de volledige medische rapporten van de door het Hof geraadpleegde deskundigen en het procesverbaal van hun deskundigenverklaringen ter zitting (plus de rest van het voor hem onleesbare medische gedeelte van het dossier) naar Keuskamp stapt, zal hij misschien gaan begrijpen dat aan zijn visie elk fundament ontbreekt.

Ten besluite — De latinist (jurist) die ik sprak, haalde de „pandecten” van Justinianus uit zijn kast en citeerde: „Imperitia medicorum terra tegit”, wat de historicus (neerlandicus) vlot vertaalde door „De aarde dekt de domheid der



Hippocrates: „Maatregelen op geneeskundig gebied zal ik slechts treffen als ze zover ik kan oordelen en mijn bekwaamheid reikt de patiënt ten nutte zijn en ik zal me er voor hoeden ze op schadelijke en onjuiste wijze aan te wenden. Ook zal ik niemand een dodelijk middel geven, ook niet als ik daarom word gevraagd en ik zal een dergelijk middel ook niemand aanraden”. Eeuwenlang hebben arts, patiënt en wetgever elkaar in de laatste geciteerde zin kunnen vinden. Ook deze „eeuwige waarheid” blijkt met vele andere waarheden in onze tijd aan een herwaardering te worden onderworpen. Velen ervaren, dat de belofte slechts maatregelen te treffen ten nutte van de patiënt strijdig kan zijn met het verbod iemand een dodelijk middel te geven. In de discussie over euthanasie — de zachte dood — komt deze tegenstrijdigheid duidelijk tot uiting.

Maar het gaat niet alleen over de zojuist aangeduide controverse. Wij leven in een cultuur die de dood uit haar leefpatroon verdrukt. Aan de grote zekerheid, voor velen de enige zekerheid: de dood, wordt hardnekkig getwijfeld. De patiënt met een infauste prognose wordt gekoesterd in een wanhopige hoop. Hoop doet immers leven. Dit afwijzen van de dood hangt samen met onze eigen doodsangst. Door de medische macht wordt het aantal genezingen steeds talrijker, maar ook het aantal gedeeltelijke genezingen neemt toe — genezingen die soms zo gedeeltelijk zijn dat van genezen nauwelijks sprake is.

Angst voor de dood lijkt dan ook meer te worden een angst voor het proces dat aan de dood vooraf gaat. Het lijden, de onttakeling, het langdurig sterfbed: daàr ligt voor velen de grote angst. Mevrouw E. Kübler-Ross wijst er in haar boek „On death and dying” op, dat wij van de stervenden kunnen leren wat doodgaan betekent. Het blijkt dat de mens, en vooral, de stervende mens, er behoefte aan heeft op zijn eigen wijze te sterven. Een wijze die in zijn ogen waardig is. Voorwaarde is, dat de patiënt alle informatie krijgt die hij vraagt en inspraak heeft in zijn behandeling. Medisch handelen zou niet moeten verplichten tot het aanwenden van alle middelen om leven te rekken. De dood heeft in vele gevallen het pleit al gewonnen, al onze pogingen ten spijt. Wij moeten dat aanvaarden. Maar alleen als wij in staat zijn alle hulp te bieden, die door de patiënt wordt gevraagd.

Euthanasie kan een middel bij deze stervenshulp zijn. Het bepalen van de grenzen waarbinnen dit middel mag worden gebruikt zal een diepgaande bezinning noodzakelijk maken. Dit nummer van Medisch Contact, dat vrijwel geheel aan euthanasie is gewijd, moge daartoe een hulpmiddel zijn.

doktoren". Ik stak mijn hand in eigen boezem, zuchtte en erkende: „Elke arts heeft een eigen kerkhof(je). Ik heb er ook één. Elke patiënt heeft daar begrip voor, maar niet voor verdoezeling van de fouten." Moge de cri de coeur van Smalhout — ontdaan van minder gelukkige bijkomstigheden — juist verstaan en ter harte worden genomen.

Naarden, 25 december 1972

Dr. Mr. Dr. W. Schuurmans Stekhoven
arts-advocaat

Varia

Folders sociale verzekering — Het Voorlichtingscentrum Sociale Verzekering heeft onlangs twee nieuwe folders doen verschijnen. De eerste, „Sociale Verzekering", geeft een volledig schematisch overzicht van de sociale verzekering met een duidelijke toelichting. De tweede gaat over de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De folders zijn op aanvraag verkrijgbaar bij het Voorlichtingscentrum Sociale Verzekering, Rhijnspoorplein 1, Amsterdam, tel. 020-927474. Alleen bij enigszins grotere hoeveelheden zal de kostprijs in rekening worden gebracht.

Geneeskundestudie favoriet — Tijdens de voorlichtingsdagen aan de Rijksuniversiteit te Groningen is de meeste belangstelling blijkens een mededeling van die zijde uitgegaan naar de geneeskundestudie (208 aspirantstudenten). Daarna volgden rechtsgelerdheid (93), psychologie (73), biologie (65), pedagogiek (54), sociale geografie (45), geschiedenis (41) en Nederlands (38). Met betrekking tot het merendeel van deze studierichtingen werden in het afgelopen jaar „beperkende en/of distribuerende maatregelen" getroffen.

Lekker lang leven — „Leef lang en lekker" is het motto van een actie van de Nederlandse Hartstichting, die groepen huisvrouwen in staat stelt om onder leiding samen een smakelijk cholesterolverlagend maal te bereiden. Plaatselijke afdelingen van de Hartstichting kunnen voor dit doel een beroep doen op één van de acht speciaal voor dit werk klaargestoomde rayondiëtistes. Dit blijkt uit een artikel van Dr. E. Dekker in Hartslag, winternummer 1972. Met

een modelvoeding zou het aantal hartinfarcten in ons land — nu ieder jaar 52.000 — duidelijk kunnen worden verlaagd, naar schatting tot 40.000. Met minder roken, meer bewegen en het behandelen van een eventueel verhoogde bloeddruk zou de winst nog groter zijn, aldus Dr. Dekker.

Mondverzorging — „Het Ivoren Kruis", Nederlandse Vereniging voor Mond- en Tandhygiëne, heeft enkele informatieve drukwerkjes over mondverzorging uitgegeven. Iets voor de wachtkamer? Het gaat om het kaartje „Ja U, a.s. en jonge moeder" (f 0,05 per stuk), een snoeptabel (f 0,10), een „1-2-3"-plaatje (f 0,10) en de brochure „Zorg of verzorging" (f 1,—). Alles te bestellen via „Het Ivoren Kruis", Hoogstraat 111, Rotterdam-3001. Leden genieten 50% reductie op alle uitgaven. Een lidmaatschap kost f 30,— per jaar.

Henri Dunant verkocht — De J. Henri Dunant I, het eerste Nederlandse Rode Kruis Hospitaalschip, zal worden verkocht aan de nationale stichting Varen-de Recreatie. Na een kleine verbouwing zal het schip op 1 maart 1973 weer in gebruik worden genomen. Er zullen vakantiereizen mee worden gemaakt met patiënten uit verpleegtehuizen en psychiatrische inrichtingen. De stichting Varen-de Recreatie werd onlangs opgericht met het doel één of meer hospitaalschepen te beheren. De Nationale Ziekenhuisraad zal binnenkort een aantal bestuursleden in het bestuur van de stichting benoemen. De Henri Dunant II zal op 24 februari 1973 door prinses Margriet worden gedoopt en vervolgens officieel worden overgedragen aan het Nederlandse Rode Kruis. Het schip zal op 12 maart voor het eerst uitvaren met aan boord 74 chronisch zieken en invaliden.

Kinderledikantjes en veiligheid — „Kinderledikantjes en veiligheid" is een nieuwe uitgave van het Veiligheidsinstituut, tot stand gekomen in samenwerking met de Landelijke Werkcommissie Kinderhygiëne van de Kruisverenigingen. De beknopte tekst geeft de belangrijkste punten weer waarop moet worden gelet bij de aanschaf of zelfbouw van een kinderledikantje. „Kinderledikantjes en veiligheid" — prijs per stuk f 0,15, per 100 stuks f 10,— (exclusief B.T.W. en verzendkosten) — is verkrijgbaar bij het Veiligheidsinstituut, Hobbemastraat 22, Amsterdam, tel. 020-736414, toestel 20.

Ontvangen boeken

Abortus nu en straks — Van Loghum Slaterus B.V., Deventer 1972 (Cahiers Bio-Wetenschappen en Maatschappij 1), 68 blz. Prijs: f 5,—; jaarabonnement (4 stuks): f 18,—.

Dr. M. M. Madlener, gynaecoloog, *Voortplanting, een zaak van hormonen*
Drs. S. J. van Driel, socioloog, *Abortus tot nu toe*

Drs. L. Reijnders, biochemicus, *Gezocht: de ideale pil - goed en goedkoop*

Jhr. Mr. A. A. van de Brandeler, *Waar kinderen gewent maar te veel zijn*

Dr. P. A. van Keep, arts, *Van anticonceptie naar antifertiliteit*

Drs. C. de Hoog, socioloog-demograaf, *Abortus als middel tot geboortenbeperking*

Dr. Mr. H. A. H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, *Rechtsbescherming als afspraak*

Prof. Dr. L. W. Nauta, *Filosofierend na woord*

Vademecum verpleegkundige en verplegende beroepen — H. D. Tjeenk Wilink B.V./de Tijdstroom, Groningen/Lochem 1972. Prijs: f 28,50; aanvullingen worden apart berekend.

Losbladige uitgave, na het verscheiden van de „Verpleegstersagenda" samengesteld door de Federatie van verenigingen die de verpleging en andere onderdelen van de gezondheidszorg bevorderen.

Drs. H. van Praag, *Acupunctuur*, Uitgeverij Ankh-Hermes bv v/h N. Kluwer n.v., Deventer 1972, 126 blz. (Oriënt-serie). Prijs: f 14,—.

J. D. Toussaint, arts, *Ziekte als lot en kans. Aanleg, voorkoming en therapie van kanker*, Uitgeverij Ankh-Hermes bv v/h N. Kluwer n.v., Deventer 1972, 254 blz. Prijs: f 19,50.

Prof. Dr. E. H. Hermans, *De arts als patiënt*, Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij N.V., Leiden 1972 (De Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde. Deel 72), 257 blz. Prijs: f 32,50 (f 25,— voor abonnees, studenten en assistenten).

Inleiding

Deel I Dokters behandelen artsen

Deel II Artsen behandeld door dokters

Dr. A. E. Leuftink, de nieuwe Maatschappij-voorzitter

Onder leiding van de aftredende voorzitter van de K.N.M.G., Dr. R. Vermeer, is zaterdag 6 januari j.l. de eerste hoofdbestuursvergadering van 1973 gehouden. Zoals steeds heerste ook in deze eerste vergadering van het nieuwe jaar de bijzondere sfeer, die wordt opgeroepen door het agendapunt: verkiezingen. Aan de orde is dan de verkiezing van een voorzitter, een ondervoorzitter en van de leden van het dagelijks bestuur der K.N.M.G. Dit is een van de weinige aangelegenheden waarover schriftelijke stemming dient plaats te vinden. De resultaten van deze verkiezingen worden op de volgende bladzijde vermeld.

De nieuwe voorzitter van de Maatschappij Geneeskunst is Dr. A. E. Leuftink, die door zijn voorganger werd verwelkomt en daarbij gekenschetst als een autoriteit zonder autoritair te zijn. Men zou kunnen zeggen dat Dr. Leuftink inderdaad een autoriteit is door zijn kennis, zijn vermogen tot logisch denken en door zijn zakelijke benadering van de problemen waarmee een organisatie als onze Maatschappij pleegt te worden geconfronteerd. Degenen die hieruit zouden concluderen dat de nieuwe voorzitter uitsluitend verstandelijk pleegt te reageren, vergissen zich deerlijk. Collega Leuftink kan zich van tijd tot tijd wel degelijk fel en emotioneel in de discussies mengen. Van hem zou dan ook zijn te zeggen dat hij zowel met zijn verstand als met zijn hart is betrokken bij alles wat hij ter hand neemt. De nieuwe voorzitter der Maatschappij heeft in de afgelopen jaren bewezen ook goed te kunnen luisteren, een eigenschap die van groot belang zal kunnen zijn bij de uitoefening van zijn nieuwe functie.

In een kort gesprek heeft Dr. Leuftink ons nader geïnformeerd over wat hij belangrijk acht voor de K.N.M.G.: „Om effectief te kunnen werken zullen we onze doelstellingen wat moeten beperken. Uitgaande van het feit dat de arts diensten verleent jegens de patiënt/consument, zal



moeten worden getracht deze dienstverlening zo goed en efficiënt mogelijk te doen verlopen, daarbij in het oog houdend — maar dat geldt voor iedereen — dat hij in staat is zich in zijn werk waar te maken. De organisatie van de gezondheidszorg is een zaak voor regering en parlement. Via adviescolleges — als voorbeeld is hier de Centrale Raad voor de Volksgezondheid te noemen — heeft de K.N.M.G. met andere organisaties een specifieke inbreng. Beheerders in de gezondheidszorg hebben in het algemeen de neiging de administratie centraal te stellen met als mogelijk gevolg een grauwe middelmaat in de uitvoering van het werk. De mogelijkheid tot maximale ontplooiing van eigen initiatief moet gewaarborgd blijven. Essentieel is de vrijheid van beroepsuitoefening”.

Dr. Leuftink ziet hier duidelijke problemen rijzen: „Voor het eerst in de geschiedenis van de gezondheidszorg krijgt men te maken met het feit dat de beschikbare middelen niet meer toereikend zijn om die diensten te verlenen die technisch mogelijk zijn. De gemeenschap zal prioriteiten moeten stellen. Het vaststellen wat voorrang moet krijgen is in principe

een taak van de regering, maar de arts, casu quo de K.N.M.G., moet daarbij een hoofdrol spelen”.

Een persoonlijke mening van de nieuwe voorzitter is dat er meer aandacht en dus meer geld beschikbaar moet komen voor preventie: „Voorkomen is beter en op de duur ook goedkoper dan alleen cureren. Het vervelende is dat preventie niet spectaculair is, zich niet gemakkelijk laat verkopen.”

Ook binnen de K.N.M.G. staan we volgens collega Leuftink voor belangrijke problemen die om een oplossing vragen: „We hebben een nieuw gebouw en een nieuwe verjongde administratieve top, maar de structuur van de organisatie is in de laatste honderd jaar niet wezenlijk veranderd. De structuur van onze Maatschappij gaat voornamelijk uit van geografische eenheden. In het verleden was dit nog wel zinvol, die eenheden waren te overzien en functioneerden ook als eenheden.

Door de toenemende urbanisatie is de samenhang binnen die eenheden verloren gegaan. We zullen ons af moeten vragen of we niet meer aan nieuwe functionele verbanden moeten gaan denken. Het zou misschien mogelijk zijn deze rondom de ziekenhuisstaven te groeperen. Een andere mogelijkheid zou wellicht zijn te vinden indien het accent in dit verband zou worden verlegd naar de wetenschappelijke verenigingen. Mogelijk zou dit de samenhang tussen de leden onderling kunnen versterken, hetgeen immers voorwaarde is voor een duidelijk verenigingsbeheid.”

Dr. Leuftink vindt niet alleen het arts zijn belangrijk, maar vooral het kunnen functioneren als zodanig binnen een groep. Daarbij denkt hij niet in de eerste plaats aan andere disciplines: „Het al te wijd openen van deuren leidt gemakkelijk tot amorfe toestanden. Graag samenwerken en zo goed mogelijk, maar dan vanuit een eigen verantwoordelijkheid.”

Dr. A. E. Leuftink, die in 1918 is geboren, vervulde zijn dienstplicht als reserve-officier van gezondheid in Indonesië. Hij was vervolgens enige jaren als huisarts gevestigd in Groningen. In 1954 werd hij bedrijfsarts bij de Nederlandse Spoorwegen. Sinds 1959 vervult hij de functie van geneesheer-directeur van de Bedrijfs-geneeskundige Dienst Oost-Gelderland.

Collega Leuftink is enkele jaren voorzitter van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging Groningen geweest, was destijds ook lid van het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging, later van de Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie, van het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde, van het bestuur van de afdeling Oude IJssel en sinds 1969 van het hoofdbestuur der K.N.M.G. welk college hem vorig jaar benoemde tot onder-voorzitter.

De nieuwe voorzitter promoveerde in 1952 bij wijlen Prof. J. J. Th. Vos te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift, getiteld: „De geneeskunde bij 's lands oorlogsvloot in de zeventiende eeuw.” Zijn hobby nog steeds: historia medica.

Bestuur en redactie van Medisch Contact wensen de nieuwe voorzitter van de K.N.M.G. een goede vaart.

B.

Presidium en D.B. der K.N.M.G. in 1973

In de zaterdag 6 januari i.l. gehouden eerste vergadering in 1973 van het hoofdbestuur der K.N.M.G. hebben de verkiezingen voor voorzitter, ondervoorzitter, leden en plaatsvervangende leden van het Dagelijks Bestuur gedurende 1973 tot de volgende uitslagen geleid:

Voorzitter: Dr. A. E. Leuftink, Hoog-Keppel.

Mej. L. M. C. van Dijk 25 jaar bij de K.N.M.G.

Bij de aanvang van 1973 heeft mej. L. M. C. van Dijk 25 dienstjaren bij de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst op haar naam gebracht. Op 2 januari werd haar deswege door het hoofdbestuur een receptie aangeboden, waarbij de op die datum nog functionerende Maatschappij-voorzitter Dr. R. Vermeer bij zijn toespraak in moeilijkheden kwam te verkeren. Want Dr. Vermeer kon de juiste titulatuur niet te pakken krijgen: hoofd van de administratie, hoofd van het personeel, hoofd van het gebouw... waarvan het hoofd? Het hoofd, figuurlijk, van de Maatschappij want mej. Van Dijk, die vele jaren samenwerkte met de voor een oudere art-sengeneratie legendarische mej. Bremer, heeft jaren geleden haar taak en daarmee een met Maatschappij-zaken zwaar beladen hoofd overgenomen. Zij stond en staat iedereen terzijde, is bron van informatie voor een kwart eeuw Maatschappij-zaken, adviseert, wijst de weg, geeft raad, voorkomt met aangeboren tact „binnenlandse” problemen of lost die op, strijkt glad, is de hulpvaardigheid in persoon, kan degenen, die ook wel eens in het individuele vlak hun zorgen voor haar uitstallen, de weldaad schenken van het rustig aanhoren, kortom is een actief en in de vereiste gevallen een passief middelpunt in de gemeenschap binnen het gebouw der Maatschappij.

Een andere moeilijkheid voor Dr. Vermeer was een keuze te doen uit deze veelheid van doening om zijn waardevolle woorden nog nader te adstrueren. Hij koos — nadrukkelijk zeggende dat dit slechts één aspect was — de zorgen,



Secretaris-generaal J. Diepersloot wenst mej. L. M. C. van Dijk geluk met haar zilveren ambtsjubileum. In het midden de voormalige secretaris-penningmeester G. Dekker.

door mej. Van Dijk ontplooid buiten kantooruren (waarin anderen voor deze zaken staan) voor het bureau „Waarnemingen”. 's Avonds en tijdens weekeinden heeft zij de soms dringende vragen om instantelijke waarneming opgevangen om dan meteen al het mogelijke te ondernemen om aan de gewenste voorziening zo spoedig te kunnen voldoen. Dr. Vermeer moëst zich wel tot dit enkele aspect beperken omdat de zilveren jubilarisse had gedecreteerd dat slechts zeer weinig sprekers de sluizen hunner welsprekendheid jegens haar — en dan s.v.p. nog kort! — mochten open zetten. Er volgden nog enkele zeer persoonlijke woorden van waardering van de enkele jaren geleden afgetreden secretaris-penningmeester G. Dekker en diens opvolger secretaris-generaal J. Diepersloot voor de bijstand, welke zij in hun functie van mej. Van Dijk hebben genoten en genieten.

Ten aanzien van de belangstelling voor de receptie had de jubilarisse geen dwingende voorschriften vermogen te geven, zodat zij zich derhalve handdrukken in een aanzienlijk veelvoud van het aantal sprekers moest laten welgevallen. Ook ten aanzien van geschenken — van Maatschappij, Maatschappelijke Belangenverenigingen, personeel, enz. enz. — en bloemen waren harerzijds geen imperatieve tot beperking dwingende orders uitgevaardigd, althans die werden blijkens hetgeen haar werd toegedragen, niet gerespecteerd.

EUTHANASIE

Niet voor tweeërlei vatbare medische grondregels als de eed van Hippocrates en de Declaratie van Genève mag men in geweten van een „tenzij” voorzien: het is gerechtvaardigd sterven toe te staan, wanneer verdere behandeling zinloos is. Aldus Dr. W. van Zeben, kinderarts en eerste spreker op het Euthanasie Symposium dat de afdeling 's-Gravenhage en Omstreken van de K.N.M.G. op 21 oktober 1972 organiseerde. Na hem spraken Dr. J. M. J. Tans, neuroloog, Mevrouw Mr. H. A. H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, geriater Dr. F. J. G. Oostvogel en Dr. P. Sporken, ethicus. Al hun voordrachten worden hieronder afgedrukt, de discussie volgt in M.C. nr. 3/1973.

