

## 2. COMMENTAREN BIJ DE METHODOLOGIE EN HET BEGRIPPENKADER

### TUSSEN PIJNBESTRIJDING EN EUTHANASIE

#### De rol van intenties in het sterfgevallenonderzoek

*Donald van Tol, met medewerking van John Griffiths<sup>1</sup>*

**SUMMARY** – *Between pain relief and euthanasia. The role of intentions in the death-certificate study* – This article investigates the demarcation between two categories used in the death-certificate studies in Flanders and the Netherlands. The two categories are ‘death as a result of alleviation of pain’ on the one hand and ‘euthanasia’ on the other hand. When high doses of opioids are given for purposes of pain relief, knowing that the life of the patient may thereby be shortened or with the additional intention of shortening the life of the patient, death is classified as a result of pain-relief. However, if a doctor gives the same treatment with the explicit intention to hasten death, it should be classified as euthanasia. In this article it is argued that a number of features of the Dutch and Flemish findings regarding doctors’ intentions can be explained as a result of the fact that doctors are not able to make reliable reports concerning their intentions. Support for this idea is found in the social psychological theory of cognitive dissonance. Doctors appear to attribute to themselves a less severe intent in order to diminish the psychological tension caused by the situation in which they had to make an end-of-life decision. Since the doctor’s intent cannot be reliably assessed by self-reporting, one should try to look for another criterium to make the distinction between the juridically uncontrolled category of pain-relief and the controversial category of euthanasia.

**KEY WORDS:** Cognitive Dissonance, Death-certificate Study, Euthanasia, Pain-relief

### Inleiding

Toediening van pijnbestrijdende middelen waarvan de arts weet dat het leven van de patiënt er mogelijk door wordt bekort komt veelvuldig voor. Zolang de arts het zuiver doet met de intentie pijn te bestrijden is het een onomstreden vorm van ‘normaal medisch handelen’. Als een patiënt ten gevolge van een dergelijke behandeling overlijdt mag de arts dat rapporteren als een ‘natuurlijke dood’ en is de juridische controle vrijwel nihil. Is de intentie van de arts bij toediening van pijnbestrijdende middelen

<sup>1</sup> De auteur is promovendus bij de vakgroep *Rechtstheorie* aan de *Rijksuniversiteit Groningen* en maakt deel uit van de *MBPSL-onderzoeksgroep (Medical Behavior that Potentially Shortens Life)*. Het artikel kwam tot stand in samenwerking met leden van de onderzoeksgroep, waarvoor dank. Voor meer informatie: <http://www.rechten.rug.nl/mbpsl>.

echter uitdrukkelijk gericht op het bespoedigen van de dood, dan is er sprake van euthanasie, hulp bij zelfdoding of levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek. In deze gevallen is er volgens het Nederlandse recht sprake van een 'niet-natuurlijke dood' waarvoor een specifiek controle-systeem bestaat. Aangrijpingspunt daarvan is dat de arts de niet-natuurlijke dood als zodanig rapporteert op de overlijdensakte.

Of toediening van pijnbestrijdende middelen tot een niet-natuurlijke dood leidt, hangt dus af van de intentie van de arts. Het vaststellen van die intentie is echter niet gemakkelijk en doet denken aan een blik op een hologram: kijkend vanuit een andere hoek verandert plots het beeld. Een Nederlandse verpleeghuisarts beschrijft dit treffend in een interview met de buitenlandse pers: *"Now just how you would characterize this use of morphine depends on where you are: talking to a journalist from Reader's Digest you would say, or should say, that you only meant to ease the pain, and the thought that the medication hastened her death never even crossed your mind. Writing for The New York Times you would say that you realized it would hasten her end but that was certainly not your purpose. Talking to your wife that evening you would say: I don't know whether she had more pain this morning, but, Jesus, I was so relieved when she died 3 hours after I doubled the dosage."*<sup>2</sup>

In dit artikel wordt ingegaan op de wankelende basis die zelf-gerapporteerde intenties bieden als verschillende soorten levensverkortende behandelingen moeten worden onderscheiden voor doeleinden van effectieve controle. Aandacht zal met name uitgaan naar de afbakening tussen euthanasie aan de ene kant en de dood als gevolg van pijnbestrijding aan de andere kant.

