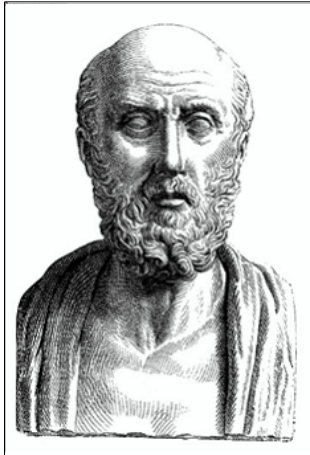


I.1 Hippocrates



Afbeelding 1: *Hippocrates* (afbeelding Wikimedia commons)

De medische wereld kent een lange geschiedenis en lange tradities. Een belangrijk moment en keerpunt in die geschiedenis wordt gevormd door de persoon Hippocrates. Hij leefde van plusminus 460 voor Christus tot 377 voor Christus en werd dus ongeveer 83 jaar oud. Hij zocht naar de natuurlijke oorzaken voor ziekten en aandoeningen in het lichaam van de mens in plaats van de toentertijd gangbare verklaringen vanuit toverij of godsdienstige oorzaken. We zouden dus kunnen zeggen dat Hippocrates de grondlegger is van de geneeskunde

De vormende betekenis van Hippocrates als arts en als mens wordt duidelijk door het feit dat hij zijn afgestudeerde studenten een eed liet afleggen voordat ze als arts gingen werken. Deze is bekend geworden als de *Eed van Hippocrates*:

Ik zweer en onderschrijf, dat ik deze eed, zolang ik mag beschikken over mijn vermogens en verstandelijk inzicht, ten einde toe zal houden.

Ik zal iemand, die mijn leermeester in de geneeskunst is geweest, beschouwen als een familielid en belangeloos terzijde staan. Diens kinderen zullen voor mij zijn als broeders, die ik desgevraagd op mijn beurt, zonder daarvoor vergoeding te vragen, in de geneeskunst zal opleiden. Mijn onderricht zal ik geven aan hen, samen met mijn eigen kinderen en aan de studenten, die onderworpen zijn aan de plicht tot geheimhouding, maar niet aan buitenstaanders.

Ik zal mijn voorschriften geven naar beste weten en kunnen, tot welzijn van de patiënten en ik zal hen behoeden voor alles, wat schadelijk en verkeerd is.

Ik zal niemand die mij daarom vraagt, helpen aan een dodelijk brouwsel; noch zal ik uit eigen beweging met een advies daartoe komen. Ook zal ik geen enkele vrouw helpen aan een giftige zetpil. Onberispelijk en godvrezend zal zowel mijn privéleven zijn als de uitoefening van mijn beroep.

Ik zal geen handelingen uitvoeren, die niet tot mijn competentie behoren, maar zo nodig plaats maken voor hen, die wel ter zake kundig zijn.
Indien ik mij begeef op het privéterrein van de patiënten zal ik dat doen ter genezing, mij verre houdend van alle misbruik van mijn positie in mijn houding tegenover vrouwen en mannen, met name op seksueel gebied.
Al wat ik als hulpverlener zal zien of horen, ook van het privéleven van de patiënten zal ik voor mij houden, in de overtuiging dat zulke dingen geheim moeten blijven.
De achting van alle mensen voor mijn levenswijze en beroepsuitoefening moge voor altijd mijn deel zijn, indien ik deze eed nakom en niet verbreek. Bij overtreding en meined echter moge het tegendeel mij overkomen (Vertaling W.G.M. Witkam).

Ruim 26 eeuwen nadat Hippocrates deze eed vormgaf, leggen afgestudeerde geneeskundestudenten nog steeds een eed af die hun attitude en mentaliteit als arts vormt. In 1878 is deze eed in Nederland in de geneeskunde ingevoerd. Dan werd er meestal een deel uit voorgelezen dat de studenten met de eed of de belofte accepteerden. In 2003 is de eed aangepast. Iedereen die voor arts heeft gestudeerd, heeft hem afgelegd: een eed of een gelofte waarin zij of hij zweert of belooft om het belang van de patiënt voorop te stellen, niets te doen dat de patiënt schaadt en zich te houden aan het beroepsgeheim.