Dr. Van Zeben sprak over de toelaatbaarheid van euthanasie bij kinderen. Bereikt bij hen een maligne ziekte een stadium waarin het stervensproces niet meer mag worden verhinderd, dan zou men het soms beter kunnen verhaasten. Bij kinderen met aangeboren afwijkingen, zonder duidelijke prognose, kan de toepassing van alle beschikbare medische en verpleegkundige machtsmiddelen leiden tot consequenties die liggen op de grens van het medisch-menselijk toelaatbare.

Dr. Tans benadrukte, dat voor hem als neuroloog het criterium van „een zinvol leven” niet als leidraad voor het medisch handelen kan worden gehanteerd.

Mevrouw Mr. Van Till noemde het onjuist om in verband met levensverkorting te spreken van euthanasie, tenzij het gaat om een levensverkortende opzettelijke gedraging die primair in het belang van de patiënt is.

Dr. Oostvogel zei het belangrijk te achten, dat wij de euthanasie — in de oorspronkelijke betekenis van een goede, gelukkige dood — weer inhoud geven. Een goede passieve euthanasie, en dus een goede stervensbegeleiding, maakt de actieve euthanasie overbodig.

Dr. Sporken stelde vast, dat gevoelens van onmacht het ons moeilijk maken om onze ethische opdracht stervenden hulp te bieden uit te voeren. Vooral deze gevoelens zouden er ons toe kunnen brengen te kiezen voor een doelbewuste drastische verkorting van het stervensproces: een keuze bij vals licht.

Kinderarts en euthanasie

door Dr. W. van Zeben, kinderarts

Misschien hebben sommigen uwer zich afgevraagd waarom een kinderarts op deze dag, gewijd aan de problematiek van de euthanasie, de rij der sprekers opent. Op het eerste gezicht lijkt het toch of deze problematiek van het staken van een zinloze behandeling, van een verkorting van het stervensproces, veel meer op het terrein van de geriater ligt dan op dat van de pediater. Immers: het kind wordt geboren om te leven. Toch wordt de arts ook bij kinderen met deze problematiek geconfronteerd. Een problematiek die op de kinderleeftijd zijn eigen aspecten heeft.

In de eerste plaats omdat de patiënt zelf, het kind, zoals in sommige gevallen de volwassene wel, nimmer

weloverwogen en bewust, met de dood rekening houdt, zijn dood ziet komen, tracht te verwerken en te aanvaarden. Zijn ouders kunnen dat wel en met hen moet de arts dus, zij het op een andere manier, evenzeer rekening houden als met het kind, de patiënt. In de tweede plaats wordt de kinderarts geconfronteerd met pasgeborenen met aangeboren afwijkingen, die sommigen de vraag doen stellen of de arts wel juist handelt indien hij deze kinderen in leven laat. Maar ook kunnen deze kinderen hem voor het probleem stellen en zulks geldt ook voor kinderen met resttoestanden van cerebrale ziekten of beschadigingen, of hij wel juist doet bij deze patiënten al zijn kennis en kunde te gebruiken om een intercurrent ziekteproces te

behandelen en daardoor het sterven te verhinderen. In de derde plaats zal de kinderarts moeten weten hoe te handelen in eindstadia van kwaadaardige ziekten die op de kinderleeftijd weliswaar zeldzaam zijn maar nochtans hun eigen problematiek hebben. En tenslotte: De ouders oefenen de ouderlijke macht uit over hun kind. Zij kunnen een medische behandeling weigeren, omdat zij deze niet in het belang van hun kind achten. Zij kunnen ook om een medische behandeling vragen, met name om euthanasie. Deze beide situaties kunnen tot een conflict leiden tussen de ouders en de arts, temeer omdat uiteindelijk de arts verantwoordelijk blijft voor wat hij nalaat of doet. Hoewel ik ook zelf nog met de problematiek der euthanasie worstel,

ben ik, als inleider, verplicht in grote lijnen aan te geven hoe ik daarover denk.

Als jong kinderarts, in 1945, werd ik voor het eerst met de euthanasie geconfronteerd. Ik kan niet nalaten om u, aan de hand van enkele dia's, deze confrontatie mee te laten beleven. Bij dit vierjarige meisje was het linker oog verwijderd wegens een kwaadaardig gezwel. Reeds spoedig openbaarden zich de uitingen van een uitzaaiing in de directe omgeving. Deze groeiden uit tot een wanstaltig groot necrotiserend gezwel dat het gehele gezicht misvormde. In dit stadium zei de vader, een eenvoudige, diep-gelovige boer: dokter, ik wou dat ik u vragen mocht haar een spuitje te geven, maar ik weet dat u dat niet mag doen.

Ik ben ervan overtuigd dat, wanneer ik in de toekomst opnieuw met zulk een kind en met zo'n vader zou worden geconfronteerd ik zou zeggen dat ik volgens mijn interpretatie van de wet en van de grondregels van de medische ethiek (Hippocrates: — Ik zal aan niemand, ook niet op zijn verzoek, enig dodelijk geneesmiddel toedienen, noch mij lenen tot enig advies van dien aard — en, declaratie van Geneve: — ik zal absolute eerbied bewaren voor het menselijk leven van de bevruchting af —) dat ik volgens deze grondregels weliswaar geen spuitje mag geven, maar dat ik nochtans bereid ben om het te doen.*

In dit geval is niet alleen voor u maar ook voor ons de prognose voor 100% zeker. Deze zekerheid hebben wij ook bij andere maligne tumoren en bij kinderen met leukemie. Wanneer het bij deze patiënten niet meer

mogelijk blijkt om met onze chemotherapeutica en andere machtsmiddelen een voor het kind en zijn ouders leefbaar leven te bereiken, kan er een moment komen waarop wij de plicht hebben om de therapie te staken, ook wanneer het sterven door een voortzetting van deze therapie nog enkele weken zou kunnen worden uitgesteld. En zullen wij soms moeten overschakelen naar die middelen die het lijden verlichten, ook wanneer zij de dood verhaasten. En zullen wij misschien, in sommige gevallen, de dosering van deze middelen zodanig moeten kiezen, dat wij de dood bewust verhaasten.

De vraag of deze vorm van euthanasie: het reeds op gang zijnde stervensproces te verhaasten of drastisch te verkorten, toelaatbaar is, komt stellig vaker bij volwassenen dan bij kinderen naar voren. Dat wij bij kinderen, in tegenstelling tot volwassenen, deze daad altijd doen, moeten doen, buiten de wil en het weten van de patiënt om, namelijk op verzoek of met medeweten van de ouders, stempelt deze daad mijns inziens niet tot een niet toelaatbare vorm van actieve euthanasie (zie Sporken, 1972, blz. 103).

Veel moeilijker ligt, zeker voor medici, de problematiek bij de pasgeborene met aangeboren afwijkingen, vooral wanneer op grond hiervan valt te verwachten dat het kind geestelijk en lichamelijk gehandicapt door het leven zal moeten. In pers, radio en televisie wordt tegenwoordig de leek hiermede geconfronteerd en het is soms beangstigend hoe gemakkelijk en lichtvaardig hierover dan, althans schijnbaar, wordt geoordeeld: Wij, medici, verdoemen ernstig onvolwaardigen, die geen faire kans zullen krijgen, tot voortleven. Zulks lijkt nauwelijks menselijk (Ekelmans, vrij geciteerd, 1971). Wij, medici, verlengen kunstmatig door operaties, bijvoorbeeld bij patiënten met een spina bifida, zinloos leven. Van den Berg (1969) beschuldigt ons hierbij van een misbruik van onze medische macht. Van den Berg schrijft: „Er zijn artsen geweest, die het softenon-kind, op de smeekbede van de ouders, kort na de geboorte, een dodende injectie hebben gegeven. Dat lijkt mij een daad van eenvoudige, medische plichtsbetrachting. Ook zonder smeekbede, op de

simpele vraag, had de arts hetzelfde kunnen doen... Hij doodt. Hij handelt als arts juist, wanneer hij het zwaar misvormde kind doodt". Tot zover Van den Berg.

Het is niet bij toeval dat de vraag wat de meest juiste gedragslijn is bij kinderen met aangeboren afwijkingen, zich toespitst bij patiënten met een spina bifida, myelomeningocele, open rug. Deze afwijking is namelijk een niet zeldzame afwijking, is met zekerheid na de geboorte vast te stellen en heeft voor het kind, en zijn ouders, ernstige consequenties. De enig mogelijke behandelwijze was de sluiting van het huid-defect. In vele gevallen ontstaat bij deze kinderen in de eerste levensmaanden een waterhoofd. Ongeveer 15 jaar geleden is de neurochirurgische behandeling van deze hydrocephalus mogelijk geworden.

Op de kleuterleeftijd wordt men met de verlammingen geconfronteerd, wat enorme moeilijkheden geeft voor patiënt en gezin, te meer wanneer bij deze kinderen de intelligentie niet te laag is. Het staan en lopen tracht men met oefeningen en beugels en tegenwoordig ook met spiertransplantaties te verbeteren. Dan, of soms reeds eerder, komen de moeilijkheden van de zijde der urinewegen: de kinderen zijn incontinent en de gestoorde urine-afvoer veroorzaakt nierafwijkingen. Ook hier wordt veelal getracht om door operatieve en medicamenteuze behandeling verbetering te bewerkstelligen.

In Sheffield, Engeland heeft een groep van medici en para-medici zich de laatste 12 jaar zeer intensief met de behandeling van deze kinderen bezig gehouden. Daarbij heeft men zeer consequent aan geen enkele patiënt de opname geweigerd en iedere opgenomen patiënt volledig behandeld, ongeacht de ernst of de uitgebreidheid van de bestaande afwijking.

In juni 1971 bespreekt Lorber, één van de leden van de Sheffield-groep, de resultaten van deze handelwijze (Develop. Med. Child. Neurol. 13: 279, 1971). Omdat blijkt dat velen van de behandelde kinderen later diep imbeciel tot idioot en velen tevens zeer zwaar lichamelijk gehandicapt zijn, zoekt hij naar criteria op grond waarvan reeds direct na de geboorte zou kunnen worden beoor-

* *Naschrift.* In dit zeer zeldzame geval komt het mij aanvaardbaar voor om de dosering van morfine zo hoog te kiezen dat de dood daarop volgt; niet alleen omdat het kind duidelijk onder de bestaande afwijking had te lijden, maar mede omdat deze afwijking voor de ouders angstwekkend misvormend was en de opgetreden necrose een dermate kwalijke geur verspreidde dat langdurige aanwezigheid bij het ziekbed voor hen niet mogelijk was. In vrijwel alle andere gevallen kan men in eindstadia van kwaadaardige ziekten door het geven van voldoende morfine of andere middelen bij het kind lijden verzachten of voorkomen.

deeld hoe de uiteindelijke resultaten zullen worden. Dit is te meer nodig, schrijft hij, omdat er medici zijn die zeggen dat iedere patiënt altijd moet worden geopereerd omdat het volgens hen onmogelijk is te voren het uiteindelijke resultaat te voorspellen. Dit nu, zegt hij, was immers ook ons standpunt maar het zou onjuist zijn om de ogen te sluiten voor dat, wat deze handelwijze ons heeft geleerd. En dat is dat vele kinderen die wij opereerden en intensief behandelden, lichamelijk en geestelijk zeer zwaar gehandicapt door het leven moeten, een leven dat bestaat uit vele operaties en langdurige ziekenhuisopnamen en uiteindelijk veelal uit de opname in een inrichting.

Op grond van een nauwkeurige analyse van de door hen bereikte resultaten komt Lorber tot de conclusie dat er duidelijke criteria zijn op grond waarvan bij de geboorte nauwkeurig kan worden voorspeld welke handicaps het kind later tenminste zal hebben. Criteria die volgens Lorber een indicatie moeten zijn om sommige kinderen niet te opereren. Een mening, Lorber zegt het in een naschrift uitdrukkelijk, die niet door alle leden van de Sheffield-groep wordt gedeeld.

In het artikel wordt niet ingegaan op de vraag wat er dan met deze kinderen — die niet voor operatie in aanmerking komen — moet worden gedaan. In een Editorial dat aan het artikel voorafgaat, wordt deze vraag door de hoofdredacteur, de kinderarts MacKeith, ter sprake gebracht. Wij moeten ons, zegt hij, beraden over de medisch-ethische consequenties van de beslissing om al dan niet te opereren. Dit geldt temeer, schrijft MacKeith, omdat, wanneer wij beslissen om het kind niet te opereren, deze beslissing nog niet inhoudt dat het kind binnen afzienbare tijd zal sterven en dat hem bijvoorbeeld een waterhoofd zal worden bespaard. Slechts 60 - 80% van de niet behandelde kinderen sterft in het eerste levensjaar.

Sommige ouders, schrijft MacKeith, zullen de dood van hun gehandicapte kind willen. Sommigen zullen willen dat alles wat medisch technisch mogelijk is, moet worden gedaan. De meesten zullen de dokter om zijn mening vragen en zij zullen zich laten beïnvloeden door wat hij zegt.

Indien de dokter, zegt MacKeith, dan beslist om niet te opereren, zal hij ook moeten overwegen in hoeverre zijn verpleegsters (en artsen) bereid zijn het kind water en voeding te onthouden.

Naar aanleiding van dit artikel van Lorber worden in mei 1972 in een vooraanstaand Amerikaans paediatrisch tijdschrift (J. Paed. 80: 904, 1972) twee ingezonden stukken gepubliceerd, beide afkomstig van kinderartsen die aan hetzelfde ziekenhuis werken, het Johns Hopkins Hospital, Baltimore. Eén der kinderartsen, Freeman, schrijft onder het hoofd: „Is there a right to die - quickly?” onder andere: „Having seen children with unoperated meningo-myelocoles lie around the ward for weeks or months untreated, waiting to die, one cannot help but feel that the highest form of medical ethic would have been to end the pain and suffering, rather than wishing that the patient would go away”.

Wanneer men deze kinderen met hun niet geopereerde open rug op de afdeling onbehandeld ziet liggen, weken of maanden lang, dan kan men niet ontkomen aan het gevoel dat de hoogste vorm van medische ethiek zou zijn geweest om een eind te maken aan dit lijden in plaats van te hopen dat de patiënt zal sterven.

En hij eindigt met: „Should society not allow physicians to alleviate the pain and suffering and help nature to take its course - quickly?” ... „zou de samenleving de artsen niet moeten toestaan de pijn en het lijden te verlichten door de natuur te helpen - door het natuurlijke beloop te versnellen?”

Op de volgende bladzijde van hetzelfde tijdschrift gaat Dr. Cooke, eveneens kinderarts in Johns Hopkins Hospital hier tegen in: „Quite simply, „waiting to die”, is a nonexistent thought of the infant.” Dat het kind op zijn dood ligt te wachten, is niet juist. Dit is een gedachte die het kind niet kent. „The word „suffering” is often appropriate to the parents. Yet how many of us in pediatrics have seen love and devotion, not misery, come at least occasionally to the parents of the handicapped. Surely all of us know of many cases in which even a severely handicapped child has

brought great joy to a family.” Het is dikwijls juist, zegt Cooke dat de ouders er onder lijden. Toch hebben wij, kinderartsen, liefde en toewijding gezien, tenminste soms, bij ouders van het gehandicapte kind. En zeker kennen wij allen gevallen waar zelfs een zwaar gehandicapt kind vreugde in het gezin heeft gebracht.” Cooke eindigt met de woorden: „Death of the unoperated patient is an unacceptable means of alleviating this suffering”. „Het doden van een niet-geopereerde patiënt (met een open rug) is een niet te aanvaarden middel om dit lijden te verlichten.”

Deze beide Amerikaanse collegae nemen dus duidelijk een ander standpunt in dan het u welbekende standpunt van Van den Berg. Deze vindt immers ieder ingrijpen bij een patiënt met ernstige afwijkingen door een open rug misplaatst, een misbruik maken van onze medische macht. Het enig juiste gebruik is: het kind te doden.

Freeman vindt dat, nu de resultaten van de heroïsche ingrepen bij kinderen met een spina bifida bekend zijn en er sommige kinderen zijn waarbij direct na de geboorte kan worden vastgesteld dat operatief ingrijpen geen enkele zin heeft, wij deze kinderen niet op hun natuurlijke dood mogen laten wachten, maar moeten ingrijpen en hen doden. Cooke meent dat men deze kinderen moet opereren en dat het zeker niet juist is om hen te doden.

MacKeith tenslotte, u herinnert het zich, vroeg of de verpleegster bereid zou zijn om deze kinderen niet te voeden. Ik kan u verzekeren en ik ben er van overtuigd dat ook MacKeith dit weet, dat geen enkele verpleegster bereid zal zijn, terecht, om deze kinderen voeding te onthouden. Ik meen dat wanneer de arts de beslissing neemt om deze kinderen niet te opereren, hij de consequenties van deze beslissing niet mag verschuiven naar de verpleegster door haar te vragen het kind niet te voeden. Hij zal dan zelf de consequentie van deze beslissing moeten nemen door het kind een injectie te geven. Indien hij dat niet durft, niet kan of niet wil, moet hij het kind laten voeden, moet hij zelfs, indien het kind niet kan zuigen, aan het verzoek waarmede iedere verpleegkundige zal

komen, namelijk om het kind sondevoeding te geven, gevolg geven.

Het is niet zonder opzet dat ik u de woorden van Luther: „Jede Konsequenz führt zum Teufel”, voor ogen stel. Ik heb tot nu toe, tot in uiterste consequentie (het geven van sondevoeding aan een anencephalus) leven van kinderen met welke aangeboren afwijking dan ook, gerekt. Ik heb ouders van een Softenon kind geadviseerd hun kind wegens een aangeboren anusatresie, waaraan het zeker zou zijn overleden, te laten opereren. En zij hebben dit advies opgevolgd. Ik vraag mij evenwel — reeds jaren — in toenemende mate af of ik zo doende, juist heb gehandeld. Ik ben steeds meer geneigd om deze vraag met nee te beantwoorden. Maar hoe had ik dan wel moeten handelen?

Ik meen dat op deze vraag geen categorisch antwoord mogelijk is. In iedere nieuwe situatie zullen patiënt (het kind), de gezinssamenstelling, de ouders, hun godsdienstige overtuiging, het milieu en tal van andere factoren verschillen, maar mede beslissend zijn voor ons handelen. Toch is het mijns inziens nodig dat vooral en in de eerste plaats de arts tracht zijn eigen standpunt zo goed mogelijk te bepalen en dat hij zich daarbij laat leiden door zijn *medische* kennis. In het kort samengevat is dit het volgende.

Bij een kind met een maligne aandoening zijn in het eind-stadium van het ziekteproces, twee dingen zeker: de diagnose en de prognose. Het stervensproces is begonnen en de medicus is hoogstens in staat dit stervensproces te vertragen. Dit nu kan en zal niet altijd onze plicht zijn. Het kan nodig en wenselijk zijn dat het stervensproces wordt verhaast om daardoor lijden, zowel bij het kind als bij zijn ouders, te voorkomen of te verzachten.

Bij kinderen met ernstige aangeboren afwijkingen ligt het probleem anders; bij hen is het leven zo juist begonnen. Over hen weten wij slechts het volgende met zekerheid. Ten eerste dat zijn levensduur korter zal zijn dan van een normale pasgeborene; maar hoe lang deze levensduur zal zijn weten wij niet. Wel weten wij dat deze levensduur door onze medische en verpleegkundige machtsmiddelen veelal kan worden

verlengd en dat, wanneer wij al onze medische machtsmiddelen gebruiken, de levensduur nog meer kan worden verlengd. Ten tweede dat de realisatie van zijn menswording zal zijn gestoord; in hoeverre en in welke mate dit evenwel het geval zal zijn, weten wij niet; dat weten wij trouwens van geen enkele pasgeborene.

Deze beide onzekerheden verplichten ons in de eerste levensdagen tot grote voorzichtigheid en uiterste terughoudendheid, zeker wanneer wij voor de vraag worden gesteld of het verantwoord is om het zo juist begonnen leven door ingrepen onzerzijds actief te beëindigen. In een latere levensfase kan het veel duidelijker zijn hoe het kind zelf en in relatie tot zijn ouders functioneert en dit zal medebepalend zijn of wij — in overleg met de ouders — beslissen om een levensbedreigende complicatie al dan niet te behandelen, dan wel om een begonnen stervensproces te verhaasten.

Moeten wij dus toch bij anencephalen en andere monstra, bij pasgeborenen met een spina bifida die zo uitgebreid is dat hij niet voor operatieve behandeling in aanmerking komt, al onze medische (antibiotica) en verpleegkundige (sondevoeding) machtsmiddelen blijven gebruiken? Ik dacht van niet, tenzij de ouders ons dit expliciet verzoeken.

En wel omdat wij bij deze kinderen door de ernst van hun aangeboren afwijkingen weten dat zij hun realisatie tot menswording niet zullen kunnen ontwikkelen. Maar ook omdat wij weten dat slechts onze medische maar vooral onze verpleegkundige macht: het geven van een zorgvuldige verpleging en sondevoeding het sterven zal kunnen uitstellen.

Onze meest elementaire zorg en het geven van voeding zullen wij, dunkt mij, hen niet mogen onthouden. Verpleging in een couveuse, het geven van zuurstof en de behandeling van ademstilstanden, lijkt mij evenwel onjuist. Zo ook het geven van sondevoeding. En wanneer wij de beslissing hebben genomen om dergelijke kinderen geen sondevoeding te geven, dan lijkt het mij niet alleen toelaatbaar maar zelfs onze plicht om bij deze kinderen door actief ingrijpen onzerzijds het stervensproces te versnellen inplaats van hen door ver-

honger en uitdroging te laten omkomen. In alle andere gevallen zullen wij ons in de eerste levensdagen hebben te onthouden van ingrepen die tot doel hebben het zo juist begonnen leven te beëindigen.