## 1. *To intend or not to intend*

In de Vlaamse en Nederlandse sterfgevallenonderzoeken is empirisch onderzocht hoe vaak de verschillende levensverkortende behandelingen voorkomen. De onderzoeken zijn nagenoeg identiek en gebruiken dezelfde vragenlijsten. Voor de indeling van de verschillende handelingen golden de thans in Nederland gebruikte juridische classificaties als basis. Een vijftal categorieën worden onderscheiden. Dat zijn achtereenvolgens abstineren (staken of niet aanvangen van een behandeling); pijn- en symptoombestrijding; euthanasie; hulp bij zelfdoding; en tenslotte het beëindigen van leven zonder uitdrukkelijk verzoek. Volgens het Nederlandse Wetboek van Strafrecht zijn alleen de laatste drie strafbaar. Het is Nederlandse artsen echter met inachtneming van een aantal zorgvuldigheidseisen toegestaan euthanasie te plegen of iemand de middelen te verstrekken een stervenswens ten uitvoer te brengen. De arts die zo handelt moet de dood van de patiënt wel opgeven als een niet-natuurlijke. De arts moet dus in eerste instantie zélf bepalen of er sprake is geweest van bijvoorbeeld euthanasie. Een toetsingscommissie buigt zich vervolgens over het handelen van de arts en bekijkt of deze zich aan de zorgvuldigheidseisen heeft gehouden.<sup>3</sup> De koers die momenteel in België wordt gevaren lijkt, getuige het wetsvoorstel voor euthanasie dat in december 2000 in de Belgische senaat werd behandeld, te zullen uitmonden in een systeem dat in grote

<sup>2</sup> Zie <http://www.randomhouse.com/boldtype/0597>.

<sup>3</sup> Deze zogenaamde 'meldingsprocedure' werd in 1990 voor het eerst in Nederland toegepast. In 1994 werd de procedure iets herzien en in november 1998 werd de procedure aangevuld met toetsing door speciaal daarvoor aangestelde commissies.

mate gelijkenis vertoont met het Nederlandse. Als het wordt aangenomen geldt ook in België dat de arts zelf aangifte moet doen van gevallen van euthanasie.<sup>4</sup>

Een dergelijk controle-systeem staat of valt bij het meldingsgedrag van de arts. Meldt de arts niet dan is er ook weinig praktische mogelijkheid tot juridische controle. In 1995 bleek dat Nederlandse artsen geen melding doen in ongeveer de helft van alle gevallen die zij zelf beschouwen als euthanasie.<sup>5</sup> Op dit probleem van opzettelijk niet-melden zal in dit artikel niet worden ingegaan. (Klijn & Griffiths, 2000: 1486-1489) Wel zal worden bekeken of het demarcatie-criterium tussen pijnbestrijding enerzijds en euthanasie anderzijds bij artsen niet voor verwarring zorgt, met als gevolg dat er onopzettelijk niet wordt gemeld.

Het onderscheid tussen euthanasie en de dood als gevolg van pijnbestrijding berust op de intentie van de arts. Om die intentie voor het sterfgevallenonderzoek vast te stellen kregen artsen een vragenlijst toegestuurd over een sterfgeval uit hun praktijk. Als er levensverkortend was gehandeld werd de arts gevraagd zijn intentie daarbij aan te geven. Voor de categorie pijn- en/of symptoombestrijding is intentie onderverdeeld over drie gradaties, te weten: 1) *rekening houdend met de waarschijnlijkheid of de zekerheid dat het levenseinde wordt bespoedigd*; 2) *mede met het doel* en 3) *met het uitdrukkelijke doel* het levenseinde te bespoedigen.<sup>6</sup>