De *Eed van Hippocrates* van de KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) en de VSNU (voorheen VNSU, nu UNL-Universiteiten van Nederland) in de aanpassing van 2003 luidt als volgt:

Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten.
Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd.
Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen.
Ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving en zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk.
Ik zal het beroep van arts in ere houden.

Dat belooft ik.

of

Zo waarlijk helpe mij God almachtig

In de eed van Hippocrates is de kern 'leven' en 'in leven houden', en ook 'geen schade toebrengen'. Een krachtige, doorslaggevende kern die tot op de dag van vandaag zijn stempel drukt op de medische wereld en het medisch handelen. Toch zien we dit niet helemaal terug in de aanpassing van 2003. Als we de eed en de aangepaste eed vergelijken, vallen uiteraard verouderde dingen op. Je kinderen in de medische kennis opvoeden is verouderd, hoort bij de tijd van Hippocrates toen kinderen het vak van hun ouders leerden of in de leer gingen bij iemand die hun een vak leerde: de leermeester en gezelschap in een tijd dat scholen nog niet voor iedereen aan de orde waren. Een aanpassing aan een andere maatschappelijke situatie, 26 eeuwen later is dan ook vanzelfsprekend. Wat verder ook een verschil is, is de wijze van verwoorden. De oorspronkelijke eed van

Hippocrates gaat, meer dan de aanpassing, over menselijkheid en over de noodzaak bij een zo verantwoordelijke taak als het leven en welzijn van de mens, erbij stil te staan dat een opleiding niet genoeg is, maar dat het streven een goed mens te zijn en een voorbeeld voor anderen te zijn nodig is. Geen schade berokkenen aan anderen is geen techniek, maar een mentaliteit. De mentaliteit van Hippocrates was menselijk en deed een appel op het geweten.

De aanpassing van de eed gaat met name om meer ruimte geven voor twee onderwerpen. De eerste gaat over weglating van de regel in de eed van Hippocrates: *“Ik zal niemand, die mij daarom vraagt, helpen aan een dodelijk brouwsel, noch zal ik uit eigen beweging met een advies daartoe komen.”* waar, door de aanpassing – onder voorwaarden – ruimte is voor *euthanasie*. Oorspronkelijk was er die ruimte bij mensen met een terminale ziekten waarbij de verwachte levensduur niet meer dan twee weken zou beslaan. De tweede is weglating van de zin: *“geen enkele vrouw helpen aan een giftige zetpil”* waar, door de aanpassing, *abortus* onder bepaalde omstandigheden ruimte krijgt.

De beslissing over *euthanasie* wordt getoetst op criteria en ligt in de Nederlandse wetgeving uiteindelijk bij de arts. Wanneer aan de criteria voldaan wordt, kan de arts beslissen dat euthanasie toegestaan kan worden, maar ook als aan alle criteria wordt voldaan, mag een arts persoonlijk weigeren en is deze niet persoonlijk verplicht aan de vraag om euthanasie uit te voeren. Als er niet aan de eisen wordt voldaan, is euthanasie strafbaar. Onder strikte voorwaarden is euthanasie dus mogelijk. Het moet dan echter om een *medische aandoening* gaan. Er is veel zorg rond het komen tot (een beslissing over) euthanasie.

De arts hoort de wil van de patiënt serieus te nemen; tussen 12 en 16 jaar oud moeten ouders ook beslissen; tussen 16 en 18 mag het kind zelf beslissen, ouders moeten wel betrokken zijn bij de beslissing, maar hoeven het niet eens te zijn met de beslissing. Als de patiënt niet zelf kan beslissen, worden familieleden gevraagd, als er geen vertegenwoordiging mogelijk is, beslist een arts.