Ik heb steeds gesteld dat wij moeten handelen in overleg met de ouders. Het zal u duidelijk zijn dat dit een uiterst delicaat overleg is. Een overleg bovendien waarin niet alleen medisch kunnen maar ook de mening van de arts, de meningsvorming van de ouders zal beïnvloeden. Hoewel ik dit overleg met de ouders belangrijk en noodzakelijk vind, kan ik mij voorstellen dat er omstandigheden zijn waarin bij ouders van een pasgeborene dit overleg niet mogelijk en niet zinvol is. En dat de medicus zich toch verplicht voelt om handelend op te treden. Evenzeer kan het mogelijk zijn dat de ouders vragen om handelend, dat wil zeggen levensverkortend optreden en dat de arts naar eer en geweten hieraan geen gevolg kan geven.

Ik heb getracht uiteen te zetten hoe anderen en ikzelf over de euthanasie op de kinderleeftijd denken. Ik hoop dat het bespreken van de moeilijkheden die ik met deze problematiek had en nog steeds heb, bij zal dragen tot uw en mijn meningsvorming en tot de discussie hierover. De *geneeskunde* is machtig, de *geneeskunst* blijft moeilijk.

Geciteerde literatuur

Mr. J. Ekelmans, De mondige sterveling Med. Contact; 30 juli 1971, jrg. 26, nr. 30, p. 791.

Prof. Dr. J. H. van den Berg, Medische Macht en Medische Ethiek. Uitg. G. F. Callenbach N.V. Nijkerk 1969.

Paul Sporken, De laatste levensfase. Stervenshulp en euthanasie. Uitg. Ambo-boeken, Bilthoven, 2e druk 1972.

J. Lorber, Results of Treatment of Myelomeningocele. An analysis of 524 unselected cases, with special reference to possible selection for treatment. Develop. Med. and Child. Neurol. June 1971, vol. 13, p. 279-303.

R. C. MacKeith, A new look at spina bifida aperta. Editorial. Develop. Med. and Child. Neurol. June 1971, vol. 13, p. 277-278.

Robert E. Cooke, Whose suffering? Editor's column. J. Pediatrics, May 1972, vol. 80, p. 906-907.

John M. Freeman, Is there a right to die - quickly? Editor's column. J. Pediatrics, May 1972, vol. 80, p. 904-905.

Neuroloog en euthanasie

door Dr. J. M. J. Tans, neuroloog

Toen mij werd gevraagd mee te doen aan dit symposium, heb ik enkele dagen bedenktijd gevraagd om na te gaan of van de kant van de neurologie een wezenlijke inbreng zou kunnen worden geleverd. Wij hadden in de loop der jaren in de neurologisch-neurochirurgische kliniek ten aanzien van de ter discussie staande problemen een bepaalde handelwijze ontwikkeld, die naar ik meende maar zelden aanleiding gaf tot moeilijkheden, noch ten aanzien van de patiënten en de familieleden, noch ten aanzien van onze verpleegkundigen. Laat ik daarom eerst proberen voor u onder woorden te brengen, welke de uitgangspunten zijn die zonder voorheen expliciet te zijn geformuleerd, onze dagelijkse beslissingen blijken te beïnvloeden:

- a. het medisch en verpleegkundig team heeft in alle omstandigheden de plicht te streven naar een verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt of op zijn minst naar een vermindering van het lijden;
- b. zelfs al functioneert de patiënt geestelijk en/of lichamelijk op een laag of zeer laag niveau, zelfs dan zullen wij ook diezelfde zorg moeten geven.

Het behoort niet tot onze competentie uit te maken beneden welk niveau van een behandeling moet worden afgezien. Het van sommige zijden naar voren gebrachte criterium als „het nog zinvol zijn van het leven” kan door ons niet worden gehanteerd. Wanneer ik u meeneem langs de bedden van ons ziekenhuis komen wij ongetwijfeld een aantal patiënten, zelfs jonge patiënten tegen van wie wij met zekerheid kunnen stellen dat het leven voor hen zelf niet zinvol meer is: ze lijden geen pijn, maar ze functioneren alleen reflectoir of met automatismen en er is geen enkel psychisch contact met hen mogelijk. Doordat het restverschijnselen zijn van encefalitiden of traumatische hersenletsels, hebben wij te maken

met stationaire toestanden die bij een goede verpleging niet snel tot exitus zullen komen, en waarvan men niet kan stellen, dat het stervensproces voortschrijdt. Dat dergelijke ziektebeelden de acute fase kunnen overleven is nu eenmaal de keerzijde van de grotere mogelijkheden die thans door een zorgvuldige behandeling op een intensive care afdeling aanwezig zijn, en de consequenties daarvan zullen wij moeten aanvaarden.

U zult wellicht naar voren brengen, dat wij bij deze patiënten nooit aan een behandeling hadden moeten beginnen, indien dit leidt tot stationaire ziektebeelden die ik u zo juist heb aangeduid en die soms jarenlang zonder enige of slechts rudimentaire communicatie met de buitenwereld in ziekenhuizen of verpleegthuizen moeten verblijven. Hierop moet ik antwoorden, dat in een acute fase van een comateuze toestand zelden een exacte prognose kan worden gemaakt, zelfs niet al beschikt men over de meest moderne onderzoeksmethoden.

Ten aanzien van de problemen van de euthanasie wordt vaak over patiënten in coma gesproken, zoals bijvoorbeeld „de patiënt ligt al jaren in coma in het ziekenhuis”. Dit is echter maar ten dele waar en hangt af van wat men onder „coma” verstaat. Het is zeker niet een homogeen toestandsbeeld met scherpe grenzen en kan daarom ook alleen worden gedefinieerd aan de hand van een volledig neurologisch onderzoek. In het algemeen kan men stellen, dat bij een comateuze toestand de ogen zijn gesloten en de oogknipreflexen ontbreken. Afhankelijk van de diepte van het coma zijn de door prikkels opgewekte willekeurige of reflectoire reacties geheel of ten dele verloren gegaan. Men kan een licht, een middelmatig en een diep coma onderscheiden. De toestand van bewustzijn, althans het wekbaar zijn, is gebonden aan het goed functioneren van de hersen-

stam en de verbindingen naar de basale kernen. Bij destructie van de hersenschors daarentegen zijn alle willekeurige bewegingen en reacties verloren gegaan - vele reflexmechanismen zijn echter behouden, evenals ook de vitale functies. De patiënten, van wie men vaak leest dat ze jaren lang comateus in een ziekenhuis hebben gelegen, vertonen meestal decorticate-toestanden, reageren wel op prikkels en zijn wekbaar. Ze voldoen dus niet aan de strenge criteria van een coma. Doordat het contact met de hersenschors is verbroken, zijn de psychologisch begrijpelijke reacties echter uitgevallen.

Ik wil u nu graag aan de hand van een patiëntje dat wij ongeveer een half jaar geleden in het ziekenhuis hebben opgenomen, laten zien, dat in de acute fase van een coma gemakkelijk beoordelingsfouten kunnen worden gemaakt. Het betreft een jongen van 8 jaar, opgenomen na een verkeersongeval. De diagnose was ernstige contusio cerebri met fractura cranii en fracturen van de ledematen. Het kind vertoonde veel strekkrampen, stoornissen van de hersenzenuwen, gestoorde warmte-regeling en zeer sterke afwijkingen op het electro-encefalogram. Nadat het kind de eerste dagen goed was uitgezogen, bleek gedurende de volgende dagen de ademhalingsweg relatief vrij te zijn. Op grond van het algemeen toestandsbeeld, met name de strekkrampen, en de verslechterring van het electro-encefalogram, beoordeelden wij de prognose als zeer slecht. Mede onder invloed van de ervaringen bij een ander kind dat een dergelijk toestandsbeeld overleefde, maar zowel geestelijk als lichamelijk allerellendigste restverschijnselen hield, meenden wij ons te moeten onthouden van een specifieke therapie zoals tracheotomie en bij een later opgetreden thrombose van antistollingstherapie. Het was enkele malen moeilijk om het dienstdoende nachthoofd er van

te overtuigen dat tracheotomie niet zou worden uitgevoerd. Ondanks het feit dat wij deze kunstmiddelen achterwege hebben gelaten, heeft het kind zich tegen onze verwachtingen in betrekkelijk korte tijd hersteld, is uit het coma ontwaakt en kon negen weken na de opname naar een revalidatiecentrum worden gezonden.

Als restverschijnselen bestaan thans alleen lichte spraakstoornissen en een geringe hemiparese. U ziet dat noch het klinisch beeld van een comateuze toestand gepaard met hyperthermie en strekkrampen, noch de objectieve bevindingen van het electro-encefalogram in de acute fase van een trauma veilige criteria zijn voor ons beleid. Deze ervaring heeft ons opnieuw gesterkt in de opvatting, dat in de acute fase van bewusteloosheid geen aanleiding kan bestaan om geen gebruik te maken van het beschikbare medische arsenaal.

Op neurologisch terrein kent men een aantal ziektebeelden, die geleidelijk aan leiden tot verlies van motorische functies met inbegrip van het spraak- en slikmechanisme. Ik bedoel hier de ziektebeelden die bekend staan als amyotrofische lateraalsclerose en bulbaire paralyse. Het langzaam aftakelen van patiënten met deze ziekten hebben wij in het ziekenhuis herhaalde malen meegeemaakt. In tegenstelling tot de motoriek, blijven de cerebrale functies lange tijd, soms zelfs tot het einde toe, redelijk intact. Toch kan ik mij geen patiënt herinneren, die ondanks de deplorabele toestand van de motoriek, heeft gevraagd maatregelen te nemen om het einde te versnellen. Integendeel men had tot het laatst toe nog hoop dat er iets aan zou kunnen worden gedaan, mede doordat soms een euforie was ontstaan. Bij dergelijke patiënten zou ik mij sterk willen verzetten tegen maatregelen als intubatie of kunstmatige beademing. Toch heb ik in de literatuur herhaaldelijk gegevens gevonden waaruit men kan afleiden dat deze patiënten lange tijd op een beademingsafdeling waren behandeld. Het is ook geenszins uitgesloten dat in een groot ziekenhuis een patiënt lijdend aan een dergelijke ziekte bij het optreden van plotselinge ademnood wordt aangesloten op een toestel voor kunstmatige beademing en

wanneer dit eenmaal is begonnen, is het buitengewoon moeilijk de machine stop te zetten: het is duidelijk, dat men bij dergelijke patiënten niet aan zo iets moet beginnen tenzij de patiënt zelf er uitdrukkelijk om zou vragen. In het algemeen bereikt men alleen het omgekeerde van wat onder euthanasie wordt verstaan.

Er is nog een andere groep patiënten ten aanzien van wie wij ons met volle overtuiging en na overleg met de familie te hebben gepleegd van behandeling onthouden. Het betreft hersengezwellen, die in betrekkelijk korte tijd zijn ontstaan en die zijn gelokaliseerd in het spraakcentrum, of andere onmisbare centrale gebieden. Wanneer alle moderne onderzoeken zijn verricht en de lokalisatie van het gezwel alsmede het niet goedaardige karakter vast staat, heeft het geen zin om tot een extirpatie of exploratie over te gaan. Het totaal verloren gaan van de inwendige spraak en daarmee van alle communicatie-mogelijkheden met de omgeving, brengt de patiënt in een zodanige hulpeloze situatie, dat alleen symptomatische behandeling, o.a. pijnbehandeling is aangewezen.

In de tijd voorafgaande aan dit symposium hebben wij twee ervaringen gehad van zeer tegengestelde aard, die ik u hier graag wil mededelen: Wij kennen een kind waarbij tengevolge van een encefalitis de gehele hersenschors verloren is gegaan. Dit is met zekerheid bekend omdat het electro-encefalogram bij veel herhalingen volkomen iso-electrisch is, en alleen wat artefacten vertoont van spiersamentrekkingen o.a. van de oogspieren. U weet dat het iso-electrisch electro-encefalogram wordt gehanteerd als één van de criteria van de cerebrale dood. Dit kind ademt echter normaal, slikt normaal, wordt niet per sonde gevoed, maar gewoon met een lepel, reageert niet op licht, echter wel op geluid. Het reactiepatroon is meestal lachen, waarbij nooit enige voorkeur voor wie dan ook wordt getoond. De armen en benen zijn verlamd. Wij weten ook langs andere weg dat er geen functionerende hersenschors meer aanwezig is, omdat in de acute fase een decompressie is aangelegd, waarbij een stukje hersenschors voor onderzoek werd uitgenomen. Ondanks het feit dat de gehele hersenschors

verloren is gegaan, zijn de hersenstamfuncties als ademhaling, temperatuurregeling en waterhuishouding intact gebleven, alsmede de mogelijkheid tot emotionele reacties. Hoewel de familieleden geen persoonlijke respons krijgen, accepteert men dit leven dat zich op een geheel ander niveau afspeelt, bezoekt men het kind dagelijks en wil men dat er alles aan wordt gedaan wat bij een ander normaal kind zou geschieden. Wij moeten dit standpunt respecteren en er naar handelen.

Korte tijd geleden hadden wij een geheel andere ervaring. Ouders van een 1½ jaar oud kind, dat na een trauma met een fractura cranii werd opgenomen, vroegen mij de volgende dag zeer nadrukkelijk te spreken om mij mede te delen dat de behandeling van het kind moest worden gestaakt en dat wij het kind dood moesten laten gaan, bijvoorbeeld door het infuus stop te zetten. Als ouders meenden zij hiertoe het volste recht te hebben omdat zij wilden voorkomen dat het kind lichamelijk of geestelijk gestoord door het leven zou moeten gaan in een maatschappij die in hun ogen voor het individu hoe langer hoe harder wordt. Toch was het kind niet bewusteloos en had geen andere behandeling dan een bloedtransfusie en decadron. De fractuurlijn had slechts een dubieuze impressie veroorzaakt en als neurologisch symptoom bestond alleen een zeer licht en dubieus achterblijven van linker arm en linker been. Wij hebben lang met de ouders moeten praten om hen enigszins aan het weifelen te brengen, waarbij zelfs even de woorden vielen van „ontzetting uit de ouderlijke macht”.

Toch hadden wij de overtuiging dat de ouders het beste met het kind voorhadden en het alleen wilden behoeden voor invaliditeit, het lopen naar revalidatie-centra en psychiatrische ziekenhuizen. Alleen door een zeer zorgvuldige en intense begeleiding van de ouders zijn wij er tenslotte in geslaagd enigszins het vertrouwen te winnen en hen er toe te brengen het ongeval en de gevolgen daarvan te aanvaarden. Gelukkig heeft het kind zich voorspoedig hersteld en is thans een gezond kind dat alleen nog lichte E.E.G.-afwijkingen vertoont. Toch moeten wij hieruit een les trekken en ons afvragen of

onze medische benadering van andere patiënten die wij met veel kunst en vliegwerk in het leven hebben gehouden, niet de oorzaak is geweest dat deze ouders in plaats van vertrouwen in onze kunde, een grote angst voor ons optreden aan de dag legden. Vooral bleken zij wantrouwen te hebben voor een niet weten op te houden met een behandeling. Angstwekkend was wel de hardheid waarmee men het einde van het kind wilde. Uit de medische gegevens die ik u heb verstrekt, volgt dat dit kind niet met ingewikkelde apparaturen in leven moest worden gehouden en dat er geen sprake was van een partiële decorticatie- of decerebratie-toestand. Dat deze ouders hun kind rangschikten in een veel ernstiger groep dan feitelijk het geval was, is te wijten aan hun gebrek aan medisch inzicht en ervaring, maar doet aan het feit zelf niets af. Klaarblijkelijk hadden de ervaringen van anderen of gegevens uit de nieuwsmidien hen bang gemaakt voor in hun ogen te ver doorgevoerde medische behandelingen.

Vervolgens hebben wij gesprekken gevoerd met drie ouderparen van kinderen in de leeftijd van 2, 5 en 15 jaar. Het zijn patiënten met een chronisch toestandsbeeld, waarbij een zeer ernstige decorticatie bestaat, in het ene geval veroorzaakt door aangeboren afwijkingen aan het bloedvatenstelsel, in het andere door restverschijnselen van een ontstekingsproces en in het laatste geval door niet gelukte behandeling van een hydrocefalus. Van de drie kinderen bij wie de vitale functies zijn behouden en die op grond van automatismen op gewone wijze met een lepel kunnen worden gevoed, vertoont er één geen enkel teken van contact met de omgeving, de twee anderen zouden volgens de moeders en de verplegenden door mimiek reageren op de aanwezigheid van de familieleden. Het toestandsbeeld van deze patiëntjes is echter zo uitzichtloos, dat wij er de voorkeur aan zouden geven om eventueel opgetreden complicaties of ontstekingsprocessen niet meer te behandelen. Uit onze gesprekken bleek echter slechts één ouderpaar deze opvatting te kunnen delen. Het betrof het kind dat in het geheel geen reactie op de omgeving vertoont. Een ander ouderpaar bleek

uitermate gehecht te zijn aan hun kind, hoewel men toch zoveel zelfkennis bleek te hebben dat als de voornaamste drijfveer egoïstische motieven werden aangegeven. Voor het derde ouderpaar heeft het lijden van dit kind en daarmee verbonden ook hun eigen lijden een veel bredere betekenis, omdat zij in reïncarnatie geloven en de ellende die hun is overkomen accepteren als een vorm van catharsis.

De gesprekken waarbij wij ook telkens ter sprake brachten de hier en daar opkomende tendens tot een „actieve” euthanasie, werden door alle ouders zeer gewaardeerd en waren in zoverre verrassend voor ons dat slechts in één geval het verder achterwege laten van een normale behandeling van eventueel optredende complicaties werd geaccepteerd.

Om verschillende redenen, soms meer emotioneel bepaald, soms meer voortspruitend uit de godsdienst, soms meer op grond van een meer pragmatische benadering bleken er hechte banden te bestaan met deze bijna uitsluitend reflectoïre reagerende patiëntjes. Wij menen, dat hierdoor de juistheid van de gedragslijnen, die ik u in het begin heb geschetst, wordt bevestigd. Wel kregen wij de indruk, dat vooral het feit dat de patiënten ogenschijnlijk geen tekenen van pijn of geestelijk lijden vertonen, de instelling van de ouders sterk heeft beïnvloed. Ik zou wel verwachten, bij patiënten, die meer progressieve en met pijnen verloopende ziektebeelden vertonen andere reacties te krijgen.

Uit de ervaringen van de laatste tijd zijn twee dingen naar voren gekomen: Op de eerste plaats zullen wij meer dan tot dusver ons actief moeten inzetten voor regelmatige gesprekken met en begeleiding van ouders en familieleden van acute respectievelijk chronische ernstige neurologische zieken. Hiermee wil ik niet zeggen dat wij dit tot dusver niet deden, maar het gebeurde te weinig systematisch en waarschijnlijk niet steeds door dezelfde persoon, waardoor bij de andere partij verwarring kon ontstaan.

Behalve de ouders en familieleden is er nog een andere groep die de repercussies ondervindt van alles wat zich afspeelt rondom ernstige neurologische toestandsbeelden. Deze laat-

ste groep wordt gevormd door de verpleegkundigen en vooral de leerling-verpleegkundigen. Zij zullen hun werk niet naar behoren kunnen doen en zullen zelf veel psychische spanningen ondervinden, indien zij niet regelmatig en op tijd en op adequate wijze worden ingelicht omtrent de problematiek waarmee het specialistenteam ten aanzien van het onderwerp van vandaag te maken heeft.

Tenslotte zult u nog zeggen dat ik de inspraak van de patiënt zelf achterwege heb gelaten. Ik heb echter in hoofdzaak over ziektebeelden gesproken waarbij het contact met de patiënt uitermate moeilijk, zo niet onmogelijk is.

Men kan zich ook nog afvragen wie de meest geschikte persoon is om over deze zaken met ouders respectievelijk familieleden te spreken. Wij hebben het steeds gedaan met twee artsen, de één psychiater, de ander neuroloog. Hieraan bleken wel veel voordelen te zijn verbonden, vooral omdat men niet weet hoe de gesprekspartners zullen reageren; men heeft dan de gelegenheid ook van de medische kant een wat genuanceerd standpunt naar voren te brengen en het geheel krijgt meer het karakter van een onderling beraad, dan van een misschien te autoritaire stellingname van de medicus. Zoals op zoveel terreinen lijkt echter bij uitstrek de huisarts de aangewezen persoon om aan een dergelijke bespreking actief deel te nemen.

Naast opmerkingen over degeneratieve ziekten en sommige vormen van maligne hersentumoren, ben ik bij mijn beschouwingen voornamelijk uitgegaan van toestandsbeelden die het gevolg zijn van ernstige destructie van de hersenschors, waardoor ook veroorzaakt. Het is wel zeker, dat hun aantal relatief groot is. Uit het summier onderzoek dat wij hebben verricht, alsook naar aanleiding van jarenlange ervaring, is gebleken dat deze patiënten voor de ouders, familieleden en voor het verplegend personeel klaarblijkelijk de „menselijke kenmerken” hebben behouden en dat hun dood niet wordt gewenst. Men klampt zich vast aan rudimentaire menselijke gedragspatronen.