Als de arts beoogde pijn te verminderen, daarbij *rekening houdend met de waarschijnlijkheid of de zekerheid dat het leven daardoor mogelijk wordt verkort* is de *leer van het dubbele effect* van kracht. Daarbij wordt als volgt geredeneerd: als het handelen van de arts de intentie heeft het lijden van de patiënt te verlichten, dan is het bijkomende gevolg dat de patiënt daaraan vervroegd overlijdt wellicht voorzien geweest, maar die consequentie maakt géén onderdeel uit van de intentie van de arts. De dood is dus wel voorzien maar niet bedoeld. Het handelen van de arts wordt daarom beschouwd als 'normaal medisch handelen' en het overlijden van de patiënt wordt hem niet aangerekend. (Griffiths e.a., 1998; Quill e.a., 1997)

Indien de arts een middel toediende *mede met het doel* het levenseinde te bespoedigen, dan wordt het levenseinde beschouwd als "*niet uitdrukkelijk gewild maar ook niet een onwelkom neveneffect*". (Van der Wal & Van der Maas, 1996: 296) Strikt genomen gaat de leer van het dubbele effect dan niet meer op omdat het negatieve effect, de dood, mede het doel is geweest. Desalniettemin wordt pijnbestrijding met deze intentie in het Nederlandse recht en in de Vlaams/Nederlandse onderzoeken beschouwd als 'normaal medisch handelen'. Als de pijnbestrijdende middelen echter werden toegediend met *het uitdrukkelijke doel* het levenseinde te bespoedigen dan werd dit in het Nederlandse sterfgevallenonderzoek "*geïnterpreteerd als euthanasie, hulp bij zelfdoding of levensbeëindigend handelen zonder verzoek*". (Van der Wal & Van der Maas, 1996: 298) In Nederland moet de arts zich in zo'n geval houden aan de meldingsplicht.

<sup>4</sup> De letterlijke tekst luidt: "*De arts die euthanasie toepast, moet daarvan onmiddellijk aangifte doen bij de ambtenaar van de burgerlijke stand van de plaats waar de patiënt is overleden, alsook bij de procureur des konings*". Artikel 5, wetsvoorstel betreffende euthanasie, zoals op 20 december 2000 behandeld in de Belgische senaat.

<sup>5</sup> Het precieze meldingspercentage dat uit het Nederlandse sterfgevallenonderzoek naar voren kwam was voor 1995 41%. Dat betekent dat 59% van de euthanasie-gevallen dus niet werd gemeld. Thans is de meldingsfrequentie waarschijnlijk iets gestegen.

<sup>6</sup> De formuleringen zijn afkomstig uit de Nederlandse vragenlijst gebruikt bij het sterfgevallenonderzoek. De Vlaamse vragenlijst is identiek, met uitzondering van de eerste categorie. Die is geformuleerd als *wetende dat*.

De intentie-schattingen van de arts spelen dus zowel in het huidige Nederlandse controle-regime als in het sterfgevallenonderzoek een centrale rol. Wanneer de resultaten van de Nederlandse en Vlaamse onderzoeken voor de categorie pijnbestrijding worden bekeken rijst echter de vraag in hoeverre artsen in staat zijn hun intenties zuiver en eenduidig in te schatten.

## 2. Resultaten

Het recentelijk uitgevoerde Vlaamse sterfgevallenonderzoek werd zoals gezegd eerder in Nederland uitgevoerd, in 1990 en 1995. In onderstaande tabel staan de gegevens voor de categorieën pijnbestrijding en euthanasie voor beide onderzoeken bij elkaar gezet.