Psychisch lijden

Euthanasie mag alleen bij een *medische aandoening*; met de herziening van de eed kwam ruimte voor *psychisch lijden*, daarmee staat de voorwaarde ‘medische aandoening’ inmiddels onder druk.

Euthanasie is voornamelijk en als het er op aankomt, in medische handen, ook bij *psychisch lijden*. Om het begrip psychisch lijden te kunnen laten vallen onder een medische aandoening gaat het bij psychisch lijden over mensen die lijden aan een *psychiatrische aandoening*. Het idee is dat de diagnoses medisch zijn omdat psychiatrie een specialisatie is van de medische opleiding. Euthanasie kan daarom niet als ‘iemand het leven moe is’, of ‘veel problemen heeft waar hij onder lijdt’ maar is er een psychiatrische diagnose nodig als ‘depressie. Nauwkeurig en wetenschappelijk beschouwd heeft een psychiatrische aandoening niet hetzelfde niveau als een medische aandoening. Bij een medische aandoening zijn er (lichamelijke) oorzaken aan te wijzen, bijvoorbeeld de persoon is verlamd omdat hij een dwarslaesie heeft. Het medische denken en daarmee het *medisch model* is gebaseerd op het paradigma oorzaak-gevolg. Het medisch model past echter niet op de psychiatrische diagnose.

Een arts is gericht op het leven en op het lichaam in leven houden. De opleiding en praktijk van de arts is uiteraard meer gericht op *gezondheid* dan op *psychisch welzijn*. Hierdoor is de arts minder deskundig dan psychologen in de wetenschap van de psyche en

dus ook van het psychisch lijden. *Psychisch* lijden kan bestaan zonder aanwijsbare medische oorzaak, zonder een lichamelijk aanwijsbare oorzaak; *medisch* lijden heeft een medische oorzaak, maar gaat bijna altijd tegelijk gepaard met psychisch lijden. Een psychiatrische aandoening is niet gebaseerd op vergelijkbare 'harde' wetenschap.

De psychiatrische aandoening is het terrein van de psychiatrie. Ook als psychiater is het handelen sterk medisch gekleurd, wat te zien is aan de *opleiding* die onder geneeskunde valt en de eerste jaren van de opleiding omvat de opleiding tot basisarts omvat; zes jaar lang. Het medisch aspect is ook te zien aan de *oplossingen* in de psychiatrie zoals de ontwikkeling van *psychofarmaca* of *immunotherapie* en het toepassen van *elektroconvulsietherapie* (ect, elektroshocktherapie), wat beide medisch en lichamelijk handelen is. Deze therapie gericht op de hersenen kan schade aan de hersenen toebrengen, terwijl tegelijk niet duidelijk is hoe de ect in de hersenen werkt.

Psychiatrische aandoeningen zijn niet gestoeld op het paradigma oorzaak-gevolg, maar op het statistische concept van het in belangrijke mate tegelijk voorkomen van bepaalde gedragingen. Hierbij is de samenhang tussen die gedragingen onduidelijk en er is geen duidelijke oorzaak gekoppeld aan psychiatrische aandoeningen, zeker geen medische oorzaak. Datgene wat als oorzaak wordt gezien, zijn vaak gebeurtenissen, omstandigheden. De psychiatrische aandoeningen zijn dus niet zoals de medische aandoeningen op een medische oorzaak gestoeld.

Hoe duidelijk het gebrek aan een medische oorzaak is, wordt zichtbaar wanneer bij een psychiatrische aandoening een medische oorzaak wordt gevonden, dan is het niet meer psychiatrisch en verdwijnt uit het handboek psychiatrische stoornissen. Een voorbeeld is het Rett-syndroom dat eerst onder autisme viel en waarbij het vervolgens onder genetische factoren valt, waarbij in het klinische verloop 'autisme' kan voorkomen. Onderzoek wees uit dat er aan dit syndroom een specifiek gen ten grondslag ligt, dus een medische oorzaak. Hierdoor verdween het Rett-syndroom uit de reeks psychiatrische aandoeningen.