Ik meen ten aanzien van ziektebeelden, die met hevige pijnen, sterke

benauwdheid of progressieve intracraniele drukverhoging gepaard gaan, een geheel andere benadering te hebben geobserveerd. Door de aanschouwing van het lijden van deze patiënten wil de omgeving hen liefst zo spoedig mogelijk loslaten, er afstand van doen. De dood wordt dan wel gewenst. Zeker in een ziekenhuis bestaan echter ook voor deze groepen patiënten voldoende adequate mogelijkheden om het sterven draaglijk te maken indien uitschakeling van pijn-geleidende zenuwbanen wordt toegepast of analgetica en andere medicamenten onbeperkt worden verstrekt, ook indien dit een ongunstig effect op de levensduur zou hebben.

Wanneer behalve van de hierboven beschreven ziektebeelden wordt uitgegaan van een meer gedifferenti-

eerde patiëntengroep, kunnen de volgende conclusies worden geformuleerd:

1. „Actieve euthanasie”, anders dan in de vorm van een eventueel neveneffect van een in het belang van de patiënt ingestelde behandeling wordt afgewezen. Bij ondraaglijke pijnen kan deze behandeling bestaan uit het uitschakelen van pijn-geleidende zenuwbanen of het onbeperkt toedienen van medicamenten.
2. In de acute fase van neurologische ziekten die met een comateuze toestand gepaard gaan, kan geen wetenschappelijk gefundeerde prognose worden gemaakt. Dit geldt zowel ten aanzien van het klinisch beeld als van neurofysiologische bevindingen. De

„ongunstige” gevallen, die in leven blijven als gevolg van geperfectioneerde medische behandelingen, dienen door de familieleden en de maatschappij te worden aanvaard.

3. Bij ernstige decorticatie-toestanden kan na overleg met de familie afgezien worden van het telkens bestrijden van opgetreden complicaties.
4. Regelmatige gesprekken over de wederzijdse problemen met ouders en familieleden, liefst in een wat groter verband, zijn noodzakelijk. Hetzelfde geldt voor het verplegend personeel.

Jurist en euthanasie

door *Mevrouw Dr. Mr. H. A. H. van Till-d'Aulnis de Bourouill*

Mij is gevraagd een belichting te geven van de juridische aspecten van euthanasie, met name over de vraag of euthanasie altijd strafbaar is. Daartoe zal ik eerst kort uiteenzetten volgens welke juridische modellen de arts-patiënt-relatie wordt beoordeeld en wat daaruit voortvloeit aan plichten voor de arts; vervolgens bespreken wij het verschil tussen legitiem staken van behandeling, wat straffeloos mag gebeuren en euthanasie, waarvan nog de vraag is of het ooit straffeloos kan zijn. In dat verband wordt een definitie van euthanasie gegeven en besproken. Tenslotte zal ik kort ingaan op de euthanasie ten aanzien van volwassenen en bejaarden, in tegenstelling tot de perinatale euthanasie. Dat alles alleen in hoofdlijnen en voor de duidelijkheid wat zwart/wit gesteld. Wat ik hier zeg, is mijn persoonlijke mening die nog niet door de rechtspraak is bevestigd, of tegengesproken, maar die wel al door andere juristen wordt gedeeld. Overigens moet ik u erop wijzen dat door anderen soms een

iets andere definitie van euthanasie wordt gehanteerd dan ik geef, en dat dit tot andere conclusies kan leiden omtrent het straffeloos zijn van euthanasie in verschillende omstandigheden.

Arts-patiënt-relatie

Formeel juridisch is de arts-patiënt-relatie een verbintenis naar burgerlijk recht. Hij kan worden beoordeeld volgens twee modellen:

1e model - als de patiënt *wel* in staat is een rechtsgeldige wilsverklaring af te leggen (dus de daartoe vereiste leeftijd heeft, bij bewustzijn is en niet kennelijk geestelijk is gestoord) past de arts-patiënt-relatie in het contractmodel. Dit contract is aan de gewone rechtsregels onderworpen; het kan uitdrukkelijk of stilzwijgend tot stand komen. In beide gevallen is het een rechtsgeldig contract.

2e model - als de patiënt *niet* een

geldige wilsverklaring kan afleggen en dus onbekwaam is om een contract aan te gaan (bijvoorbeeld wegens te jeugdige leeftijd of wegens geestelijk gestoord zijn, waaronder ook dementie, bewusteloosheid, hevige angst of pijn valt) past de arts-patiënt-relatie in het model van de zaakwaarneming. Juridisch gezien treedt dan de arts op als zaakwaarnemer voor de patiënt.

In beide gevallen wordt de arts geacht te handelen (of niet te handelen) overeenkomstig het belang en de wil van zijn patiënt. Als de wil van de patiënt niet bekend is, zoals in het tweede model, dient de arts te handelen of na te laten volgens de redelijkerwijs veronderstelbare wil van de patiënt, d.i. volgens wat de imaginaire doorsnee-patiënt in diezelfde omstandigheden en na voldoende informatie waarschijnlijk zou willen.

Nu weten wij uit ervaring dat in verreweg de meeste omstandigheden verreweg de meeste mensen willen blijven leven, hoezeer dat anderen

soms ook kan verwonderen. De redelijkerwijs veronderstelbare wil van de patiënt is dus, tenzij het tegendeel op overtuigende en rechtsgeldige wijze blijkt, of met zekerheid uit de omstandigheden kan worden afgeleid, dat hij wil blijven leven. Daarom heeft, zoals u dat in de traditionele medische ethiek samenvat, de arts een plicht tot levensverlenging.

Stervensvertraging

Wat meer realistisch gezien kunnen wij zeggen dat in feite de arts natuurlijk niet verplicht is tot levensverlenging, want die plicht zou hij niet kunnen nakomen. Hij kan een leven niet verlengen. Maar hij is wel verplicht de lichamelijke en geestelijke desintegratie van zijn patiënt zoveel mogelijk te voorkomen, te vertragen en te helpen genezen. Die plicht kan hij wel nakomen. Kortheidshalve zullen wij verder daarom spreken van de plicht van de arts tot stervensvertraging.

Van zijn kant heeft de mens, en dus ook elke patiënt, een eigen juridisch recht op leven. Dat is vastgelegd in het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens (Rome 1950), artikel 2, dat in Nederland kracht van wet heeft. Dat recht op leven is niet een wettelijk recht om geboren te worden of om in leven te worden gehouden, maar een wettelijk recht om niet tegen zijn wil opzettelijk te worden beroofd van het leven dat men nog in zich heeft. Een recht om niet tegen zijn wil door anderen te worden gedood, behalve in die gevallen waarin de wet opzettelijke levensberoving toelaat, zoals bijvoorbeeld bij executie van een geldig doodvonnis, noodweer, overmacht, geoorloofde oorlogshandelingen, onderdrukken van opstand e.d. Wanneer artsen of anderen op het recht op leven van de patiënt inbreuk maken buiten deze in de wet toegelaten gevallen, dan is dat een onrechtmatige en strafbare inbreuk, tenzij een zogenaamde buitenwettelijke rechtvaardigingsgrond daarvoor aanwezig is. Ik kom daar *nog op terug*.

Die plicht van de arts tot stervensvertraging kan in conflict komen met de wil van een patiënt die die stervensvertraging juist *niet* wenst. In zulke conflicten heeft de patiënt

de bevoegdheid om zijn wil te realiseren: hij is op grond van zijn recht op lichamelijke integriteit bevoegd om medische behandelingen en ingrepen te weigeren door middel van een rechtsgeldige wilsverklaring daarover. Zolang voor deze verklaring geen bijzondere vorm is voorgeschreven is een mondelinge verklaring (in theorie m.i.) voldoende; een schriftelijke verklaring lijkt voorlopig echter nog wenselijker, zowel voor de patiënt als voor de arts. Een arts die wegens de geldige weigering door een patiënt van een behandeling die behandeling staakt of nalaat, past geen euthanasie toe. Hij doet dat immers niet op eigen initiatief om die patiënt een goede dood te bezorgen, maar op initiatief van de patiënt omdat hij de rechten van zijn patiënt respecteert. Het nalaten van behandeling is in dat geval geen vrijwillige *medische* gedraging van de arts als arts, maar een door de patiënt afgedwongen *juridische* gedraging van de arts als burger. De juridische beoordeling van een gedraging (en hieronder valt zowel een doen als een nalaten) is niet alleen afhankelijk van wat er in feite gebeurt, maar ook van de achterliggende bedoeling van die gedraging. U weet dat wel, want anders zou iedere ingreep als mishandeling worden beschouwd. Door de geldige weigering van behandeling en door de bedoeling van de arts om de rechten van zijn patiënt te respecteren is er dan een legitiem, juridisch correct, straffeloos staken van behandeling, óók als de patiënt daardoor sterft.

Dat is dan géén verwijtbare nalatigheid van de arts. Wat de patiënt betreft kan men in dit geval wel zeggen dat hij euthanasie toepast, *voor* en *op* zichzelf. Ik zou dit auto-euthanasie willen noemen. Dat is iets anders dan een zelfmoord plegen. Een zelfmoordpatiënt, althans bij de acute wanhoopszelfmoord, is niet in staat tot het afleggen van een rechtsgeldige wilsverklaring omdat hij daarvoor geestelijk te onevenwichtig is, wat in extreme toestanden tot geestelijke stoornis kan leiden. Men mag diens zelfmoordpoging dus niet opvatten als een geldige wilsverklaring dat hij zo nodig *dood* wil zijn, maar moet die veeleer zien als zijn manier om uit de voor hem veel te grote spanningen te ontsnappen die zijn

leven voor hem blijkbaar ondraaglijk maken. Zijn wens is niet bepaald om dood te zijn, maar om niet op deze manier verder te hoeven leven, want dat kan hij subjectief niet. Het is dus juridisch juist, dat de arts begint met de zelfmoordpoging die uit acute wanhoop en onvermogen handelde, in leven te houden. Nabehandeling en verdere begeleiding is dan echter geboden.

Terminologie

Euthanasie is van oudsher een term waaronder men verstaat: een goede dood bezorgen. Wij moeten deze vage omschrijving echter nader preciseren, anders praten wij langs elkaar heen. Als u euthanasie vagelijk definieert als „eerder doodmaken dan hij vanzelf sterft”, of „eerder dood laten gaan dan nodig is”, vallen moord en doodslag enerzijds en nalatigheid anderzijds daar ook onder, en dat is niet de bedoeling. Daar spreken wij nu niet over.

Euthanasie is een woord met een zedelijk goede klank. Het veronderstelt een zedelijk goede bedoeling, waarbij in de individuele arts-patiënt-relatie, indien deze steunt op een humanitaire ethiek, „goed” wordt betrokken op het belang van hem die gaat sterven. Een euthanasiedefinitie die dat niet weergeeft is een definitie die in strijd is met het traditionele spraakgebruik en met de plicht van de arts *ten aanzien van zijn patiënt*. Het houdt dus een soort van bedrog in als men dit woord in een afwijkende betekenis gebruikt zonder dat uitdrukkelijk te zeggen.

Men zou namelijk ook een patiënt pijnloos kunnen doden of laten sterven, vooral omdat diens verzorging of ziekte zoveel leed of last geeft aan de familie, of zoveel financiële of organisatorische problemen geeft aan de samenleving. Dat is dan een sociaal-pragmatische handeling waarbij als neveneffect de patiënt een pijnloze dood sterft. Dan handelt de arts echter niet meer als de geneesheer en vertrouwensman van zijn patiënt, maar als een instrument van de familie of de samenleving. Daardoor wordt de patiënt dan gedegradeerd van een hulpzoekend mens tot een ding, namelijk tot een obstakel voor het welzijn van de familie of van de samenleving. Deze

degradatie van mens tot ding is in een humanitaire ethiek een ethisch onaanvaardbaar gedrag van de arts. Dit is ondermijnend voor het vertrouwen in de stand der geneeskundigen en zou in ernstige gevallen als zodanig tuchtrechtelijk vervolgbaar kunnen zijn, afgezien van mogelijke strafrechtelijke gevolgen. Ik noem dit dan ook geen euthanasie, maar pseudo-euthanasie op sociale indicatie.

Een voorbeeld daarvan is ons in de nazitijd gegeven, toen het woord euthanasie — zonder dat te zeggen — werd gebruikt in de zin van het doden van ongewenste bevolkingsgroepen, tégen hun wil en belang, maar wel in het belang van die samenleving. Het is natuurlijk mogelijk dat het belang van de patiënt samenvalt met het belang van de familie of samenleving, zij hoeven niet tegenstrijdig te zijn.

Op grond van deze en andere overwegingen kom ik tot de volgende conclusie: Het is in het hedendaagse spraakgebruik onjuist, en zelfs misleidend, om in verband met levensverkorting van euthanasie te spreken tenzij er sprake is van een levensverkortende opzettelijke gedraging die primair in het belang van de patiënt is en die dient om een goede dood mogelijk te maken voor een ongeneeslijk zieke patiënt die subjectief ondraaglijk lijdt, óf dient om althans diens lijden te verkorten. Hiermee is nog niets gezegd over wie euthanasie kan toepassen en of dat strafbaar is of niet. Ik zal de woorden primair, ongeneeslijk en ondraaglijk kort uitwerken, zodat u kunt begrijpen waaróm ze in deze definitie moeten staan.

Als het staken van de stervensvertraging *niet* primair in het belang en volgens de wil van de patiënt is, maar hoofdzakelijk of uitsluitend in het belang van anderen, is dat staken van de behandeling in strijd met de ethische en juridische plicht van de arts om primair in het belang van zijn patiënt te handelen en diens sterven te vertragen. De arts pleegt dan geen euthanasie, maar pseudo-euthanasie; in juridische termen uitgedrukt is dat doodslag of moord.

Als de patiënt niet ongeneeslijk ziek is, zal een ander niet op eigen initiatief mogen besluiten om de patiënt maar vast als het ware preventief te laten sterven of te doden. Dit zou als

in strijd met het belang en de wil van die patiënt moeten worden beschouwd, tenzij het tegendeel reeds op overtuigende wijze is gebleken. Uit deze eis „ongeneeslijk” volgt verder dat het besluit tot staken of nalaten van behandeling alleen door een arts mag worden genomen, omdat alleen een arts de diagnose ongeneeslijk kan stellen. Een niet-arts kan wel naar de bedoeling euthanasie plegen, maar zal m.i. niet mogen verwachten dat de rechter dat strafeloos laat passeren.

Als een ongeneeslijke patiënt *niet* subjectief ondraaglijk lijdt, is er geen enkele reden voor de arts om in het belang van zijn patiënt zijn rechtsplicht tot stervensvertraging niet na te komen en maar vast een goede dood te verschaffen. Er is dan, tenzij het tegendeel op overtuigende en geldige wijze blijkt, geen reden om aan te nemen dat de patiënt niet meer wil doorleven. De vele duizenden suikerzieken en de klanten van de trombose-diensten zijn bijvoorbeeld allemaal ongeneeslijk ziek, maar men zou te hunnen aanzien toch niet over euthanasie toepassen denken.

Ook als men bij demente, maar overigens lichamelijk redelijk gezonde bejaarden, of bij jongere geestelijk gestoorde niet kan aantonen dat zij ondraaglijk lijden, is er ook wat hun betreft geen indicatie om maar vast, zogenaamd „in hun belang” euthanasie toe te passen. Men zou dat dan hooguit doen in het belang van anderen en dat is dan pseudo-euthanasie. Bij zulke patiënten is het immers niet nodig om van de rechtsplicht tot stervensvertraging af te wijken, om hun een goede dood te bezorgen; als de arts gewoon zijn plicht blijft vervullen en er verder niets verandert, komt die goede dood bij hen vanzelf.

Onder een ongeneeslijk en ondraaglijk geestelijk lijden, zou echter misschien wel moeten worden gerekend het zowel *volledig* als *voorgoed* ontbreken van *elke* uitingsmogelijkheid, zoals o.a. voorkomt bij permanent comateuze patiënten, of bij geheel verlamden die tevens niet kunnen praten. Motivering: uit de psychiatrie is bekend dat langdurige en ernstige stoornis van uitgaande communicatie dikwijls tot waanzin of zelfmoordpogingen leidt omdat dit blijkbaar onverdraaglijk is. A fortiori

zal dus het geheel en voorgoed ontbreken van elke communicatie een ondraaglijk lijden moeten opleveren. In deze gevallen mag de arts m.i. ook al kan de patiënt dat lijden niet tonen, aannemen dat een ondraaglijk en ongeneeslijk lijden aanwezig is. De plicht van de arts tot stervensvertraging wordt derhalve *niet* opgeheven door het feit dat een patiënt ongeneeslijk ziek is, wanneer deze patiënt niet *tevens* zeer ernstig lijdt.

Strafbaarheid

Wij komen nu toe aan de vraag of euthanasie, binnen de grenzen van deze definitie, onder het strafrecht valt. Op het eerste gezicht ongetwijfeld wel. Het een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verzoek van het leven beroven, dat wil zeggen actieve euthanasie, of hem opzettelijk hulp geven bij een zelfmoord, is strafbaar volgens de artikelen 293-294 van het Wetboek van Strafrecht. Passieve euthanasie is strafbaar volgens artikel 450 van het Wetboek van Strafrecht, waar het nalaten van hulpverlening aan iemand die in onmiddellijk levensgevaar verkeert strafbaar wordt gesteld. Deze artikelen zijn in 1886 in de wet gekomen en zijn geschreven voor de toen heersende omstandigheden. Deze zijn, zowel in filosofisch als in materieel opzicht sterk veranderd. Bij velen is de overtuiging gegroeid dat de mens rechtens niet verplicht is om zijn leven zo lang mogelijk te doen duren. Juridisch gesproken is het niet strafbaar als hij zijn eigen leven zelf beëindigt. Ook de materiële omstandigheden zijn sterk veranderd. In 1886 kende men nog niet de nu mogelijk geworden kunstmatig langgerekte sterfprocessen, zowel van bejaarden als van ongevalsslachtoffers als van defecte pasgeborenen, om maar eens een paar grote groepen te noemen. Het is, wegens deze zo veranderde omstandigheden, onjuist om deze artikelen klakkeloos op deze gevallen toe te passen; zij zijn daarvoor niet geschreven. Steeds meer mensen menen dan ook dat het „helpen sterven” ook kan inhouden een „helpen niet langer meer te hoeven leven”; hetzij door een passief gedrag (staken van de levensverlengende behandeling), hetzij door een actief beëindigen van het leven; beiden alleen

in het belang en volgens de wil van de patiënt zelf, wil het straffeloos kunnen zijn.

Richt snoer

Nu bestaat er in het strafrecht een mogelijkheid om af te wijken van de regel. Een als regel strafbare gedraging — en daaronder valt zowel handelen als nalaten — kan namelijk in bijzondere gevallen strafvrij zijn, ter beoordeling van de rechter. Namelijk: 1e. als er een in de strafwet of in het Europees Verdrag genoemde rechtvaardiging voor is, zoals overmacht, noodzakelijke zelfverdediging, executie van een geldig doodvonnis; 2e. als er een buitenwettelijke rechtvaardiging is. Als zodanig is tot nu toe door de rechter in dit verband alleen aanvaard: een in een wetenschap algemeen als juist erkend richtsnoer dat ook door andere deskundigen als juist wordt erkend, (Hoge Raad 1933), terwijl er geen andere mogelijkheid is om het te verdedigen belang even goed te dienen.

Artsen, ethici en juristen zouden mijns inziens in onderling overleg kunnen komen tot het uitzetten van een kader van voorwaarden die, indien zij tegelijk zijn vervuld, voor de rechter een buitenwettelijke rechtvaardiging zouden kunnen vormen voor de in aansluiting daarop tevens exact gedefinieerde euthanasie. Daarbij zal een rechter ongetwijfeld kunnen eisen dat bewijsbaar is, dat het betreffende geval aan de in de definitie gegeven omschrijving voldoet. Dit veronderstelt minstens een collegiaal consult om de ongeneeslijkheid van de patiënt en het ontbreken van aanvaardbare alternatieven buiten twijfel vast te stellen. De in de literatuur genoemde definities en kaders zijn echter nog niet eensluidend, al hebben zij veel overeenkomst. Hier moet nog wat aan gewerkt worden wil de bonafide euthanasie in het belang van de patiënt, zoals velen van ons wel wensen, straffeloos kunnen worden geacht in de daartoe vereiste omstandigheden. Dit straffeloos maken van de bonafide euthanasie moet m.i. gebeuren langs de weg van de buitenwettelijke rechtvaardiging en niet door de euthanasie uitdrukkelijk te legaliseren, zoals men in Engeland pro-

beert. In de eerste plaats is een wettelijke wetgeving hierover vrijwel niet te maken; in de tweede plaats moeten de huidige artikelen 293-294 en 450 in de strafwet blijven staan om misbruik te voorkomen. Zij kunnen niet worden gemist. Het staken van de levensbehoudende behandeling — waarbij de patiënt aan zijn eigen, reeds in hem aanwezige doodsoorzaak sterft en waarbij dus de arts geen inbreuk maakt op het recht op leven dat de patiënt heeft — zou dan onder de gestelde voorwaarden als straffeloos toe te passen passieve euthanasie kunnen worden beschouwd. Het toepassen van actieve euthanasie waarbij op wens en in het belang van de patiënt wél diens levensrecht wordt aangetast, lijkt mij slechts toelaatbaar in de gevallen waarin ook passieve euthanasie zou zijn geoorloofd, maar met zekerheid voor de patiënt een lang en ongewenst lijden zou meebrengen dat niet op andere wijze kan worden weggewerkt. Dit laatste is een heel belangrijk punt. Zolang er een alternatieve oplossing mogelijk is, zal de rechter euthanasie niet gauw straffeloos achten.