**Tabel 1: Frequentie intensiveren pijn- en symptoombestrijding (PBS) in Vlaanderen (2000) en Nederland (1990 en 1995) (percentages van het totaal aantal sterfgevallen)<sup>7</sup>**

	<i>PSB 1</i>	<i>PSB 2</i>	<i>Euthanasie</i>	<i>Totaal Aantal sterfgevallen</i>
<b>Nederland, 1990</b>	15,0% (19.342)	3,8% (4.900)	1,7% (2209)	128.947
<b>Nederland, 1995</b>	16,3% (22.115)	2,9% (3.935)	2,4% (3.256)	135.675
<b>Vlaanderen</b>	13,2% (7.450)	5,3% (2.966)	1,1% (640)	56.354

PSB 1: Intensivering pijn- en symptoombestrijding, wetende dat hierdoor het levenseinde mogelijk bespoedigd wordt.

PSB 2: Intensivering pijn- en symptoombestrijding, mede met het doel het levenseinde te bespoedigen.

Eerst zal worden ingegaan op de Nederlandse gegevens en de opmerkingen die de onderzoekers daarover maken. Allereerst is te zien dat ten opzichte van 1990, in 1995 in Nederland een lichte daling van het aantal geschatte gevallen van pijnbestrijding met levensverkorting mede als doel (PSB 2) samenging met een stijging in het aantal geschatte gevallen van euthanasie. De verklaring die de onderzoekers daarvoor geven is de *“sterkere geneigdheid van artsen om een zwaardere intentie aan hun beslissingen rond het levenseinde toe te kennen”*. (Van der Wal & Van der Maas, 1996: 94 en 233) Waar artsen hun intentie dus in 1990 inschatten als *mede met het doel* neigen artsen vijf jaar later meer naar de inschatting *met het uitdrukkelijke doel*. Aan dezelfde medische handeling wordt een andere intentie toegedicht met als gevolg dat de handeling anders moet worden geclassificeerd.

Uit opmerkingen van artsen konden de onderzoekers opmaken dat de formulering *met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen* bij artsen grote weerstand opriep *“omdat zij bij de uitoefening van hun beroep voortdurend gericht zijn op het leven van de patiënt en niet op diens overlijden”*. (De Graaff e.a., 1996: 79) Naast het sterfgevallen-onderzoek werd in Nederland een flankerend onderzoek gedaan waarin artsen dezelfde soort vragen kregen voorgelegd, maar dan door een interviewer. In de interviews kon dieper worden ingegaan op de precieze intentie van de arts en er werd daarom scherper doorgevraagd of bij toediening van pijnbestrijdende middelen het bespoedigen van het overlijden niet *het uitdrukkelijke doel* was geweest. Dat bleek in

<sup>7</sup> Gegevens afkomstig uit de Nederlandse en Vlaamse onderzoeken. VAN DER WAL G. & VAN DER MAAS P.J. (1996) en DELIENS L. et al. (2000).

maar liefst 10% van de gevallen, die in eerste instantie als pijnbestrijding werden aangegeven, zo te zijn. De onderzoekers schatten dat op een totaal van 1,4% van alle sterfgevallen in 1995.<sup>8</sup> Deze gevallen werden door de onderzoekers gerekend tot een *grensgebied* en ondergebracht in de categorie intensivering pijn- en/of symptoombestrijding.<sup>9</sup> Dit is een opmerkelijke beslissing gezien de definitie van euthanasie in termen van een bepaalde intentie. Zouden deze gevallen onder euthanasie worden geschaard, dan zou niet 2,3% maar 3,7% van de Nederlandse sterfgevallen in 1995 het gevolg zijn geweest van euthanasie.<sup>10</sup>