Het psychiatrisch handboek DSM gaat om statistische concepten, niet om medische aandoeningen of stoornissen, daarom heet het : *Diagnostic Statistical Manual of mental disorders*. De psychiatrische stoornissen hebben dus een statistische maat door frequenties (hoe vaak komt het voor?) en correlaties (hoe vaak komt het samen voor?), waarbij geen oorzakelijke verbanden tussen de genoemde gedragingen bestaan. Dat twee dingen samen veel voorkomen, wil niet zeggen dat de een de ander veroorzaakt. De verschillende gedragingen, kenmerken van een psychiatrische classificatie genoemd, worden ook onderling niet met elkaar in verband gebracht en kennen geen gezamenlijke oorzaak. Vaak worden ze daarom syndroom genoemd, bijvoorbeeld het *syndroom van Asperger*. Dit betekent dat de medische grond bij psychiatrische stoornissen geheel ontbreekt en dat bij psychisch lijden de (gediagnosticeerde) psychiatrische aandoening geen medische oorzaak betreft. Het feit dat een als medicus opgeleid persoon een diagnose stelt wil dus niet zeggen dat het een medische diagnose is. Het kan dan ook niet vallen onder de ruimte van 'medische diagnose' die bij euthanasie vereist is.

De vijfde versie van de DSM (APA, 2013) laat er geen twijfel over bestaan dat de in het handboek genoemde aandoeningen, categorieën/ classificaties, die het handvat zijn voor de diagnoses, wetenschappelijk geen waarde hebben en noemt daarvoor verschillende redenen (APA/Boom, Nederlandse versie 2014, pagina 959).

- 1: De classificaties (de bodem voor de diagnoses) zijn niet scherp omschreven;
- 2: dat leidt tot tussenclassificaties die nog vager zijn;
- 3: het leidt tot een opeenstapeling van classificaties binnen een persoon (co-morbiditeit);

4: tot een enorme toename van classificatie NAO (Niet Anders Omschreven) wat nog vager is;
5: de classificaties hebben (al vanaf de eerste versie uit 1952) niet geleid tot het ontdekken van een oorzaak van het gedrag noch van een specifieke oplossing voor de aandoening;
6: de in de persoon gestapelde verschillende classificaties met verschillende behandelingen zijn niet op elkaar afgestemd en staan niet in een systeem van prioriteit en onderlinge samenhang.

Samengevat betekent het dat er geen wetenschappelijke onderbouwing is van de psychiatrische diagnoses.

Hetzelfde geldt voor De ICD (*International and Statistical Classification of Diseases*), waar de DSM zich op baseert.

Waar mensen zich bij psychisch lijden dachten te kunnen baseren op de psychiatrische aandoening als een medische aandoening, blijkt dat niet juist. 'Depressie' kent niet een medische oorzaak net zoals 'levensmoe' dat ook niet kent. Dat wil niet zeggen dat psychisch lijden niet zou bestaan, maar dat de grond waarop men vastgesteld heeft wanneer euthanasie zou kunnen worden toegestaan niet van toepassing zijn bij psychisch lijden. Omdat euthanasie alleen is toegestaan bij een medische oorzaak, en een psychiatrische aandoening geen medische oorzaak kent, noch daarnaar verwijst, zou volgens deze redenering euthanasie bij *psychisch lijden* verboden zijn. Wanneer men euthanasie bij psychisch lijden zou willen toepassen, zullen er andere criteria ontwikkeld moeten worden. De arts zou ook niet de eindbeslissing moeten nemen. Psychisch lijden kan in principe net zo ernstig zijn als medisch lijden en net zo uitzichtloos, en na vele behandelingen uitbehandeld lijken. Als behandelingen in het verleden niet geslaagd zijn, wil dat niet zeggen dat niets kan helpen. Vaak wordt meer aandacht aan diagnoses besteed via methodes, medicaties en protocollen; en minder aandacht aan de onderliggende fundamentele existentiële problematiek. Euthanasie zelf is een medische handeling en dus zou een arts erbij betrokken moeten zijn en dat geldt ook voor de uitvoering daarvan, wat eveneens een medische handeling is.