Hierbij moeten wij niet vergeten dat het volgens de anesthesisten in ziekenhuis-omstandigheden mogelijk is, ieder zeer zwaar lichamelijk lijden tot een draaglijk niveau terug te brengen zonder de patiënt te versuffen, al zal hij dan misschien wel eerder sterven dan zonder die pijnverdriving. In feite behoort het euthanasieprobleem dus alleen te bestaan ten aanzien van ongeneeslijke patiënten die met een zeer zware geestelijke ellende te kampen hebben. Bij volwassenen kan dat zeker voorkomen; of het bij kinderen denkbaar is, weet ik niet. In zeer veel gevallen, dat ben ik met Sporken en anderen eens, zou een goede stervensbegeleiding de euthanasie dan overbodig kunnen maken. Als dit allemaal waar is, zou actieve euthanasie wegens lichamelijke pijn voornamelijk een probleem zijn ten aanzien van thuisliggende patiënten en hun huisartsen.

Perinatale euthanasie

De euthanasie ten aanzien van bejaarden en volwassenen verschilt m.i. van de perinatale euthanasie in ver-

schillende opzichten. Onder perinatale euthanasie versta ik de euthanasie van de ongeboren en zeer defecte vrucht, en die van de pasgeborene. Want vergis u niet: het vóór de geboorte doden van een defecte vrucht omdat die mogelijk of zeker een levenslang ernstig gehandicapt of ziek kind zal opleveren *en omdat dat voor dat kind zo beroerd is*, noemt men wel eugenetische abortie. Daarmee zou dat onder de abortusproblematiek komen te vallen, met alle vaagheden van de sociale indicatie die daar een rol speelt. Perinatale euthanasie wegens ernstige defecten hoort echter niet onder de abortusproblematiek thuis maar onder de euthanasieproblematiek. Wordt daarentegen zulk een vrucht of pasgeborene opzettelijk gedood *omdat de verzorging te veel moeilijkheden in het gezin zou geven of teveel kost* dan is dit geen euthanasie maar weer pseudo-euthanasie op sociale indicatie, uitgevoerd door middel van de abortus-techniek in plaats van door een morfine-injectie. Juridisch blijft dat m.i. doodslag of moord, zij het soms wel onder zeer verzachtende omstandigheden en zonder pijn of leed voor de patiënt, indien goed uitgevoerd.

De perinatale euthanasie wordt tot een eigensoortig probleem gemaakt omdat men daarbij nog in het geheel geen gegevens heeft over hoe defect het kind in feite straks zal zijn en over hoe goed of slecht het kind met zijn handicap zal leren leven. Het kindje heeft ook niet te voren de kans gehad hierover te denken en zijn wil hierover kenbaar te maken. Bij volwassenen en bejaarden heeft men wél gegevens over de persoonlijkheidsstructuur, de hulpmiddelen, de invaliditeit, enz. Dat maakt de perinatale euthanasie tot een afzonderlijke en veel moeilijker problematiek, waarvan ik nog maar weinig heb geleerd. Toch wil ik kort inhaken op enkele punten die Dr. Van Zeven heeft genoemd. Op de vertoonde dia's zagen wij een met zekerheid ongeneeslijk ziek patiëntje van wie — naar ik aanneem — vaststond dat het ondraaglijke pijn en ongemak leed, wat niet kon worden verholpen. Volgens mijn denkpatroon kan en mag de arts dan de stervensvertragende behandeling staken (passieve euthanasie toepassen).

Indien dat voor de patiënt diens ondraaglijk lijden doet voortduren mag de arts m.i. ook actieve euthanasie toepassen *indien dat lijden niet op andere wijze kan worden weggevoerd*. De arts mag dit alleen onder het etiket euthanasie doen als hij het primair in het belang van het kind doet; met andere woorden als vaststaat dat het kind uitsluitend nog zeer ernstig pijn of ongemak of leed te verwachten heeft. Het feit dat in het geval actieve euthanasie wordt toegepast, de arts op eigen gezag en initiatief inbreuk maakt op het recht op leven van zijn patiënt kan m.i. alleen binnen deze voorwaarden straffeloos worden geacht omdat men alleen redelijkerwijs kan en mag veronderstellen dat de patiënt niet meer wil doorleven als hij uitsluitend ellende te verwachten heeft, zonder enig lichtpunt of opluchting.

Dr. Van Zeben zegt, het toepassen van euthanasie niet anders te *kunnen* doen dan op verzoek van, of met medeweten van, de ouders. Ik heb als jurist hierover een andere mening. Ik vind dat de beslissing tot staken van levensverlengende behandeling van te jonge, bewusteloze of geestelijk gestoorde patiënten, de beslissing tot toepassing van actieve euthanasie, een beslissing is die de arts alléén op medische gronden, exclusief sociale indicatie, en alleen in het belang en volgens de redelijkerwijs te veronderstellen wil van zijn patiënt mag nemen. De arts moet dus mogen aannemen dat deze patiënt in deze omstandigheden, als hij ze kende, niet in leven zou willen blijven als hij zijn wil zou kunnen uitspreken. Ik vind dat een verzoek van ouders wel een belangrijke informatie is, maar die betreft wel een ander dan de patiënt. *Die ouders* zijn niet de patiënt van de arts; *het kind* is zijn patiënt. De arts moet er voor waken twee tegenstrijdige belangen tegelijk te willen behartigen, waarvan bovendien het belang van de ouders formeel gesproken buiten zijn werkgebied valt zolang hij met het kind bezig is. De ouders zijn andere patiënten dan het kind en hebben andere belangen dan het kind. Ik vind dus dat de arts *niet* op een verzoek van de ouders hoeft te wachten, en dat hij strikt genomen zelfs niet om hun toestemming hoeft te vragen, maar wel altijd binnen de ge-

noemde grenzen moet blijven: onge-neeslijk, ondraaglijk lijden, geen andere oplossing, instemming van de patiënt. Al ligt het wel voor de hand dat in de meeste gevallen met de ouders een gesprek hierover zal plaatsvinden, als de omstandigheden dat toelaten. Het nemen van de decisie „wel of niet behandelen” behoort echter tot de verantwoordelijkheid van de arts, want alleen hij kan de grenzen beoordelen. Die verantwoordelijkheid mag hij echter niet afschuiven op de ondeskundige en bovendien toch al in allerlei emotionele en misschien ook religieuze spanningen levende ouders. De arts mag zijn decisie *wat* in het belang van *zijn* patiënt is niet laten beïnvloeden door belangen of zorgen van derden. Echter wel naar mijn mening door de oprechte geloofsovertuiging van de ouders, want wie zijn wij — artsen of juristen — om te menen meer of beter te weten dan de ouders wat het beste is voor het *zieleheil* van hun kind?

Daarentegen kan het volledig en blijvend ontbreken van de nodige hulpmiddelen zoals een rolstoel, of geschikte verpleging in een tehuis, als gegeven feitelijke omstandigheden de toekomst van het kind beïnvloeden en dus ook de te nemen decisie beïnvloeden. Men zal een patiënt in rimboe-omstandigheden soms mogen laten sterven, terwijl men hem in ziekenhuisomstandigheden in leven zou moeten houden. In onze westerse maatschappij vol sociale voorzieningen zouden dergelijke feiten echter niet meer van invloed mogen zijn.

Het preventief doden van zwaar misvormde pasgeborenen, wat Van den Berg voorstaat, is een daad die ik emotioneel nog wel kan begrijpen maar die ik als jurist onmogelijk kan goedpraten. Er is dan wel een onge-neeslijk zieke of gehandicapte patiënt, maar het is in sommige gevallen helemaal niet zeker of er voor die patiënt werkelijk alléén een ondraaglijk lijden is weggelegd, dat op geen enkele andere manier is te verhelpen. Dat hangt dikwijls o.a. van de geestelijke spankracht van die patiënt af, van zijn opvoeding en omgeving en van de hulp die hij krijgt. Zijn toekomst is absoluut niet altijd met zekerheid voorspelbaar. Er is voldoende literatuur door ernstig gehandicapte auteurs die dat aan-

tonen. Mijn conclusie is, dat levenshulp ook hier belangrijker is dan stervenshulp.

Wij zien dus, en dat wist u al, dat een categorisch antwoord dat voor ieder geval geldt, moeilijk te geven zal zijn, omdat ieder geval weer anders is. Toch is het m.i. wel mogelijk, dat een kader en enkele in een definitie neergelegde concrete richtlijnen te vinden zijn die het toepassen van bonafide passieve, of desnoods actieve euthanasie straffeloos kunnen maken met behoud van de nu geldende wetgeving, doordat de rechtspraak dat kader aanvaardt als buitenwettelijke rechtvaardiging voor een als regel en in andere omstandigheden strafbare gedraging.

Ik hoop dat mijn verhaal u een inzicht heeft gegeven hoe men juridisch deze problematiek kan zien, al zullen er ook wel andere juristen-opinies over bestaan.

Geriatric en euthanasie

door Dr. F. J. G. Oostvogel, geriater

Door een verdubbeling van de levensduur in vergelijking met een honderdtal jaren geleden en een duidelijke afname van de sterfte worden wij veel minder dan vroeger met de dood geconfronteerd: het gemiddelde Nederlandse gezin ongeveer eenmaal in de 20 jaar. De dood is nu minder aanwezig, minder bedreigend, betreft meer de oude mensen en dan nog vaak in verzorgingstehuizen, verpleegtehuizen en ziekenhuizen. Afgezien van een veranderende tendens in de laatste jaren wordt de dood uit onze samenleving verbannen. De dood van bejaarden wordt veelal niet erg gevonden en er wordt soms zelfs ongeduldig op gewacht. „Enerzijds zien we een versnelling van de sociale en geestelijke rijping van de jongeren, anderzijds een sterke vertraging van het uittreden en wegvallen van de oude generatie” (Smits¹).

Vroeger maakten we allen in eigen gezin wel een sterfgeval mee, er leefden meer generaties in één huis. Er was veel contact bijvoorbeeld tussen grootouders en kleinkinderen, de dood werd dan ook als een groot verlies ervaren. Men werd begraven rond de kerk, die veelal centraal op het dorsplein stond; nu liggen de kerkhoven en crematoria buiten de stad. De dood was geïncorporeerd in het leven, men had er eerbied voor. Wie stopt er nu nog voor een rouwstoet, of neemt zijn hoed af? Wat denkt u van de toestanden rond de begravingen in Amerika, van het invriezen van overledenen? Zij zijn in wezen een poging tot camouflage, tot ontkenning van de dood.

Leven en dood als beleavingswereld zijn duidelijk tijdgebonden. Men erkent geen eeuwig leven meer, wat moeten wij dan met de dood? Godfried Bomans zei het op kernachtige wijze: „Vroeger was een stervende iemand die er bijna wàs, nu is dat iemand die er bijna geweest is.” Staat waardevol leven dan gelijk met jong en gezond zijn? Zijn bejaarden geen volwaardige mensen

meer? Waarom worden zij weer apart besproken, is euthanasie voor hen iets anders dan voor de overige leeftijdscategorieën?

We weten niet wat we met de bejaarden aan moeten. We hebben geen plaats voor hen, economisch zijn ze obsoleet, sociaal al evenzeer. Ze worden door onze op de jeugd georiënteerde maatschappij psychologisch en vaak ook fysiek (in verzorgings- en verpleegtehuizen) geïsoleerd. De gemeenschap polariseert zich in een twee-generatie maatschappij, terwijl we een bevolking van 4 à 5 generaties hebben, aldus Fulton². Francis Crich³, geneticus en Nobelprijswinnaar, gaat nog verder: „Wij kunnen niet doorgaan met alle leven als heilig te beschouwen. Mensen van 85 jaar en ouder zouden legaal dood moeten worden verklaard. Dit houdt o.m. in de weigering van dure medicijnen en behandelingen, zodat deze nutteloze leden de maatschappij niet op kosten jagen.” Dit zou men dan ook kunnen doen met ernstig psychisch gestoorde en zwaar-invaliden. In feite gaat het hier om een belangenconflict tussen steeds meer onproductieve patiënten en steeds minder premie- en belastingbetalers, die steeds minder uren per week werken, zoals mevr. Van Till⁴ opmerkt. In letterlijke en figuurlijke zin een m.i. levensgevaarlijke opvatting en bepaald niet alleen voor bejaarden.

Anderzijds moeten we ook stellen dat er theoretisch zeer veel mogelijk is, maar praktisch veel minder. Lang niet iedereen kan profiteren van de verworvenheden van de wetenschappen, zoals nierdialyses, transplantaties, intensive care e.d. Geld- en personeelgebrek maken dit minstens vooralsnog onmogelijk. Men zal heel duidelijk prioriteiten moeten gaan stellen in de gezondheids- en welzijnszorg. Daarbij mag men zeker niet primair discrimineren op grond van de leeftijd. Menselijk leven heeft een intrinsiek hoge waarde, ongeacht de leeftijd. Wij dienen echter

wel rekening te houden met een veranderend referentiekader als men oud(er) wordt. De bejaarden zijn in het algemeen fysiek, psychisch en sociaal meer kwetsbaar, sneller uit hun evenwicht. Het uithoudingsvermogen wordt minder, de reservecapaciteiten nemen af evenals het aanpassingsvermogen zowel in fysieke als psychische zin. Het onafhankelijk functioneren wordt menig keer bedreigd door loop- en bewegingsstoornissen. Kleine oorzaken hebben nogal eens ernstige gevolgen. Coördinatiestoornissen, duizeligheid en evenwichtsstoornissen maken sommigen van hen afhankelijk van anderen. Zintuiglijke stoornissen zoals slecht horen, slecht zien, afnemende smaak- en reukzin treden eveneens veelvuldig op. Veelal hebben zij meerdere afwijkingen tegelijkertijd. In psychische zin zien we een zekere traagheid, nieuwe indrukken worden moeilijker opgenomen, ze reageren minder snel, inprenting- en geheugenstoornissen kunnen dit beeld completeren, zonder dat we nog spreken over pathologische situaties. Inadequate behuizing, marginale pensionering en een negatieve attitude ten opzichte van het verouderen in de maatschappij en naaste omgeving brengen hen zoals vermeld in een labiel evenwicht. De bejaarden bevinden zich in het sluitstuk van hun leven, hetwelk is bepaald door een nog beperkte tijdsduur en een beperkte toekomstver-

1. Smits, P. Sociologische aspecten van de dood in Over dood en sterven onder redactie van Prof. Dr. H. Faber. Leiden 1971 Universitaire Pers.
2. Fulton, R. Symposium on death and attitudes toward death. Geriatrics vol. 27, nr. 8 1972.
3. Crich, F. Ontleend aan Vate, C. van de. Apocalyptische biologie. Wending, juli/aug. 1970.
4. Till-d'Aulnis de Bourouill, H. A. H. van. Euthanasie en Recht. Ned. Tijdschr. voor Gerontologie, Jrg. 3, nr. 3 1972.

wachting. Zij zijn zich de eindigheid van hun bestaan veelal goed bewust en hebben dat verwerkt tot een hernieuwd engagement op afstand (Munnichs⁵). De bejaarden die daarin niet slagen, vertonen vaak een zinloos hangen aan het leven, een afgrond van angst en onzekerheid. Cicero schreef hierover al heel duidelijk in De Senectute: „De ouderdom roept ons weg van ons werk, zij maakt het lichaam zwakker, zij ontroofdt ons vrijwel alle genoegens en brengt ons dicht bij de dood”. In het rapport⁶ van de Raad van zaken van Kerk en Theologie aan de Generale Synode der Nederlands Hervormde Kerk staat: „Juist bij zeer veel oude mensen voor wie het leven soms tot een haast ondraaglijke last is geworden, wordt de kunstmatige verlenging van het leven een ethisch vraagstuk dat niet meer in regels is te vatten”.

Alhoewel ik een vraagteken zou willen zetten achter „zeer veel oude mensen”, spreekt mij de zinsnede dat het een vraagstuk is dat niet meer in regels is te vatten, erg aan. Iedereen wordt oud en sterft op zijn eigen tijd en op zijn eigen wijze. Het is en blijft alle definities ten spijt een uiteindelijk hoogst individuele gelegenheid tussen de persoon van de patiënt en de persoon van de arts. Natuurlijk is er een door tijd en cultuur bepaalde ethiek en een daarop gestoeld recht, maar in de praktijk staat de ene mens voor de beslissing over leven en dood van een ander mens.

Wat betekent dit alles voor de euthanasie en dan allereerst voor de euthanasie in de zin zoals door mevrouw Van Till⁴ omschreven? De vrijheid, de zelfstandigheid en waardigheid van de patiënt dient de norm van ons handelen te zijn. Als we de patiënt deze elementaire levensrechten toekennen — en naar mijn mening is dit onze plicht — behoort hij ook op de hoogte te worden gebracht van zijn situatie. Uiteraard dient dit op de juiste wijze, de juiste tijd en door de meest gereede persoon te geschieden. Op de juiste wijze betekent veelal langs de weg der geleidelijkheid en zeker mogen we daarbij de patiënt niet alle hoop ontnemen. Immers, zelfs tegen beter weten in klampt hij zich aan elke strohalm vast. De juiste tijd betekent niet te

vroeg, onder meer in verband met de niet steeds zekere prognose, maar ook in verband met de hoop op verbetering, maar vooral niet te laat, als de patiënt reeds half versuft, nauwelijks meer beseft wat er gebeurt en niets meer kan regelen. De juiste persoon: in principe kan iedereen contact met de patiënt maken, iedereen kan luisteren, maar de mededeling over de diagnose en prognose is aan de arts voorbehouden. Deze kan overigens met deze mededeling niet volstaan, maar dient te zorgen voor een adequate opvang en begeleiding van de patiënt en de naaste omgeving. Dit hoeft hij niet steeds zelf te doen, maar hij kan dat overdragen aan of samen doen met anderen: verpleegster, naaste familie, vrienden, pastor e.a.

Om dit goed te kunnen doen dient men de patiënt goed te kennen, zichzelf goed te kennen en de prognose te kennen. Wie kent de patiënt goed? Is dat de huisarts? Idealiter wel, maar als de patiënt in ziekenhuis of verpleegtehuis sterft? M.i. behoort dan de huisarts minstens te worden betrokken bij het team dat de beslissingen neemt. In ieder geval dient zo enigszins mogelijk de patiënt inspraak te hebben in het team. Er mag niet over hem worden beslist zonder hem, overmacht daargelaten. Ook niet wat betreft de overplaatsing naar ziekenhuis of verpleegtehuis; helaas gebeurt dat nogal eens. Elisabeth Kübler-Ross schreef: „Half of our patients now die in hospitals, as compared to 50 years ago when people died at home in a family environment with a little bit of chicken soup instead of transfusions, with their families around them instead of interns, residents and laboratory technicians.”

Wie kent zichzelf goed, wie is getrouwd, laat staan klaar met de problematiek rond leven en sterven. Toch wordt gesteld dat we de patiënt slechts zover kunnen helpen als we zelf zijn gevorderd. Er is afweer, angst, negatie, agressie, ook of juist van de arts (maskeren met beroepstaal, cynisme, routine, geritualiseerde daad, drukte en tijdgebrek e.d.). Deze wordt nogal eens bewust en onbewust geprojecteerd op de patiënt. Willen we onszelf of de patiënt van een probleem afhelpen? En dan de prognose. Een van de

moeilijkste gebieden in de geneeskunde. Met name bij bejaarden wordt deze vaak nog extra gecompliceerd door de vage scheidslijnen tussen fysiologie en pathologie, door de veelvuldige ziekte-oorzaken, door psychische en zeer zeker ook door sociale complicaties. Volgens Prick⁷ betekent een gunstige prognose dat het eindresultaat van de behandeling zodanig moet zijn, dat het voor de patiënt nog inhoud en zin kan hebben, dat het leefbaar is in de zin van acceptabel menselijk en zinvol leven. Maar wie maakt dat uit en welke zijn onze criteria?

Ieder van u zal uit eigen ervaring meer gevallen van foutieve prognoses kunnen aanhalen. Wie durft binnen dit in grove trekken geschilderde referentiekader nog te beslissen over leven en dood? De prognose over het lichaam is al moeilijk genoeg, maar wat weten wij van een al dan niet geestelijk leven na de dood? Zo de patiënt dit alles in volle vrijheid, bij zijn volle verstand, volledig kan verwerken, kan hij dan wel een beslissing, een onherroepelijke beslissing, nemen? Trouwens, is de vraag: maak een eind aan mijn leven, niet veeleer een dwingend verzoek om een einde te maken aan de pijn, de benauwdheid, de eenzaamheid? Overigens komt deze vraag naar mijn ervaring eerder van de familie dan van de patiënt zelf. Gedurende de vele jaren dat wij nu met stervende mensen te maken hebben gehad, hebben wij slechts zeer zelden meegemaakt dat de patiënt vroeg om zijn/haar leven te beëindigen en in die gevallen bleek dit uiteindelijk onze fout: onvoldoende pijnbestrijding, onvoldoende begeleiding, onvoldoende werkelijke persoonlijke aandacht. Uiteindelijk werd dit verzoek steeds ingetrokken. Zelfs de oude zielige Shulubin in „Het kanker paviljoen” van Solzjenitsyn zei „Hoe lang je ook hebt geleefd, en al is het een

5. Munnichs, J. M. A. Ouderdom en eindigheid, Van Gorcum & Comp. N.V. Assen 1964.

6. Februarivergadering 1972 Generale Synode der Nederlands Hervormde Kerk. Officieel verslag in Woord en Dienst U.M. Boekencentrum Den Haag.