Opmerkelijk is niet alleen het grensgebied. De ingeschatte intenties zijn schijnbaar ook afhankelijk van *hoe* ernaar wordt gevraagd. In het interview-onderzoek werden beduidend minder gevallen van intensivering van pijnbestrijding geteld dan uit de schriftelijke enquêtes van het sterfgevallenonderzoek naar voren kwamen.<sup>11</sup> Hoe dat komt is niet helemaal duidelijk; in het onderzoeksrapport wordt nauwelijks een verklaring gegeven. Wellicht schatten artsen hun intentie anders in als ze een vragenformulier invullen dan wanneer daarnaar wordt gevraagd in een persoonlijk interview. De onderzoekers geven wel een verklaring voor de daling in het interview-onderzoek tussen 1990 en 1995.<sup>12</sup> Die daling zou een gevolg zijn van het gegeven dat de intentie-vraag in de interviews van 1995 “*iets dwingender werd geformuleerd*”. (Van der Wal & Van der Maas, 1996: 77 en 92) De formulering van de vraag heeft dus kennelijk ook invloed op de intentieschatting.

Doel van het bovenstaande is aan te geven dat intenties bijzonder moeilijk zijn vast te stellen, mede omdat de artsen zelf hun intenties niet betrouwbaar kunnen aangeven. Overigens is er geen reden om aan te nemen dat artsen in de betreffende onderzoeken – waarin absolute anonimiteit werd gehanteerd – niet op eerlijke wijze hebben geantwoord. De grens tussen euthanasie en pijnbestrijding is een grijze zone en dat is naar alle waarschijnlijkheid niet alleen in het onderzoek maar ook in de medische praktijk het geval.

Wanneer naar de Vlaamse resultaten wordt gekeken is er geen reden om aan te nemen dat die van deze problematiek verstoken zijn gebleven. Het is echter op basis van de gepubliceerde gegevens niet vast te stellen in hoeverre dat het geval is geweest. Er heeft in Vlaanderen slechts één onderzoek plaatsgevonden en er zijn geen interviews afgenomen op basis waarvan het grensgebied in het Nederlandse onderzoek werd geconsta-

<sup>8</sup> Voor 1990 werd het grensgebied geschat op ongeveer 2% van alle sterfgevallen. VAN DER MAAS P.J., VAN DER DELDEN J.J. & PIJNENBORG L. (1991), pagina 146.

<sup>9</sup> Dit is overigens niet het hele grensgebied waar de onderzoekers melding van maken. Zij rekenen tot het hele grensgebied “*die gevallen waarin de arts aangaf levensbeëindigend te hebben gehandeld zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt, maar daarbij niet het uitdrukkelijke doel te hebben gehad het levenseinde te bespoedigen (0,6 %) en die gevallen waarin de arts meldde de pijn en/of symptoombestrijding te hebben geïntensiveerd met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen (1,4%)*”. VAN DER WAL G. & VAN DER MAAS P.J. (1996), pagina 93. Ik beperk mij hier tot het tweede deel van deze grijze zone.

<sup>10</sup> Het geschatte percentage euthanasie-gevallen op basis van de interviews (2,3%) week iets af van het percentage dat uit het sterfgevallenonderzoek naar voren kwam (2,4%). In de optelling is het percentage van de interviews gebruikt omdat het grensgebied op basis van de interviews werd vastgesteld.

<sup>11</sup> De totale omvang van het aantal gevallen van pijnbestrijding rekening houdend met levensverkorting of met levensverkorting mede als doel, omvatte in 1990 en 1995 respectievelijk 18,8% en 19,2% van het totaal aantal sterfgevallen. Bij de interviews waren de percentages 16,3% in 1990 en 14,7% in 1995 (tabel 7.2). VAN DER WAL G. & VAN DER MAAS P.J. (1996) pagina 77.

<sup>12</sup> Zie voetnoot 10.

teerd. Hoe groot het grensgebied in Vlaanderen is, is dus niet te zeggen. Dat er sprake is van zo'n gebied lijkt echter zeer waarschijnlijk.

### 3. Cognitieve dissonantie

We hebben gezien dat de resultaten van het Nederlandse en Vlaamse sterfgevallenonderzoek erop wijzen dat vele artsen hun intenties zoals die in de onderzoeken zijn gecategoriseerd, niet eenduidig kunnen aangeven. Een dergelijke conclusie zouden we niet mogen trekken op basis van enkele indicaties die wellicht ook anders geïnterpreteerd zouden kunnen worden. Er is echter een solide theoretische basis die de hier gepresenteerde interpretatie aannemelijk lijkt te maken.