Inmiddels is binnen de immunologie onderzoek bezig dat het verband tussen psychiatrische aandoening en immunologische afwijking bekijkt: immunopsychiatrie, onder andere Hemmo Drexhage. Dat verband is er bij de ernstige psychiatrische stoornissen vaak te vinden. Dat wil zeggen bij de aandoeningen *ernstige depressie*, *bipolair* en *schizofrenie*. Hoewel autisme door Drexhage ook genoemd wordt, speelt bij autisme dat de oorzaak in de genen zou liggen en niet zozeer in het immuunsysteem, waardoor Drexhage dat buiten beschouwing laat, ook omdat hij daar geen ervaring mee heeft.

Nog duidelijker is dat onder (en voorafgaand aan) psychiatrische symptomen en immunologische en hormonale afwijkingen het begrip *stress* ligt. Dit is dus een algemene factor die zowel psychiatrische stoornissen kan veroorzaken als immunologische afwijkingen. Over de oorzaak van stress wordt dan het belang van *jeugdtrauma* genoemd. Van stress is al lange tijd bekend dat het nadelige invloed kan hebben op het immuunsysteem. De oorzaak van stress is psychologisch van aard, niet medisch (zie bijlage 1). Hoewel de immunologische bijwerking van stress de indruk van een medisch aandoening suggereert, is het niet de oorzaak van psychiatrische aandoeningen, maar komen bij psychiatrische aandoening regelmatig immunologische afwijkingen voor. Drexhage geeft ook aan dat het de vraag is wie er het eerst was, de immunologische afwijking of de psychiatrische stoornis, net als bij het vraagstuk van wie er het eerst was: de kip of het ei. In dit geval kunnen we zeggen dat van beide bekend is dat er een derde factor onderliggend is: stress.

De toetsing van de wens en de beslissing over de wens van een patiënt om euthanasie verleend te krijgen zou dan ook niet alleen bij de arts te moeten liggen, omdat aan medisch lijden bijna altijd ook psychisch lijden verbonden is. Zeker in geval van alleen psychisch lijden is de arts niet de aangewezen om te beslissen. Passender bij psychisch lijden en bij bijkomend psychisch lijden naast medisch lijden zou een gedeelde eindverantwoordelijkheid van arts én psycholoog kunnen zijn. Over het algemeen worden alle behandelaren bij het onderzoek naar euthanasie gehoord, waaronder dus de artsen en psychologen die erbij betrokken zijn (geweest).

Er bestaat een speciale opleiding voor de beoordeling van euthanasie: de driedaagse opleiding tot scen-arts. SCEN betekent: *Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland*. Je wordt scen-arts door een 3-daagse opleiding die voor alle artsen toegankelijk is, meestal zijn dit huisartsen of psychiaters.

Bij elke euthanasie moet er een beoordeling gedaan worden door een tweede arts.

Wil men euthanasie bij psychische lijden mogelijk maken, zou passend zijn dat de scen-opleiding open te stellen voor artsen én voor psychologen, waarbij de arts doorslaggevend zou moeten zijn voor het medische gedeelte en de psycholoog voor het psychische gedeelte. Het lijkt verstandig de eed van Hippocratus ook aan die opleiding te koppelen. Ook zou men erover kunnen denken dat de beslissing niet aan één persoon wordt toevertrouwd, maar aan de groep van scen-artsen en -psychologen.

Het doet me denken aan Sigmund Freud, een van de psychiaters van het eerste uur; hij zei dat als je psychiater wilde worden, je *geen* medische opleiding moest volgen, dat was een contra-indicatie volgens hem. Zelf als arts opgeleid, trachtte Freud het medisch model van zich af te schudden. Het medisch model is niet geschikt voor de psyche; de psyche is te complex voor het medisch model. De psyche is namelijk altijd multifactorieel.