7. Prick, J. J. Vraagstelling en praktijk 1. c. 88.

hondeleven, je wilt altijd graag blijven”.

Met vallen en opstaan moeten we dit al doende te leren. Hopelijk leren aanstaande artsen, pastores, verpleegsters e.a. dit mede tijdens hun opleiding. Maar we leren er wel ontzettend veel van en gelukkig zien we dat sterven vaak levensvoltooiing betekent. Levensverlenging kan overigens ook zinvol zijn vanuit de subjectieve mogelijkheden van de patiënt, of omdat hij nog een bepaalde taak heeft te vervullen, of door zijn simpele leven als medemens.

Nu ben ik het met mevrouw Van Till geheel eens dat actieve euthanasie in engere zin uitsluitend mag gebeuren met medeweten en instemming van de patiënt. Maar deze laatste voorwaarde vormt voor mij een onoverkomelijke belemmering, aangezien dit een duidelijke prognose in somatisch, psychisch en sociaal opzicht vooronderstelt, een toekomstvisie over de patiënt in zijn totaliteit, nog daargelaten zijn al dan niet religieuze verwachting over een leven na de dood. Dit vooronderstelt een helder inzicht van de situatie nu bij de patiënt en bij het behandelend team en van de prognose. Actieve euthanasie in engere zin: het doelbewust bekorten of beëindigen van een leven acht ik derhalve ongeoorloofd.

Passieve euthanasie in de zin van het niet meer bestrijden van de reeds in de ongeneeslijk zieke en ondraaglijk lijdende patiënt aanwezige doodsoorzaak kan in overleg met de patiënt wel worden „toegepast”.

Hier gaat het er ons uitsluitend om de laatste levensfase van een medemens zo zinvol en menswaardig mogelijk te maken, deze moeten wij „niet ontsieren door op dat moment zinloze maatregelen en kwellende bedrijvigheid” (Prick⁸). Belangrijk is het m.i. evenwel ook om de euthanasie in de oorspronkelijke betekenis van een goede, gelukkige dood weer inhoud te geven zowel maatschappelijk, cultureel als individueel.

Kübler Ross⁹ stelt dat de samenleving heeft bijgedragen tot de ontkenning van de dood, terwijl de religie de meeste van haar aanhangers, die in een leven na de dood, dat wil zeggen in onsterfelijkheid geloven, heeft verloren. Op deze wijze is de mensheid veel ontnomen, namelijk de realiteitszin met betrekking tot de dood

en met betrekking tot de zingeving van het lijden. Wij dienen solidair te blijven met onze medemensen, ook, of liever juist, als ze ouder worden en gaan sterven. We moeten hen begeleiden, werkelijk contact met hen maken, ons zoveel mogelijk in de ander trachten te verplaatsen, de patiënt sterft niet alleen aan zijn ziekte maar aan zijn hele leven.

Eigenlijk zijn er geen algemene richtlijnen voor te geven, of het zou moeten zijn dat men zich voor de patiënt openstelt en wil luisteren, dat is al enorm belangrijk. Een simpel gebaar, een begrijpende blik is vaak veel meer waard dan veel spreken.

Zoals gezegd mogen wij de patiënt de hoop niet ontnemen en moeten wij hem/haar ook steeds ons volgende bezoek in het vooruitzicht stellen en geen verstek laten gaan! Hoeveel artsen wensen nog geroepen te worden om de patiënt in diens laatste uren bij te staan en hoevelen die worden geroepen vinden het de moeite waard om ook te gaan? Patiënt en familie hebben onze steun juist dan vaak heel erg nodig.

Uiteraard dienen wij in ieder geval de pijn te bestrijden en niet door een routine-matig recept drie maal daags. Pijn dient 24 uur van de dag en de nacht te worden bestreden en de antineuralgica e.a. derhalve ook over deze periode gespreid en goed gedoseerd te worden gegeven. Benauwdheid, dorst en uitdroging moeten we eveneens bestrijden, niet om het sterven te verlengen, maar om de patiënt niet in een ondraaglijke toestand te brengen die vaak menssonwaardig is. Dat kan betekenen zuurstoftoedieningen, hypo's of infusen, maar dan duidelijk met deze bedoeling. Ook dit moeten we aan patiënt en omgeving (familie of verplegend personeel) uitleggen. Dit alles en andere optredende complicaties zoals ernstige decubitus kunnen ook opname in ziekenhuis of verpleegtehuis noodzakelijk maken. Wel moeten we ook hier weer goed vóór en tegen van deze maatregel in overleg met betrokkenen overwegen.

Het leven is nodig om te leren sterven zei Seneca. Wij, artsen, pastores, verpleegsters e.a. zullen moeten leren dit sterven door een goede begeleiding zo zinvol mogelijk te maken. Want niemand is onsterfelijk en juist in het beperkt zijn van het leven is

het waardevolle ervan gelegen volgens Karl Barth. De dood groeit met ons mee en is een onafscheidelijke dimensie van ons bestaan; als we bewust leven, zijn we ook bewust bezig te leren sterven.

Mag ik eindigen met een gedicht dat ik dezer dagen van een patiënte kreeg, die in een ziekenhuis een kamergenote zag sterven? Veel van het hierboven gestelde komt hierin op treffend juiste wijze naar voren.

Waar ben je nu?

Waar ben je nu gebleven?

*Je had misschien nog willen leven,
misschien ook niet*

Jij was zo'n kleine zieke vrouw

Wat wisten wij precies van jou?

Waar ben je nu?

*Ik zag je telkens eenzaam grijpen
naar dingen die alleen jij zag
die ik toen heel niet kon begrijpen
je deed het steeds... de hele dag...*

Waar ben je nu?

Je was zo eenzaam en alleen

met al die dokters om je heen

Je was per slot een nietig mens

*maar iets was sterker dan de wens
te blijven leven*

Waar ben je nu?

Heb je nu eindelijk de rust?

Is het hele leven uitgeblust?

*Is ginds een gids die je kan leiden
of moet je eenzaam verder strijden?*

Waar ben je nu?

8. Prick, J. J. De medische ethiek, met betrekking tot de nieuwste ontwikkelingen in de geneeskunde. Medisch Contact 24, nr. 4 1969.

9. Kübler-Ross, E. Lessen voor levenden, gesprekken met stervenden. Ambo 1970.

Stervenshulp en euthanasie

door Dr. Paul Sporken, ethicus

Wat is er eigenlijk met de (West-europese) mens gebeurd, dat hij zo bang is geworden voor het sterven van zijn dood? Ofschoon velen ontdekken dat zij bang zijn voor de dood, wordt deze eeuw gekarakteriseerd als een „doodontkennende” cultuurperiode, waarin wij ons leven „dood-vrij” proberen te maken. Wat is er met de mens aan de hand, dat hij enerzijds spreekt, publiceert en congresseert over de dood, terwijl hij anderzijds de vlucht neemt wanneer met een stervende over diens sterven moet worden gesproken? Wat zal er met de mens gebeuren, als zijn macht om het biologisch leven — en dus ook de stervensfase — te verlengen blijft groeien, doch tegelijkertijd zijn onmacht tot hulpverlening op echt menselijk niveau steeds groter wordt?

De vooruitgang van medisch en medisch-technisch kunnen maakt het mogelijk om iemands leven te verlengen of om een mens letterlijk van de dood terug te halen in gevallen, waarin vroeger de artsen volkomen machteloos waren. We beschikken momenteel zelfs over zoveel mogelijkheden om het lichamelijk leven van de mens in stand te houden en de dood af te weren, dat wij gevaar lopen daardoor te zondigen tegen het menselijk leven. Verlenging van het leven is mogelijk in een aantal situaties waar dit op menselijk niveau geheel en al zinloos is geworden. Dit is theoretisch erg duidelijk, maar in de praktijk schept het veel problemen, bijvoorbeeld: wanneer is een leven zinloos? wie beoordeelt dat? mag je een mens gewoon maar laten sterven? zou je zelfs menselijk leven mogen beëindigen? De vragen duiden reeds aan, dat deze ethische beschouwing niet mag worden beperkt tot één groep patiënten. Daarom wil ik meedenken over de levensproblematiek van gehandicapte kinderen, gedeeltelijk geslaagde reanimatiepatiënten en dementerende bejaarden, maar ook aandacht besteden aan de grote groep van per-

sonen, die een langdurig stervensproces innerlijk moeten verwerken.

De concrete vragen in verband met het levenseinde kunnen slechts op een zinnige manier worden beantwoord, wanneer men deze plaatst tegen de achtergrond van de meest fundamentele vraag: wat kan, mag en moet worden gedaan voor deze mens met het oog op de aanvaardbaarheid en leefbaarheid van het leven wat hem nog rest?

Eerbied voor de levende mens

De eerbied voor het leven en de levende medemens behoort tot de meest fundamentele gegevens van de westerse cultuur en van de christelijke ethiek. Het ethisch denken over de eerbied voor het leven als fundamentele norm was gebaseerd op de overtuiging, dat het menselijk leven uit zichzelf reeds eerbied afdwingt. Het gelovig ethisch denken daarover wordt als het ware verzaagd door het geloof, dat het leven een gave des Heren is, die aan de Heer blijft toebehoren en aan ons slechts in verantwoordelijkheid en als opgave is toevertrouwd. In dat licht verschijnt het menselijk leven als iets heiligs en onaantastbaars en dient als uitgangspunt van alle ethische vragen omtrent dat leven.

Aan de vertaling van dit uitgangspunt naar hanteerbare, ethische normen kleefde echter een bepaalde eenzijdigheid: de aandacht bleef beperkt tot de vragen ten aanzien van beëindigen of verlengen van leven, tot vragen over de eventuele uitzonderingsgevallen (doodstraf, oorlog en zelfverdediging) en tot vragen over de eigenlijke inhoud van het begrip menselijk leven. Wat betreft dit laatste is een duidelijke ontwikkeling te onderkennen: „ge zult niet doden” werd tot „helpen in leven te blijven” en tot „vechten voor het behoud van zinvol en acceptabel menselijk leven”. Ondanks alle positieve aspecten van deze ontwikkeling bleef de aandacht al te zeer gericht op de af-

zonderlijke — vaak casuïstische — ethische vragen rond het levenseinde. Dit verdoezelde de boven reeds genoemde en meest wezenlijke ethische vraag: wat kan, mag of moet worden gedaan voor deze mens in diens laatste levensfase?

Eerbied voor de stervende mens

Hier vindt het fundament voor de ethische plicht tot stervenshulp als men de eenzijdige interpretatie van de norm „eerbied voor het menselijk leven” corrigeert. Op de keper beschouwd is zelfs het gevecht voor het behoud van zinvol en acceptabel menselijk leven slechts één aspect van de ethische grondhouding ten aanzien van de levende ander. Deze grondhouding wordt namelijk bepaald door die ander als menselijke persoon in al zijn min of meer geslaagde pogingen om iets van zijn leven, dat is: iets van zichzelf, te maken.

Echte levenshulp bestaat hierin: de ander helpen om zichzelf te worden of: zó geduldig en ruimtescheppend bij de ander zijn, dat hij mede daardoor tot zelfrealisatie kan komen. Aldus beschouwd wordt heel de aandacht en de zorg gericht op en genormeerd dóór de dieper gelegen betekenis van levenshulp, namelijk: de betrokken persoon helpen dat hij als mens met zijn leven klaar komt.

Daarmee is tegelijkertijd gezegd, dat stervenshulp een even zwaarwegende ethische plicht ten aanzien van de medemens is. Stervenshulp verschilt immers niet wezenlijk van levenshulp: ze is levenshulp, zij het genuanceerd door het feit, dat het handelt over de laatste levensfase. Helpen om klaar te komen met zijn leven is daarom tegelijkertijd helpen om met zijn sterven, als laatste levensrealiteit en laatste levensfase, klaar te komen. Stervenshulp kan men daarom omschrijven als de poging om zó geduldig en ruimtescheppend bij de ander te zijn, dat deze ook in zijn sterven zichzelf kan wor-

den. Anders gezegd: dat hij tot het besef komt van wie hij eigenlijk is en wil zijn en tevens de overtuiging krijgt dat zijn laatste levensfase de moeite waard is te worden geleefd. De relatie tussen stervende en helper moet daarom worden gekenmerkt door een gezamenlijk luisteren en zoeken naar de openbaring over de zin van leven en dus ook van sterven.

De plicht tot stervenshulp, gefundeerd op de ethische grondhoudingen opzichte van de ander, vindt haar klankbord én bevestiging in de feitelijk bestaande behoefte aan stervenshulp. Natuurlijk valt niet te ontkennen, dat er mensen zijn, die geen werkelijke behoefte hebben aan begeleiding in hun laatste levensfase. Het resultaat van onderzoeken en de conclusie uit veler ervaringen bewijzen echter dat de overgrote meerderheid van stervenden behoefte heeft aan enigerlei vorm van stervenshulp. Dat dit laatste vaak wordt ontkend, is vooral te wijten aan het gevoel van onmacht om daadwerkelijk stervensbegeleiding te geven; daardoor worden ook het beluisteren van de behoefte en de signalen om hulp niet verstaan. In de afgelopen maanden echter leerde ik inzien, dat er nog een andere reden is waarom sommigen de behoefte aan stervensbegeleiding willen ontkennen: men meent ten onrechte, dat behoefte aan stervensbegeleiding identiek is aan de behoefte om de hele waarheid te vernemen. Enkele negatieve ervaringen inzake waarheidsmededeling kunnen aanleiding ertoe worden om dit niet meer te doen en daarmee tegelijk de echte stervensbegeleiding achterwege te laten.

Als levensverlenging zinloos blijkt

Als we tot de overtuiging zijn gekomen, dat verdere pogingen tot levensverlenging zinloos en dus ook onjuist zijn, wat moeten we dan doen? Het lijkt mij toe, dat we maar één conclusie kunnen trekken en wel deze: wij moeten van deze pogingen afzien en de patiënt zijn sterven gunnen, dat wil zeggen zijn stervensproces niet op zinloze manier rekken. Onze hulpverlening dient dan hierin te bestaan: op zodanige wijze aan de patiënt nabij zijn, dat hij zijn eigen dood zelf kan sterven (voor verdere

uitwerking zie: Sporken, P.: Voorlopige Diagnose. Inleiding tot een medische ethiek, Bilthoven, Ambo, 1973, 3e herziene druk).

Maar zou men dit leven ook mogen beëindigen? Die vraag wordt gesteld en we mogen ze daarom niet ontvluchten. Ik wil proberen daarop te antwoorden. Om dit goed te kunnen doen, moeten wij twee groepen patiënten (c.q. personen) onderscheiden en wel vanwege de geheel verschillende situatie waarin zij zich bevinden: degenen bij wie het stervensproces reeds is begonnen en degenen bij wie dit niet het geval is. Alleen bij de eerstgenoemden stelt zich de vraag om euthanasie, dat wil zeggen mag men tijdens een niet meer tegen te houden stervensproces hulp verlenen door een drastische verkorting van dit sterven? In alle andere gevallen is de vraag: mag men dat leven beëindigen?

Het beëindigen van menselijk leven

De vraag of men leven mag afbreken dient zich aan bij die personen, wier leven weinig uitzicht op zinvolheid biedt, zoals: lichamelijk en/of geestelijk gehandicapte kinderen, slachtoffers van een hersenbeschadiging, bij wie de hersenfunctie slechts gedeeltelijk herstelde, en bij dementerende bejaarden. Bij deze personen en patiënten dienen zich vragen aan als deze: in welke situaties moet men de pogingen tot levensbehoud continueren? op welke gronden mag men afzien van verdere pogingen? kan het soms ethisch geboden zijn het stervensproces niet te rekken?

Sommigen houden het afbreken van deze levens voor geoorloofd, omdat het in stand houden ervan een te zware belasting voor de maatschappij zou zijn. Men kan daar tegenin brengen, dat deze maatschappelijke belangen niet opwegen tegen de belangen van een mensenleven, dat men daaraan zou opofferen. Anderen beroepen zich er op, dat het om het bestwil van de gehandicapten zou zijn, omdat zij immers nooit gelukkig kunnen zijn. Dit lijkt mij principieel, onjuist, want in feite zou dat betekenen, dat wij onze normen voor een gelukkig leven op een zodanige wijze aan gehandicapten opleggen, dat wij daaraan het recht zouden ontnemen om ze te doden. Dit is op

zichzelf genomen reeds onaanvaardbaar, maar er komt nog bij dat wij het levensgeluk wat een ander ondervindt, niet kunnen beoordelen. Het feit, dat het aanwenden van alle medische macht in sommige gevallen heeft geleid of nog leidt tot een onaanvaardbare verlenging van leven, wettigt nog niet de conclusie dat het een bewijs van „consequent denken” of „durven” zou zijn als men diezelfde macht zou gebruiken om het stervensproces te versnellen door te doden. Tenslotte: we mogen het belang van individueel leven niet stellen als tegenpool van maatschappelijke belangen. Het is van uitzonderlijk groot maatschappelijk belang, dat ook het misdeelde individuele leven wordt beschermd. Uit dit geheel volgt m.i. de conclusie: het is ethisch gezien onaanvaardbaar om opzettelijk het leven te beëindigen van die medemensen, wier leven naar onze mening zinloos of ongelukkig is.

Het toepassen van euthanasie

Bij patiënten, bij wie het stervensproces niet meer is te stuiten, dient zich de vraag aan of men dit proces mag rekken dan wel drastisch mag inkorten. Dit laatste behelst de vraag naar euthanasie: het sterven van een goede dood, en bij afleiding: helpen tot het sterven van een goede dood. De ethische vraag met betrekking tot euthanasie luidt: is het ethisch verantwoord het eenmaal begonnen en niet meer te stuiten stervensproces drastisch in te korten, hetzij door zich passief op te stellen ten aanzien van dit stervensproces (geen pogingen meer tot rekken, doch wel optimale menselijke verzorging met alle daartoe geëigende middelen), hetzij door actief ingrijpen dit stervensproces af te breken?

Passieve euthanasie

Bij degenen, bij wie zich een niet meer te stuiten stervensproces voltrekt, kunnen zich situaties voordoen, waarin de artsen door aanwending van alle medische mogelijkheden het lichamelijk leven nog een beetje zouden kunnen rekken. Als dat in feite betekent, dat het stervensproces op ongewenste manier voor de patiënt wordt gerekt, dan mag en moet men

daarvan afzien en de patiënt gunnen, dat hij in vrede mag sterven. Dit wordt ethisch aanvaardbaar geacht, omdat de eerbiediging van het leven niet inhoudt dat stervensprocessen moeten worden gerekt. Dit laatste mag men alleen doen als dat zin heeft voor de patiënt. Men noemt dit passieve euthanasie, omdat men zich passief opstelt ten aanzien van het stervensproces. Het achterwege laten van levensverlengende ingrepen betekent echter niet dat men de patiënt aan zijn lot overlaat; toepassen van passieve euthanasie houdt in dat men (juist daarom!) een optimale menselijke verzorging geeft om het sterven voor de patiënt zo draaglijk mogelijk te maken. Passieve euthanasie kan daarom worden beschouwd als een positieve vorm van stervenshulp. Ik kan het eens zijn met Dr. Oostvogel, dat een goed toegepaste passieve euthanasie de vraag naar actieve euthanasie meestal overbodig maakt. Met name geldt dit voor dementierende bejaarden en patiënten die anderszins niet (meer) over zichzelf kunnen beslissen. Passieve euthanasie is in die situaties naar mijn mening de meest humane en daarom ethisch meest gewenste manier van hulpverlening.

Actieve euthanasie op vraag van de patiënt

Er zijn mensen, die bewust een stervensproces moeten doormaken, dat zó verschrikkelijk is, dat zij door deze ontluistering als mens volledig ten gronde gaan. Volgens de christelijke levensvisie heeft de gelovige in beginsel meer mogelijkheden om aan zijn lijden een zin te geven wegens zijn geloof in Jezus en diens schijnbaar zinloze lijden. Maar dat neemt niet weg, dat de kracht van een mens om dit „waar te maken” in uitzonderlijke gevallen tekort kan schieten. De eerbied voor de Schepper van het leven kan m.i. niet inhouden, dat ieder mens in alle omstandigheden de absolute plicht zou hebben zijn leven tot in de meest absurde aftakeling „af te leven”. In mijn omschrijving van euthanasie noem ik dit lijden niet, maar ik ben het eens met mevrouw Van Till dat ondraaglijk lijden (door mij niet zozeer als lichamelijk, doch vooral als menselijk lijden opgevat), wezenlijk met de vraag

om euthanasie samenhangt. Ofschoon niet iedereen het daarmee eens is, meen ik persoonlijk dit te mogen stellen: als de duur en de aard van het stervensproces zodanig zijn, dat een menswaardig sterven daardoor onmogelijk wordt, dan mag de persoon in kwestie om die reden zijn stervensproces drastisch verkorten. In deze (overigens zelden voorkomende) gevallen lijkt het ook geoorloofd dat een ander de patiënt daarbij helpt. Dit kan daarom in die gevallen een ethisch aanvaardbare vorm van stervenshulp zijn.

Actieve euthanasie buiten weten van de patiënt

Geheel anders ligt de menselijke situatie en de ethische beoordeling van actieve euthanasie, wanneer daartoe wordt beslist buiten weten en willen van de betrokken patiënt. Sommigen zijn de overtuiging toegedaan, dat het goed zou zijn om door een pijnloze, dodende injectie een patiënt te verlossen uit een te lang durend stervensproces, zonder dat echter de patiënt zelf in deze beslissing wordt gekend. Dit lijkt mij principieel onaanvaardbaar. Waarom?