In 1957 lanceerde de sociaal psycholoog Festinger de theorie van *cognitieve dissonantie*, die nog altijd met regelmaat wordt bevestigd.<sup>13</sup> Festinger doelde met dit begrip op de psychische spanning die ontstaat als iemand in een situatie verkeert waarin twee cognities niet met elkaar overeenstemmen. Festinger veronderstelde dat de persoon die zich in een situatie van cognitieve dissonantie bevindt de spanning zal trachten te reduceren. Daarbij neemt zowel de grootte van de dissonantie als de neiging om die te verminderen toe naarmate het belangrijkere cognities betreft.<sup>14</sup> In een slim opgezet experiment werden deze aannames bevestigd en toonde Festinger bovendien aan dat de dissonantie wordt verminderd op de wijze die de minste moeite en aanpassing vergt. Hierbij moet worden benadrukt dat aanpassing van cognities door de persoon zelf vaak niet of nauwelijks wordt opgemerkt.

Festingers theorie lijkt goed toepasbaar op de situatie van de arts die beslissingen rond het levenseinde moet nemen. De interpretatie van het handelen dat uit die beslissingen voortkomt, kan op gespannen voet komen te staan met morele opvattingen over hoe je behoort te handelen. Als de arts als gevolg van ondraaglijk en uitzichtloos lijden nauwelijks anders kan dan meewerken aan de levensbeëindiging van een patiënt, dan druist dat in tegen de fundamentele uitgangspunten van zijn beroep.<sup>15</sup> Geneeskunde is immers gericht op het genezen dan wel draaglijk maken van ziekte tijdens het leven van patiënten. Aangenomen dat dit leidt tot cognitieve spanning, dan is de vraag hoe de arts daarmee omgaat.<sup>16</sup> De theorie voorspelt dat de arts geneigd zal zijn de ontstane

<sup>13</sup> De theorie is in elke hedendaagse inleiding in de sociale psychologie terug te vinden. Zie bijvoorbeeld: MEERTENS R.W. & VON GRUMBKOW J. (red.) (1992).

<sup>14</sup> Een voorbeeld kan dit verhelderen: iemand die een aankoop heeft gedaan die hem niet bevalt, zal minder dissonantie ervaren als het een fiets betreft, dan wanneer het om een auto gaat. In het tweede geval zal de neiging de dissonantie te verminderen dan ook groter zijn. De dissonantie kan bijvoorbeeld worden verminderd door de auto niet langer op het achteraf teleurstellende uiterlijk maar op het zuinige verbruik te beoordelen. In het geval van de fiets is het goed mogelijk dat iemand blijft bij het oordeel dat het een slechte aankoop betrof. Het verlies is immers niet zo groot. Voorbeeld deels ontleend aan MEERTENS R.W. & VON GRUMBKOW J. (1992).

<sup>15</sup> Dit wordt bevestigd in eerdergenoemde opmerking uit het onderzoeksrapport van het CBS over de vragen in het sterfgevallenonderzoek. Het bleek "dat veel artsen moeite hadden met de term met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen omdat zij bij de uitoefening van hun beroep voortdurend gericht zijn op het leven van de patiënt en niet op diens overlijden". DE GRAAFF C., KESTER J. & HENKE-KULAKOWSKA M. (1996) p. 79.

<sup>16</sup> Festingers theorie gaat met name op als de persoon verantwoordelijk is voor zijn gedrag en de consequenties van zijn gedrag kan overzien. VEEN P. & WILKE H.A.M. (1986). De situatie van de arts zoals hier besproken voldoet aan beide voorwaarden.

spanning te verminderen, en wel op de wijze die de minste aanpassing vergt. Een manier om dat te doen is het levensbeëindigend handelen zodanig te interpreteren dat het niet langer strijdig is met het beroepsethos van de arts. De doctrine van het dubbel effect biedt hiervoor een goede mogelijkheid: het doel was pijnbestrijding, de dood een onfortuinlijk neveneffect.