Ten eerste: de beslissing tot actieve euthanasie is een zodanig persoonlijk beslissing, dat niemand deze namens de patiënt, maar achter diens rug om, kan nemen. Ofschoon ik zeer onder de indruk ben van de inleiding van Dr. Van Zeben, ben ik desondanks geneigd om te stellen dat zelfs de ouders (of de kinderen) niet zodanig in de rechten van hun kind (of van een ander) kunnen treden, dat zij namens de patiënt de beslissing kunnen nemen gedood te willen worden.

Ten tweede: als men algemeen zou aanvaarden dat dit zou zijn geoorloofd, dan zou daardoor m.i. de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt tot de grond toe worden afgebroken. In de praktijk zou dit immers betekenen, dat wij bij ernstig ziek-zijn onwetend een dodelijke injectie (bijvoorbeeld in plaats van een slaapsputje) kunnen krijgen, omdat arts, omstaanders of familieleden vinden dat dit maar het beste voor ons is! (vglk.: Michels/Sporken: De laatste levensfase. Medische mogelijkheden, Bilthoven, Ambo, 1972, 2e druk).

Ten derde: de aantasting van de ver-

trouwensrelatie arts-patiënt ondermijnt onvermijdelijk de grondslagen van de samenleving, omdat wij dan voor elkaar niet meer veilig zijn, zelfs niet, als dat soort beslissingen door een kleine commissie zouden worden genomen. Uit dit alles volgt m.i. de conclusie, dat actieve euthanasie buiten weten en willen van de patiënt niet kan worden beschouwd als een ethisch aanvaardbare vorm van stervenshulp.

Ten vierde: actieve euthanasie buiten wil en weten van de betrokken persoon is echter des te meer onaanvaardbaar, omdat zij het tegenovergestelde is van de stervenshulp, die wij aan een ten dode opgeschreven medemens behoren te verlenen. Stervenshulp is: met de stervende op weg gaan en hem helpen zijn eigen dood zo menswaardig mogelijk te sterven. Dit houdt onder meer in, dat wij de verdraagzaamheid en het geduld hebben om hem zijn eigen dood te gunnen. Achter zijn rug om beslissen dit stervensproces vroegtijdig af te breken, betekent daarom feitelijk: dat wij ons geduld en onze verdraagzaamheid opzeggen, omdat wij weigeren af te wachten totdat zijn uur gekomen is, dat wil zeggen het uur, door God, door de natuur of door hemzelf bepaald. (Voor verdere uitwerking zie: Sporken, P.: De laatste levensfase. Stervenshulp en euthanasie, Bilthoven, Ambo, 1972, 2e herziene druk).

Stervenshulp en stervensbegeleiding

Vaak werden de beide termen min of meer door elkaar gebruikt. Het lijkt echter gewenst om deze nauwkeuriger te omschrijven.

Het begrip stervenshulp duidt op het geheel van de hulp, die aan een stervende wordt geboden. Zij bevat meerdere onderdelen, die een sterker accent krijgen overeenkomstig de verschillen, die zich in stervensprocessen voordoen. Om enkele aspecten te noemen: uitstekende medische en verpleegkundige verzorging, hartelijkheid, pijnbestrijding, psychofarmaca en zelfs bepaalde vormen van verkorting van het stervensproces zijn mogelijkheden tot realisering van stervenshulp, omdat zij ertoe kunnen bijdragen het stervensproces draaglijk en leefbaar te maken. Daarbij geldt — zoals terecht door Dr.

Tans werd gesteld — dat hulp aan patiënten zeer vaak met zich meebrengt, dat tegelijkertijd de familieleden (en anderen die in relatie staan met de patiënt) moeten worden begeleid.

Stervensbegeleiding houdt dit alles in, maar duidt veel meer op de hulp om het stervensproces innerlijk te verwerken. Stervensbegeleiding zou men daarom de optimale vorm van stervenshulp kunnen noemen. Zij bestaat uit: 1. het bespreekbaar maken van de dodelijke afloop van de ziekte, maar vooral van de gevoelens van onzekerheid, angst, opstandigheid, eenzaamheid en verdriet die zich in de laatste levensfase voordoen; 2. het opbouwen van een relatie en het voeren van gesprekken, waardoor men op zodanige wijze bij de stervende is, dat deze in staat is om overeenkomstig zijn persoonlijke mogelijkheden zijn eigen dood zelf te sterven. Ik ben er mij van bewust

dat stervensbegeleiding in een aantal gevallen niet mogelijk is, zodat we moeten volstaan met stervenshulp. Maar daarbuiten blijven nog zeer veel patiënten over, die een langdurig stervensproces moeten doormaken en ten eerste gebaat zouden zijn met stervensbegeleiding.

Besluit

De begeleiding van stervenden is een ethische opdracht, die ons uitermate moeilijk valt wegens velerlei blokkades en gevoelens van onmacht. Stervensbegeleiding verlenen aan een medemens is uitermate moeilijk, omdat deze hulp uiteraard met zich meebrengt, dat de helper ook en tegelijk zichzelf moet helpen. Maar zelfs als de helper daarin slaagt, kan hem het gevoel bekruipen dat hij eigenlijk uitermate weinig voor de stervende kan doen. Soms duurt een stervensproces zo lang en moet de stervende zo veel doormaken, dat wij

het niet meer kunnen aanzien en voor die ander minder ellende en een sneller verloop zouden wensen. Het wil mij voorkomen, dat vooral dit onmachtsgevoel een aanleiding kan vormen tot de gedachte aan doelbewust, drastisch verkorten van het stervensproces. Ik wil daar nu niet verder op ingaan, maar volstaan met de herhaling van wat ik elders reeds heb gezegd: het is volkomen juist om te proberen het laatstgenoemde gevoel van onmacht te bestrijden, maar door een te voorbarige keuze tot actieve euthanasie kiest men voor een andere vorm van onmacht: de onmacht tot het geven van stervenshulp. Naar mijn overtuiging is dit ethisch onaanvaardbaar, omdat men daardoor geweld doet aan een van de meest fundamentele aspecten van onze grondhouding ten opzichte van de ander: het geduld om de ander zichzelf te laten zijn zowel ten leven als ten sterven.

Een bijdrage aan de discussie over euthanasie

door *F. Wijnbergh*, arts te Amsterdam

Het lijkt me juist temidden van de vele pogingen tot meningsvorming inzake euthanasie een aantal gedachten naar voren te brengen, die wellicht een geheel andere benadering van dit vraagstuk laten horen dan onder ons artsen gebruikelijk is. Het zullen gedachten zijn die er van uitgaan, dat het mogelijk — dat wil zeggen gerechtvaardigd — is, ook als men alle feiten die ons wetenschappelijk bekend zijn daarbij betreft, zich bezig te houden met menselijke bestaansvormen buiten de grenzen van ons tegenwoordig aan de zintuigen gebonden waarnemingsvermogen.

Ik voel me daartoe niet alleen gerechtvaardigd doch ook genoodzaakt, omdat met handelwijzen als onder meer de euthanasie, men, als men die grenzen althans kan erkennen, zeer beslist werkingen tot ver buiten die grenzen veroorzaakt. Ik heb er al eens eerder op gewezen, dat ons huidige medisch handelen ons er beslist toe noodzaakt over gebieden buiten

de grenzen van leven en dood te denken. Zich afzijdig houden onder het motto: „Dat kunnen wij niet weten, dus hoeven wij er geen rekening mee te houden”, is een mijns inziens volstrekt verwerpelijke, inhumane, immorele houding. De overtuiging dat er buiten de zintuigelijk waarneembare wereld niets is, is volstrekt respectabel. Binnen die overtuiging is euthanasie bestaansbaar, rechtvaardigbaar, onontkoombaar, het nalaten ervan eigenlijk misdadig.

Helaas zijn de meesten van ons niet gewend zich veel concrete gedachten te maken omtrent een bestaan buiten de grenzen. Wij houden ons daar in vage algemene termen mee bezig. Het zij mij vergund een poging te doen daar veel concreter over te spreken — niet in de zin van zo is het, zo moet men het aannemen — doch als een voorbeeld, als een prikkel tot verder denken. De gedachten die ik uit zal ik niet bewijzen. Ten

eerste valt dat buiten het bestek van dit artikel, ten tweede zou men dan eerst uitvoerig over het vraagstuk van dit soort „bewijzen” van gedachten moeten wisselen.

Uitgangspunt zij de gedachte, dat de mens zowel voor de conceptie als na de dood een bestaan doormaakt, uiteraard buiten de grenzen van de aan de zintuigen gebonden waarneming. Naar mijn innige overtuiging is deze gedachte niet in strijd met de ons bekende feiten, uiteraard wel met de algemeen aanvaarde theorieën, hypothesen en de, de wetenschap funderende, geloofsovertuigingen. De implicaties van deze reïncarnatiegedachte zijn vele en verstrekkende.

Het past in het kader van een dergelijke gedachte het aardeleven te beschouwen als episoden in een totale ontwikkeling, die zich over enorme tijden uitstrekt, waarin een mensenwezen langzamerhand van een onbewust geleid wezen steeds meer tot zelfbewustzijn en zelfverwerkelij-

king gebracht en vooral uitgedaagd wordt. Ieder aardeleven is dan een uitdaging enkele stappen op die weg te doen. Opgemerkt zij, dat zelfverwerkelijking niet noodzakelijk tot een „beter” doch tot een „werkelijker” mens voert. Het ziet er naar uit, dat dat voorlopig eerder tot iets „slechters” aanleiding geeft.

Proberen wij ons een concrete fantasie te maken binnen dit kader, een gedachtenoefening, om andere gezichtspunten onder ogen te kunnen krijgen. Wij denken aan een idioot - kwijlend, brabbelend, niet in staat zelf te eten, met een bewustzijn, dat ons bijzonder weinig menselijk, weinig verheffend voorkomt. Vele mensen en veel krachtsinspanning en offers zijn nodig hem te verzorgen en in leven te houden. Als wij uitgaan van een zich reincarnerende mens, zien wij voor ons een individu dat zich in een zodanige situatie bevindt, dat het maar zeer weinig menselijke kwaliteiten tot ontplooiing lijkt te kunnen brengen.

Het is een waarschijnlijk algemeen menselijke karaktertrek, die wij wellicht bij ieder intact functionerend, innerlijk vrij individu tevoorschijn zien komen, een bijdrage te willen leveren aan, zich positief in te willen schakelen in, de ontwikkelingsprocessen waarin wij als mensen ons bevinden. Bij kinderen uit het zich in de soms onbegrijpelijke levenslust die hen impulseert, ook onder de beroerdste omstandigheden - een levenslust die pas later onder invloed van opvoeding en vooral onderwijs

en maatschappij zo vervreemdt van het individu, dat het de kans loopt in de gebruikelijke innerlijke passiviteit te vervallen.

Het is deze drang naar groei, naar ontwikkeling, die de idioot niet tot uiting kan brengen. Betekent het ook, dat hij hem niet heeft? Als deze ontwikkelingsdrang inderdaad een eigenschap van het meest innerlijk menselijke is, als het een ik-eigenschap zou zijn, zou dat betekenen dat ook de idioot die drang heeft, hem echter niet kan uiten. Misschien mag men zeggen: hij accumuleert die impuls, zoals vaak een impuls in kracht toeneemt als hij zich niet kan uiten. Dat zou dan betekenen, dat wij achter een idioot een individu zouden moeten zoeken, dat bezig is kracht, verwerkelijkingskracht, te accumuleren. Hij verwerft zich een impuls die niet in dit leven, doch pas in een later leven tot uitwerking kan komen, zodat hij dan beschikt over een veel meer dan gewone kracht. Een vreemde gedachte? Misschien...!

Maar er is meer. Een idioot moet zich de zorg van velen laten welgevallen. De gemeenschap onderhoud hem, instanties zijn er ter wille van hem, mensen zien het als hun levens-taak hem en zijn lotgenoten met zorg te omgeven. Hij kan niets terugdoen, hij kan alleen accepteren. Is het zo'n vreemde gedachte, dat in deze individualiteit in toenemende mate de drang ontstaat haar verzorgers met een tegengebaar tegemoet te komen? Een drang die zij niet nu

kan uiten, doch die moet wachten - tot een volgend leven, waarin de drang voor die anderen iets te doen onweersaanbaar zal blijken te zijn en, wellicht nog wezenlijker, die anderen open zullen staan om iets van hem te ontvangen, om samen met hem deel te nemen aan een proces van verwerkelijking dat wellicht sociaal van grote betekenis zou kunnen zijn. Dan zou de idioot van nu de kiemen voor een latere sociale toekomst in zich dragen.

Inderdaad een vreemde gedachte. Het zou betekenen, dat men idioten en al die andere gehandicapten, met zo veel mogelijk mensen zo intensief mogelijk in aanraking zou moeten brengen. Niet ze opbergen in inrichtingen, maar met zorg onder ons. Eerst recht niet ze om zeep brengen, omdat wij het zo zelig voor ons zelf vinden dat te moeten meeleven en meedragen. Nog steeds een vreemde gedachte? Zorg voor gehandicapten, voor lijdenden zou dan betekenen het oproepen van de krachten die een sociale toekomst kunnen ontwikkelen. Liquidatie hoe humaan, liefdevol ook bedoeld, vernietigt toekomstkrachten.

Het blijft een vreemde gedachte, het blijft in zekere zin ook een fantasie, een gedachtenoefening, maar zij bevat voor mij veel meer realiteit dan ik in ons hele wetenschappelijk wereldbeeld kan terugvinden. Ik vind daarin de toegang tot de mens, die anders voor mijn op de zintuigen gebaseerd, wetenschappelijk bewust zijn, in het niets zou oplossen.

PRAKTIJKPERIKELEN

Statiegeld en milieu

In de perikel „Statiegeld en milieu” (M.C. no 43 van 27 oktober 1972, bladzijde 1148) worden 3000 vuilnisbakken in de week gevuld met weggegooid apotheekglas. Maar voor ons „zoveel bejammerde milieu” is dat nog kinderspel vergeleken met het wegwerken van de afgedankte

hoeveelheden onbruikbaar geworden of obsolete geneesmiddelen. De bijna duizend apothekers en veertienhonderd apotheekhoudende artsen in Nederland gebruiken hiertoe, behalve het oppervlaktewater en privé afvalkuilen, vooral ook de vuilnisbakken, op zeer verschillende wijzen. De voorschriften van overheidswege voor bewaring en aflevering van geneesmiddelen zijn stringent, totdat de expiratedatum is gepasseerd. Dan is er geen voorschrift meer. En geen statiegeld!

Prijzenbeschikking medische hulp aan particuliere patiënten 1972

Op 28 december is de prijzenbeschikking medische hulp aan particuliere patiënten uitgevaardigd. De tekst van deze beschikking, zoals gepubliceerd in de Staatscourant, luidt als volgt:

De ministers van Economische Zaken, van Sociale Zaken en van Volksgezondheid en Milieuhygiëne,

Overwegende:

dat in het bijzonder uit een oogpunt van algemene inkomensontwikkeling een beperkte verhoging van de vergoeding voor het verlenen van medische hulp aan particuliere patiënten aanvaardbaar is;

dat het bepaalde in de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1972 (Stcrt. 227) eerder bedoelde prijsaanpassing verhindert;

dat het naar hun oordeel met het oog hierop wenselijk is de onderstaande regeling te treffen, zulks in overeenstemming met het ter zake met de organisaties van betrokkenen gevoerde overleg;

Gelet op artikel 2, eerste lid, van de Prijzenwet (Stb. 1965, 646),

Besluiten:

Artikel 1

1. Voor de toepassing van deze beschikking wordt verstaan onder: landelijke richtlijnen voor honoraria in de particuliere praktijk: de door de minister van Economische Zaken op 28 december 1972 gewaarmerkte richtlijnen der Wetenschappelijke Verenigingen inzake de honoraria in de particuliere praktijk;

algemene inleiding tot de landelijke richtlijnen: de door de minister van Economische Zaken op 28 december 1972 gewaarmerkte algemene inleiding van de Landelijke Specialisten Vereniging op de richtlijnen der Wetenschappelijke Verenigingen inza-

ke de honoraria in de particuliere praktijk.

2. De landelijke richtlijnen voor honoraria in de particuliere praktijk en de algemene inleiding tot die richtlijnen liggen voor een ieder ter inzage bij het ministerie van Economische Zaken, Directie Prijzen en Mededinging, Bezuidenhoutseweg 95, te s'-Gravenhage.

Artikel 2

In afwijking van het in artikel 5, eerste lid, van de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1972 (Stcrt. 227) bepaalde is het een huisarts verboden genees- of heelkundige dan wel verloskundige hulp aan particuliere patiënten aan te bieden of te verlenen dan wel zich te verbinden deze hulp te verlenen tegen een hogere prijs dan die, waartegen hij of zijn rechtsvoorganger op 15 augustus 1972 dan wel — bij gebreke van een der hierna vermelde handelingen op die datum — laatstelijk vóór 15 augustus 1972 een gelijke of nagenoeg gelijke dienst in een overeenkomstig of nagenoeg overeenkomstig geval heeft verricht of aangeboden te verrichten, vermeerderd met een toeslag van 7% en vervolgens naar boven afgerond:

indien de prijs minder dan f 18,— bedraagt: op het naastbijgelegen veelvoud van 25 cent;

indien de prijs meer dan f 18,— bedraagt: op het naastbijgelegen veelvoud van 50 cent.

Artikel 3

1. In afwijking van het in artikel 5, eerste lid, van de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1972 bepaalde is het een specialist verboden genees- of heelkundige dan wel verloskundige hulp aan particuliere patiënten aan te bieden of te verlenen dan wel zich te verbinden deze te verlenen tegen een hogere prijs dan die, welke

volgens de tarieftabellen, vervat in de richtlijnen voor honoraria in de particuliere praktijk, met in achtneming van het gestelde in de punten 4, 5, 6, 7, 8 en 11b van de algemene inleiding tot die richtlijnen, in het betrokken geval voor toepassing in aanmerking komt, vermeerderd of verminderd met ten hoogste 25 pct. naarmate hij in het betrokken geval meer onderscheidenlijk minder arbeid heeft verricht dan voor dat geval normaal is te achten, de aldus verkregen prijs vermeerderd met een toeslag van 7% en vervolgens naar boven afgerond: indien de prijs minder dan f 18,— bedraagt: op het naastbijgelegen veelvoud van 25 cent;

indien de prijs meer dan f 18,— bedraagt: op het naastbijgelegen veelvoud van 50 cent.

2. In afwijking van het bepaalde in het eerste lid en in artikel 5, eerste lid, van de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1972 is het een specialist, ingeval het aan een particuliere patiënt verleende genees- of heelkundige dan wel verloskundige hulp van uitzonderlijk tijdrovende aard betreft, verboden zodanige hulp aan te bieden of te verlenen dan wel zich te verbinden deze te verlenen tegen een hogere prijs dan die, welke volgens de tarieftabellen, vervat in de richtlijnen voor honoraria in de particuliere praktijk, met in achtneming van het gestelde in de punten 4, 5, 6, 7, 8 en 11b van de algemene inleiding tot de richtlijnen, in het betrokken geval voor toepassing in aanmerking komt, vermeerderd met een toeslag, welke in een evenredige verhouding staat tot de bijzondere tijdrovendheid van die hulp, de aldus verkregen prijs vermeerderd met een toeslag van 7%, en vervolgens naar boven afgerond: indien de prijs minder dan f 18,— bedraagt: op het naastbijgelegen veelvoud van 25 cent;

indien de prijs meer dan f 18,— be-

draagt: op het naastbijgelegen veelvoud van 50 cent.

Artikel 4

Deze beschikking kan worden aangehaald als: Prijzenbeschikking medische hulp aan particuliere patiënten 1972.

Artikel 5

1. Deze beschikking wordt bekendgemaakt in de Staatscourant.

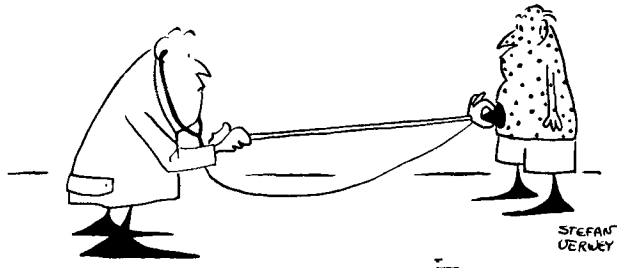
2. Zij treedt in werking met ingang van de dag na die van haar bekendmaking.

's-Gravenhage, 28 december 1972.

De minister van Economische Zaken a.i., R. J. Nelissen.

De minister van Sociale Zaken, J. Boersma

De minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, L. B. J. Stuyt.



TOELICHTING

In overleg met de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Landelijke Specialisten Vereniging hebben de ondergetekenden tot de onderwerpelijke van de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1972 (Stcrt. 227) afwijkende maatregel besloten, ten einde een uit een oogpunt van algemene inkomensontwikkeling aanvaardbaar te achten beperkte verhoging van de vergoedingen voor verleende medische hulp aan particuliere patiënten mogelijk te maken. Bij de met de onderhavige maatregel toelaatbaar gestelde tariefsverhogingen is rekening gehouden met de

stijging van de salarissen van artsen en specialisten in ambtelijke dienst in 1972 alsmede met de stijging van de praktijkkosten in dat jaar.

De met de onderhavige maatregel toelaatbaar gestelde tariefsverhoging bedraagt 70%. Het toelaatbare tarief van huisartsen komt hiermede in het algemeen te liggen op f 13,25 per consult en f 20,— per visite.

De minister van Economische Zaken a.i., R. J. Nelissen.

De minister van Sociale Zaken, J. Boersma.

De minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, L. B. J. Stuyt.

Vergoeding kosten abortus provocatus

Ziekenfondswet prevaleert boven ziekenfondsstandpunt

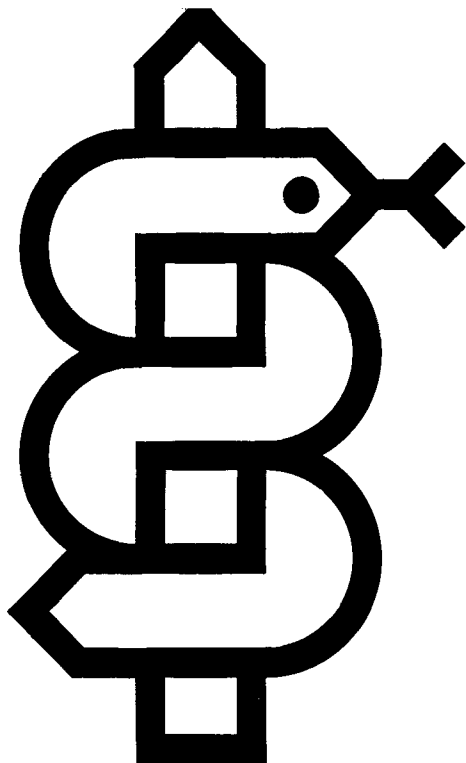
De Centrale Raad van Beroep heeft beslist dat het Utrechts Katholiek Ziekenfonds St. Liduina verplicht is de kosten te vergoeden voor een abortus provocatus, toegepast bij een 16-jarig meisje.

De Centrale Raad overwoog in zijn beslissing dat de abortus, uitgevoerd op grond van een medische indicatie, is toegepast door een medisch specialist, die deze toepassing in het belang achtte van de gezondheid van het meisje. Of diens oordeel in absolute zin juist is geweest regardeerde de Raad niet. Hij nam tot uitgangspunt voor zijn beslissing de aard van de taak, welke de wet aan het ziekenfonds heeft opgedragen en in die taak, aldus de Raad van Beroep, ligt niet besloten een toetsing van het onderhavige geval aan ethische maatstaven, tenzij deze ondubbelzinnig in

overeenstemming zijn met de heersende rechtsovertuiging; de Raad nam mede de omstandigheid in overweging dat in medische kringen het door het ziekenfonds verdedigde standpunt ten aanzien van de toelaatbaarheid van abortus provocatus niet als overheersend kan worden aangemerkt. Naar het oordeel van de Raad zal iedere bij een indicatiestelling betrokken medicus vooreerst naar eigen verantwoord medisch inzicht dienen uit te maken of een abortus provocatus geboden is.

De Raad, die zich niet heeft begeven in een beoordeling van de vraag of de abortus provocatus in strijd is met de wet — een door de strafrechter te bepalen zaak — was van oordeel dat in het onderhavige geval geen afbreuk kon worden gedaan aan de rechten, welke de verzekerde op

grond van de Ziekenfondswet en de daarop betrekking hebbende uitvoeringsvoorschriften toekomen. Het beroep van het voren genoemde ziekenfonds op zijn in zijn statuten vastgelegde katholieke beginselen is bij de Centrale Raad allerm minst overtuigend overgekomen omdat, aldus de Raad, ook een in die statuten eventueel vervatte beperking niet vermag af te doen aan de rechten, welke de belanghebbende aan de Ziekenfondswet en haar uitvoeringsbepalingen kan ontnemen.



Medisch Contact

Officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, Utrecht. Telefoon 030-885411
(tien lijnen).

Dagelijks Bestuur

Dr. A. E. Leuftink, voorzitter, Dr. J. L. A. Boelen, ondervoorzitter, W. van Bork, J. J. de Konink, Dr. R. Vermeer, F. N. M. Bierens (voorzitter L.H.V.), W. C. de Boer (voorzitter L.A.D.) en Dr. R. M. Versteegh (voorzitter L.S.V.).

Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; mej. L. M. C. van Dijk, chef de bureau; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz.

Bureau voor waarneming en vestiging

Van 08.00 tot 16.30 uur: mevr. M. A. Bosman en mej. J. A. M. de Graaf; *uitsluitend* na 19.00 uur en in het weekend: mej. L. M. C. van Dijk, telefoon 020-798984.

Afdeling comptabiliteit

J. A. Alst; Postgiro nummer 58083; AMRO-bank nummer 45.64.48.969.

Ledenregister

H. G. Miermans (ook voor alle mutaties).

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (L.A.D.)

Mr. J. J. Witteveen, directeur; mej. J. M. Bruins, secretaresse.

Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.)

Mr. H. A. Veenstra, directeur; mevr. M. J. Blok, chef de bureau.

Landelijke Specialisten Vereniging (L.S.V.)

Mr. H. J. Overbeek, directeur; mej. G. A. C. Enzerink, secretaresse.

Centraal college voor de erkenning en registratie van medische specialisten

W. J. de Jager, secretaris; mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (S.R.C.)

Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris; mevr. G. G. A. Brunger, secretaresse.

College voor Sociale Geneeskunde

W. J. de Jager, secretaris; mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (S.G.R.C.)

Dr. Y. van der Wielen, secretaris; mevr. H. van der Horst-Huussen, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds

H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223, postgironummer 111950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.)

Drs. S. Duursma, directeur; mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse; stafmedewerkers: J. van Elzelingen Skabo-brun, Keizersgracht 259, Amsterdam, telefoon 020-229225; R. Th. van der Garden, Klembergerweg 9, Epse-Gorssel, telefoon 05759-1825; E. J. M. Ghering, Leyparkweg 41, Tilburg, telefoon 013-432354.

Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (S.B.A.)

J. M. G. Hoes, directeur; mej. Mr. H. van Boxtel, directiesecretaris; telefoon 030-887021 en 885411; telex 47904.

Vergoeding voor waarneming

Het dagelijks bestuur van de Maatschappij heeft op advies van de Commissie voor Waarneming en Vestiging, na overleg met de Landelijke Huisartsen Vereniging en met de Landelijke Specialisten Vereniging, besloten de richtlijnen voor de vergoeding voor waarneming van 1 januari 1972 aan te passen aan de artsenhonoraria en de verdergaande geldontwaarding op een wijze, zoals dit volgend jaar pleegt te geschieden.

Besloten werd de tarieven te verhogen en deze als volgt vast te stellen:

a. voor huisartsen

vergoeding voor waarneming kleine huisartsenpraktijk: f 120,— per dag + reis- en verblijfkosten (was f 110,— per dag);

vergoeding voor waarneming middelgrote huisartsenpraktijk: f 135,— + reis- en verblijfkosten (was f 120,— per dag);

vergoeding voor waarneming grote huisartsenpraktijk: f 150,— per dag + reis- en verblijfkosten (was f 135,— per dag);

b. voor specialisten

vergoeding voor waarneming kleine specialistenpraktijk: f 140,— per dag + reis- en verblijfkosten (was f 130,— per dag);

vergoeding voor waarneming middelgrote specialistenpraktijk: f 170,— per dag + reis- en verblijfkosten (was f 150,— per dag);

vergoeding waarneming grote specialistenpraktijk: f 200,— per dag + reis- en verblijfkosten (was f 185,— per dag).

De hierboven vermelde bedragen zijn bedoeld als richtlijnen. Indien een vergoeding voor verblijfkosten moet worden betaald wanneer de waarnemer niet verblijft en verzorgd wordt ten huize van de arts, voor wie hij waarneemt, komt hiervoor een vergoeding in aanmerking in de orde van f 25,— per dag.

Wat betreft de kilometervergoeding is besloten een vergoeding van f 0,30 per kilometer vast te stellen.

De aandacht wordt er nog eens op gevestigd, dat het aanbeveling verdient voor het aangaan van de waarneming duidelijke afspraken te maken. In het bijzonder geldt dit voor het al of niet, tijdens de waarnemingsperiode, gebruiken van de auto van de waarnemer of van de waarnemende arts.

Indien men een waarneming aangaat of indien men met een waarnemer een afspraak maakt, zal men soms ook rekening willen houden met bijzondere omstandigheden. Het bureau voor waarneming is te allen tijde be-

MAATSCHAPPIJ - AGENDA 1973

- 25 januari — Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters
- 26 april — Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters
- 28 april — Algemene Vergadering Maatschappij
- 19 mei — Ledenvergadering L.S.V.
- 15 juni — Ledenvergadering L.H.V.
- 27 september — Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters
- 13 oktober — Ledencongres Maatschappij
- 20 oktober — Ledenvergadering L.S.V.
- 27 oktober — Algemene Vergadering Maatschappij
- 23 november — Ledenvergadering L.H.V.
- 24 november — Ledenvergadering L.A.D.
- 6 december — Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters

reid hierover nadere informatie of adviezen te geven. Indien men zich tot het bureau voor waarneming en vestiging van de Maatschappij wil wenden, diene dit bij voorkeur telefonisch te geschieden via telefoon 030-885411 of schriftelijk via het adres Lomanlaan 103 te Utrecht. Op deze wijze kan men alle gewenste mondelinge of schriftelijke inlichtingen en adviezen verkrijgen, die men nodig heeft.

Richtlijnen arbeidsvoorwaarden doktersassistenten

1. Onder doktersassistente wordt verstaan het vrouwelijk hulppersoneel, dat in het bezit is van een door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst erkend diploma voor doktersassistente en werkzaam in een dokterspraktijk.
2. Het bruto-salaris per maand, op basis van een 42-urige werkweek (voor een doktersassistente ouder dan 50 jaar op basis van een 37-urige werkweek, bedraagt:

in het eerste dienstjaar	f 830,—
in het tweede dienstjaar	f 895,—
in het derde dienstjaar	f 970,—
in het vierde dienstjaar	f 1050,—
in het vijfde dienstjaar	f 1135,—
in het zesde dienstjaar	f 1220,—
in het zevende dienstjaar	f 1280,—
in het achtste dienstjaar	f 1350,—
in het negende dienstjaar	f 1460,—
in het tiende en volgende dienstjaren	f 1560,—
3. Het salaris wordt evenredig verminderd bij een werkweek van minder dan 42 uren.
4. De doktersassistente die de leeftijd van 23 jaar heeft bereikt ontvangt, ongeacht het aantal dienst-

jaren, een minimumloon van f 970,—, dat voor haar als loon voor het eerste dienstjaar geldt. Voor het volgende dienstjaar geldt in dat geval een loon van f 1050,— enz. volgens de schaal van lid 2.

5. De arbeidstijd wordt geregeld met inachtneming van de desbetreffende wettelijke voorschriften en van hetgeen in een dienstbetrekking gebruikelijk is.
6. De doktersassistente heeft recht op vakantie met behoud van salaris gedurende 15 werkdagen per jaar, gerekend vanaf 1 juli.
7. De doktersassistente heeft voorts recht op een vakantietoeslag van 6% van het salaris genoten in de periode waarover de vakantie geldt. De toeslag wordt uitbetaald in de maand mei.
8. De doktersassistente is verplicht het beroepsgeheim te bewaren in dezelfde omvang als van een medicus wordt geëist.
9. Deze richtlijnen gelden vanaf 1 januari 1973.

De Permanente Commissie
Doktersassistenten

MC | VAN HET CENTRAAL COLLEGE

Prof. Dr. B. Smalhout over de opleiding tot anesthesist

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten heeft kennis genomen van de rede, getiteld „De dood op tafel”, welke Prof. Dr. B. Smalhout op maandag 27 november 1972 heeft uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar in de anesthesiologie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht — en veroorlooft zich enkele kanttekeningen te plaatsen bij het gedeelte, dat over de opleiding tot anesthesist handelt en als opschrift draagt: „De insufficiënte opleiding”. Het luidt als volgt:

„Alle opleiders zijn het erover eens, dat de anesthesie-opleiding, zeker in Nederland, te kort is (Keuskamp 1968, Reeser 1969, Dorlas c.s. 1969). Na lang aandringen van de Nederlandse Anesthesisten Vereniging en het Concilium Anaesthesiologicum, werd door het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten de opleiding in de anaesthesiologie (aanvankelijk 3 jaar) in 1969 met slechts een half jaar verlengd. Het opleidingsschema, zoals dat door het Centraal College (zie *Medisch Contact* 1969) werd geformuleerd, getuigt van een tragische kortzichtigheid en van een totaal gebrek aan kennis van zaken (Ritsema van Eck 1969).”

Het algemene oordeel, dat de opleiding in het specialisme anesthesiologie insufficiënt zou zijn ter zijde latend, dient te worden opgemerkt, dat het beroep op de uitspraken van de anesthesiologen Keuskamp, Reeser, Dorlas c.s. en Ritsema van Eck niet opgaat, aangezien die uitspraken geen betrekking hebben op het thans geldende opleidingsschema, dat is vastgesteld bij besluit van 22 september 1969. Het artikel van Prof.

Keuskamp is verschenen in *Medisch Contact* van 26 december 1968, dat van Dr. Reeser in M.C. van 10 januari 1969, dat van Dr. Dorlas c.s. in M.C. van 18 april 1969 en Prof. Ritsema van Eck heeft gesproken in de op 12 oktober 1968 gehouden vergadering van de Nederlandse Anesthesisten Vereniging. Genoemde anesthesisten hadden zonder uitzondering het oog op het vroegere opleidingsschema, dat een half jaar inwendige geneeskunde, een half jaar heelkunde en twee jaar anesthesie omvatte.

Ten onrechte wordt door de tekst van de rede de indruk gewekt, als zouden die opleiders de opleiding tot anesthesist volgens het nieuwe schema (drie jaar anesthesie plus een half jaar inwendige geneeskunde) als insufficiënt hebben gekenmerkt. Dit geldt temeer, daar Dr. Reeser in zijn artikel zegt dat de nieuwe opleidingseis een zeer wezenlijke verbetering is, waardoor de komende generatie van anesthesisten nog beter toegerust haar taak zal kunnen vervullen.

Voorts kan worden betwijfeld, of Prof. Ritsema van Eck wel geheel juist is geciteerd. In het Ned. T. Geneesk. 113, no 40, 1763-8, waarnaar werd verwezen, is althans niet te vinden dat deze heeft gesproken over „een tragische kortzichtigheid en een totaal gebrek aan kennis van zaken”. Wel zegt Prof. Ritsema van Eck op 12 oktober 1968: „Wij werken met opleidingseisen die ongeveer 15 jaar geleden zijn opgesteld, hoewel dit vak jong en nieuw is en zich steeds heeft moeten aanpassen aan de stormachtige ontwikkeling van deze tijd”, en even later (kennelijk doelende op de in bewerking zijnde nieuwe opleidingseisen): „Aan Crul, Reeser en Mauve hebben wij in het bijzonder de resultaten te danken, die wij naar wij hopen binnen afzienbare tijd te horen zullen krijgen”.

Vervolgens dient er op gewezen te worden, dat de vaststelling dat de opleiding tot anesthesist in 1969 slechts met een half jaar is verlengd op zich zelf wel juist is, maar enkele essentiële veranderingen onvermeld laat. Immers, de opleiding in de anesthesie in engere zin zelf is met een jaar verlengd, namelijk van twee tot drie jaar. Dit is weliswaar gegaan ten koste van het halve jaar heelkunde, maar het moet in de kring van anesthesisten bekend zijn dat de Nederlandse Anesthesisten Vereniging daarmee heeft ingestemd.

Wat betreft het ontbreken van een opleiding neurologie in de opleidingseisen kan er tenslotte op worden gewezen, dat het bestuur van de Nederlandse Anesthesisten Vereniging in géén van zijn voorstellen een opleiding neurologie heeft genoemd. Het Centraal College heeft enkele malen op het belang van de neurologie de aandacht gevestigd, maar het bestuur der vereniging was toen van oordeel dat de benodigde kennis hiervan tijdens de opleiding door middel van daartoe gegeven lessen dan wel door zelfstudie dient te worden verkregen.

Op grond van dit alles is het Centraal College van oordeel, dat althans in het aan de opleiding gewijde gedeelte van de bovengenoemde rede niet de vereiste zorgvuldigheid is betracht.

Het Centraal College heeft er voorts ernstig bezwaar tegen, dat de opleiding tot anesthesist in het Academisch Ziekenhuis te Utrecht, zoals Prof. Smalhout in

zijn rede mededeelt, tot vijf jaar is verlengd, zij het op basis van vrijwilligheid.

Het Centraal College wil er in dit verband met nadruk op wijzen, dat de opleidingsduur officieel drie en een half jaar bedraagt en dat elke assistent na drie en een half jaar opleiding bij de S.R.C. kan aanvragen in het register van erkende specialisten voor het specialisme anesthesie te worden ingeschreven. Iedere opleider heeft vanzelfsprekend het recht met een assistent overeen te komen, dat deze na zijn inschrijving in het register nog anderhalf jaar in zijn kliniek zal blijven werken. Echter dan niet meer als assistent, maar als wetenschappelijk medewerker met een dienovereenkomstig salaris.

Tenslotte zij er op gewezen, dat het Centraal College in 1969 niet tot een verlenging der totale opleiding in de anesthesiologie tot langer dan drie en een half jaar heeft kunnen besluiten mede met het oog op het grote bestaande tekort aan anesthesisten. Indien er thans onder de anesthesisten de overtuiging zou heersen dat de opleiding (nog) insufficiënt is, ligt het op de weg van de Nederlandse Anesthesisten Vereniging zich tot het Centraal College te wenden met voorstellen tot wijziging c.q. verlenging van het opleidingsschema.

C. P. van Heel, voorzitter

J. Bleeksma, secretaris

MC | VAN HET CENTRAAL BESTUUR L.H.V.

Particuliere tarieven

Het Centraal Bestuur heeft per brief d.d. 13 juli 1972, nr. LHV 72/542/L, aan alle leden medegedeeld dat de ontwikkeling van de aan de particuliere huisartsentarieven ten grondslag liggende cijfers een aanpassing van deze tarieven met ingang van 1 januari 1973 noodzakelijk maken en wel van f 12,25 tot f 13,25 per consult en van f 18,25 tot f 20,— per visite.

Het ministerie van Economische Zaken heeft medegedeeld tegen vorenvermelde bedragen geen bezwaar te maken.

Voor de goede orde is nog aangetekend, dat particu-

liere rekeningen, die ná 1 januari 1973 worden uitgeschreven over het laatste kwartaal van 1972, uit de aard van de zaak nog op het toen geldende niveau gebaseerd blijven.

F. N. M. Bierens, arts, voorzitter

F. A. van Spanje, arts, secretaris

MC | UIT DE AFDELINGEN

Heerenveen en Omstreken

Sportkeuringen

Sinds enkele jaren bestaat in de afdeling Heerenveen en Omstreken een groeiende onvrede met de sportkeuringen. De bezwaren tegen de huidige gang van zaken richten zich op twee punten. In de eerste plaats wordt bezwaar gemaakt tegen de grote sociale pressie die op de huisartsen vooral op het platteland wordt uitgeoefend. Zonder keuringsbewijs mogen de sportbeoefenaren niet aan de wedstrijden deelnemen op straffe van boetes die de vereniging worden opgelegd. Als de huisarts niet bereid is enkele van zijn vrije avonden op te offeren dupeert hij dus de sporters, en wordt hem verweten sociaal te zijn.

In de tweede plaats richt het bezwaar zich tegen de zinloosheid van een groot deel der keuringen. Kinderen moeten worden gekeurd voor activiteiten die ze op het schoolplein even intensief bedrijven. Het gevolg hiervan is dat het peil van de sportkeuringen laag is. In een poging een oplossing voor deze problemen te zoeken hebben we een onderhoud gehad met een delegatie van het hoofdbestuur van de Federatie van bureaus voor medische sportkeuring in Nederland. De resultaten van deze bespreking zijn een volledige overeenstemming over de volgende punten:

1. Vanaf 1 mei 1973 worden geen sportkeuringen meer verricht van kinderen die onder schoolgeneeskundig toezicht staan. De schoolartsen zijn na hun diepergaand onderzoek beter in staat de vereiste verklaring te geven.
2. Hetzelfde geldt mutatis mutandis voor militairen in actieve dienst.
3. Doublures van keuringen zullen worden voorkomen door gelijke periodiciteit voor de meeste sporten, waarbij gedacht wordt aan éénmaal per vijf jaar.
4. De verklaring zal niet specifiek voor één sport gelden, wel eventueel één of meer sporten specifiek uitsluiten.
5. De sportbonden leggen zich neer bij de richtlijnen van de Federatie van bureaus voor medische sportkeuring.

Op deze manier zal een belangrijke reductie van het aantal keuringen worden bereikt. Als grootste voordeel mag gelden dat de keurende arts meer het gevoel heeft zinvol werk te doen.

C. P. van Heel, voorzitter

J. Bleeksma, secretaris

INHOUD-OFFICIEEL

Van het hoofdbestuur:

Vergoeding voor waarneming 62

Richtlijnen arbeidsvoorwaarden doktersassistenten 62

Van het Centraal College:

Prof. Dr. B. Smalhout over de opleiding tot anesthesist 63

Van het Centraal Bestuur L.H.V.:

Particuliere tarieven 64

Uit de afdelingen:

Heerenveen en Omstreken - Sportkeuringen .. 64