Er ontstaat mogelijk een tweede potentiële dissonantie door de manier waarop levensbeëindigend handelen bij wet is geregeld. De interpretatie 'ik heb levensbeëindigend gehandeld' verplicht de arts dit te melden bij de autoriteiten. De gevolgen daarvan variëren in Nederland en België van enige administratieve rompslomp tot het risico van strafrechtelijke vervolging voor een ernstig misdrijf. Het vooruitzicht van de beklagenbank zal botsen met de overtuiging van de arts dat hij zijn beroep goed heeft uitgeoefend. De ontstane spanning kan worden opgelost door de interpretatie 'ik heb levensbeëindigend gehandeld' iets aan te passen met de toevoeging 'maar die handeling had het primaire doel pijn te bestrijden'. Dan is er sprake van onproblematisch 'normaal medisch handelen' en hoeft de arts niet te melden. De arts liegt daarmee niet, want dissonantie-reductie heeft er immers voor gezorgd dat de onproblematische intentie ook zijn werkelijke intentie is geworden.

Als het onderscheid tussen pijnbestrijding en euthanasie wordt gebaseerd op zelfgerapporteerde intenties van de arts, lijkt men zich op het drijfzand van cognitieve dissonantie te bevinden. In dat licht worden de enigszins verwarrende resultaten van de sterfgevallenonderzoeken beter begrijpelijk. Als cognitieve dissonantie inderdaad invloed heeft op de intentie-schattingen van artsen, dan is dat een onaangename conclusie. Immers, de resultaten van de empirische onderzoeken zijn er wellicht door vertekend. Alarmerender nog is de mogelijkheid dat het van invloed is op de maatschappelijke controle van levensbeëindigend handelen. Gevallen van euthanasie kunnen ongemerkt verborgen blijven als de grens met de categorie pijnbestrijding afhangt van de manier waarop artsen hun handelen interpreteren. De vraag is dan ook of er geen ander criterium te vinden is waarmee het onderscheid tussen deze categorieën meer eenduidig te maken is.

#### 4. Een mogelijk controlemiddel

Volgens vele anesthesisten zijn de beweringen ten aanzien van pijnbestrijding in het Nederlandse en Vlaamse onderzoek mysterieus om heel andere redenen dan hier aangegeven. Zij zeggen dat patiënten überhaupt niet sterven aan pijnbestrijding. Immers, mensen die morfine<sup>17</sup> krijgen toegediend in het kader van pijnbestrijding krijgen dat in afgemeten doses die in principe niet dodelijk zijn. Slechts bij mensen die geen tolerantie hebben opgebouwd voor morfine zou een levensbeëindigend effect kunnen optreden, maar alleen met een dosis die geen pijnbestrijdend doel dient. Morfine fungeert in dat geval als euthanaticum in plaats van als pijnbestrijder. En bij mensen die wel gewenning hebben opgebouwd kan morfine, althans niet in een dosering die iets met pijnbestrijding te maken heeft, door die gewenning geen levensbeëindigend effect meer bewerkstelligen, aldus de anesthesisten. Kortom, de bevinding dat zowel in

<sup>17</sup> Bij pijnbestrijding worden in de meeste gevallen morfine of morfine-achtige middelen gebruikt. DE GRAAFF C., KESTER J. & HENKE-KULAKOWSKA M. (1996).

Nederland als in Vlaanderen bijna één op de vijf mensen sterft als gevolg van pijnbestrijding is volgens deze deskundigen niet geloofwaardig. Ofwel was de arts met iets anders bezig dan het bestrijden van pijn, ofwel was de dood van de patiënt geen gevolg van wat de arts deed. (Thoms & Sykes, 2000; Admiraal, 1995)

Met deze gegevens in het achterhoofd keren we terug naar de vraag of geen beter criterium dan intentie te vinden is waarmee het onderscheid tussen euthanasie en pijnbestrijding gemaakt zou kunnen worden. Als bovenstaande anesthesisten gelijk hebben dan is het antwoord ja. Er zou onderzocht kunnen worden hoe en in welke dosering artsen de gebruikte middelen hebben toegediend en waaraan en wanneer de patiënt vervolgens overleed. Er is met de nodige expertise over de werking van morfine wellicht een grens te trekken waar toediening van het middel geen pijnbestrijding meer is maar levensbeëindigend handelen.

In het Nederlandse sterfgevallenonderzoek van 1995 en het recente Vlaamse equivalent zijn vragen over de toegediende middelen gesteld die een eind in de gesuggereerde richting gaan. Gevraagd is achtereenvolgens naar naam van het middel, wijze van toediening, hoeveelheid in de laatste 24 uur, dosering, en de verstreken tijd tussen laatste toediening en overlijden. In het Nederlandse onderzoek zijn bovengenoemde gegevens helaas niet geanalyseerd en is dit bovendien niet meer mogelijk omdat de verzamelde data zijn vernietigd.<sup>18</sup> Met de gegevens uit het Vlaamse onderzoek zou dat alsnog kunnen. Daarmee zouden onduidelijkheden rond de grijze zone tussen pijnbestrijding en euthanasie kunnen worden opgehelderd.

## Literatuur

ADMIRAAL P.V. (1995), 'Toepassing van euthanatica', *Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde: tevens orgaan der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst*, Vol. 139 (Issue 6), 265-267

DELIENS L., MORTIER F., BILSEN J., COSYNS M., STICHELE VANDER R., VANOVERLOOP J. & INGELS K. (2000), 'End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey', *The Lancet*, vol. 356, 1806-1811

DE GRAAFF C., KESTER J. & HENKE-KULAKOWSKA M. (1996), *Het levens-einde in de medische praktijk (1995, 1990): resultaten sterfgevallenonderzoek 1995, deelonderzoek II van het evaluatieonderzoek Meldingsprocedure euthanasie*, CBS, Voorburg

GRIFFITHS J., BOOD A. & WEYERS H. (1998), *Euthanasia and Law in the Netherlands*, Amsterdam University Press, Amsterdam

KLIJN A. & GRIFFITHS J. (2000), 'De regionale toetsingscommissies en de ontwik-

<sup>18</sup> In het rapport van het *Nederlandse Centraal Bureau voor de Statistiek* (CBS) – de instantie die het sterfgevallenonderzoek destijds uitvoerde – zijn wel wat resultaten vermeld over de gebruikte middelen, maar de hier bedoelde analyses ontbreken.

- keling van de meldingsfrequentie euthanasie', *Nederlands Juristenblad*, afl. 30, 1486-1489
- MEERTENS R.W. & VON GRUMBKOW J. (red.) (1992), *Sociale Psychologie*, Wolters Noordhof, Groningen
- QUILL T.E., DRESSNER R.D. & BROCK D.W. (1997), 'The rule of double effect – a critique of its role in end-of-life decision making', *New England Journal of Medicine* vol. 337, no. 24
- THOMS A. & SYKES N. (2000), 'Opioid use in last week of life and implications for end-of-life decision-making', *The Lancet*, vol. 356, 398-399
- VAN DER MAAS P.J., VAN DELDEN J.J.M. & PIJNENBORG L. (1991), *Medische beslissingen rond het levenseinde, het onderzoek voor de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie*, Sdu Uitgeverij Plantijnstraat, 's Gravenhage
- VAN DER WAL G. & VAN DER MAAS P.J. (1996), *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. De praktijk en de meldingsprocedure*, Sdu Uitgevers, Den Haag
- VEEN P. & WILKE H.A.M. (1986), *De kern van de sociale psychologie*, Van Loghum Slaterus, Deventer