

Hoofdstuk V: Biologische en ethische aspecten van de doodscriteria en de postmortale orgaandonatie

Hoofdstuk V uit "Wat is menswaardige gezondheidszorg?", onder redactie van prof.dr. W.J. Eijk en prof.dr. J.P.M. Lelkens, Colomba Oegstgeest, 1994

door prof. dr. J.P.M. Lelkens

De titel van deze voordracht had kortweg ook kunnen luiden: "Hoe dood is dood?", zoals van Till-d'Aulnis de Bourouill het uitdrukt in haar boek: 'Doodgaan, wat is dat?'. Want dat is de kernvraag. Een op het eerste gezicht merkwaardige vraag. Merkwaardig, want, zo zullen de meesten zeggen: dood is toch dood, en daarmee is de kous af. Dit moge vroeger zo geweest zijn, doch is al enkele decennia niet meer het geval. In het volgende hoop ik u duidelijk te kunnen maken waarom het begrip dood niet meer eenduidig wordt opgevat en welke juridische en ethische implicaties dit met zich brengt.

Traditioneel werd en wordt iemand dood verklaard, als hij of zij diep bewusteloos is en ademhaling en bloedsomloop blijvend tot stilstand zijn gekomen. Vroeger werd een ademhalingsstilstand vastgesteld met gebruikmaking van het beroemde spiegeltje, dat voor de mond en de neus van de patiënt werd gehouden en waarbij werd gelet op het al dan niet beslaan van het glas. Stilstand van de bloedsomloop werd vastgesteld door het voelen van de pols. Later wordt geëist dat om de 30 seconden gedurende 10 minuten met een stethoscoop geluisterd wordt naar ademgeluid en hartactie in een rustige omgeving.

Tot zover geen ernstige problemen met de doodsdiagnostiek. Behalve in gevallen waar het vermoeden van een onnatuurlijke dood bestaat, moet overeenkomstig het bepaalde in de Wet op de uitoefening der Geneeskunst een arts een verklaring van overlijden afgeven. De Wet op de Lijkbezorging vereist een verklaring van overlijden alvorens tot begraving of crematie mag worden overgegaan. Men zou mogen verwachten dat een Wet op de Lijkbezorging begint met te definiëren wat een lijk is. Doch niets is minder waar. Men komt in deze wet geen enkel doodscriterium tegen. Dit betekent dat, wettelijk gezien, iemand tot lijk geworden is, als een dokter zegt dat zulks het geval is.

Nu is het ook niet zo moeilijk doodsdiagnostiek te plegen en een verklaring van overlijden af te geven als, naast de reeds genoemde symptomen: diepe bewusteloosheid, ademhalings- en hartstilstand, nog een aantal andere verschijnselen zichtbaar zijn als: wijde, lichtstijve pupillen, lijkvlekken (na een half uur) en lijkstijfheid (na 3 tot 4 uur). Dit zijn de tekenen van de biologische dood.

Op het einde van de jaren vijftig en in het begin van de zestiger jaren bleek dat men in gevallen van plotselinge dood niet zonder meer kon zeggen dat iemand dood was uitsluitend op grond van diepe bewusteloosheid, gecombineerd met ademhalings- en hartstilstand en wijde, lichtstijve pupillen. Want wat was het geval? De tot dan in gebruik zijnde technieken van kunstmatige ademhaling, zoals die werden toegepast bij het verlenen van eerste hulp bij ongelukken (bijv. bij verdrinking) waarbij driftig met de armen van de patiënt werd gezwaaid terwijl zijn borstkas rhythmisch werd samengedrukt, bleken zelden een gunstig resultaat op te leveren. Deze methodieken werden toen vervangen door de zogenaamde mond-op-mond-beademing en uitwendige hartmassage. Het bleek toen mogelijk met deze moderne reanimatietechniek in een groot aantal gevallen van plotselinge dood (bijv. hartinfarct) de patiënten ten leven te wekken: zij kwamen weer bij kennis, ademhaling en hartfunctie kwamen weer op gang.

Wat is er gebeurd met deze slachtoffers? Waren zij dood of niet? Volgens de vroeger aangelegde criteria waren zij dood:

- diepe bewusteloosheid (geen reactie op toegediende pijnprikkels),
- afwezige hartactie (geen pols te voelen),
- afwezige ademhaling (geen ademhalingsbewegingen te zien en geen luchtstroom uit mond of neus te voelen),
- wijde, lichtstijve pupillen (geen vernauwing bij invallend licht),
- de aanblik van een overledene: bleke of blauwe gelaatskleur naar gelang respectievelijk eerst het hart dan wel de ademhaling het had laten afweten.

Uit het feit dat al hun vitale functies als hartwerking, ademhaling en hersenfunctie (bewustzijn) terugkeerden, moest men concluderen dat zij slechts schijndood (ook wel genoemd: klinisch dood) waren geweest. Al spoedig werd duidelijk dat reanimatiepogingen niet altijd tot een gunstig resultaat leidden. Vaak bleek – ook al werd direct met reanimatie begonnen – de schade aan het hart zo ernstig te zijn dat het zijn functie niet hernam. Voor deze patiënten eindigt dus de schijndood in de biologische dood, het definitieve einde van alle levensprocessen.

In een aantal gevallen slaagde de reanimatie in zoverre dat wel de hartactie en ook de ademhaling weer op gang gebracht konden worden, doch het bewustzijn keerde niet terug. Het was evident dat in die gevallen de genomen maatregelen te laat waren gekomen om het hersenweefsel te redden van de ondergang door zuurstofgebrek. We houden dan als droeve uitkomst van ons pogen een patiënt over wiens ademhaling en hart normaal functioneren, doch die in een coma (diepe bewusteloosheid) verkeert waaruit hij niet meer gewekt kan worden en met wie geen contact meer mogelijk is. In die gevallen wordt daarom wel gesproken van een sociale dood.

Het electro-encephalogram (EEG) (1) van deze patiënten laat nog wel in meerdere of mindere mate hersenactiviteit zien en ze bezitten ook nog wel enige reflexen, doch ze moeten kunstmatig gevoed worden. Ze zijn niet echt dood in de betekenis, die in het dagelijks leven aan het begrip dood wordt gehecht, maar leiden een vegetatief, een soort plantaardig bestaan. Ze verkeren in een Persistent Vegetative State (PVS). Ze zijn als het ware “de levende doden” onder ons. Een dergelijke toestand hoeft niet alleen uit een mislukte reanimatie voort te komen, maar kan ook door verschillende processen in de hersenen veroorzaakt worden (bijv. door een bloeding, een zogenaamde beroerte, of een ernstig hersenletsel).

De vierde groep tenslotte omvat die patiënten, bij wie het wel gelukt de hartactie weer op gang te brengen, doch de ademhaling niet, terwijl ook het bewustzijn niet terugkeert. Met machines kan de ademhaling op kunstmatige wijze plaatsvinden maar ook dan blijft het coma bestaan. Bij registratie blijkt op het EEG geen hersenactiviteit meer aanwezig te zijn. Men noemt deze patiënten hersendood of cerebraal dood. Is deze dood waarbij, zoals wij aannemen, de hersenfunctie totaal en voor altijd is uitgevallen, gelijk te stellen aan de gewone, de biologische dood? Beantwoording van deze vraag is van groot belang zoals in het vervolg zal blijken.

We weten nu dat sterven niet plotseling geschiedt – al lijkt het er soms wel op – doch in fasen verloopt en wel volgens een bepaald stramien dat voor iedereen gelijk is, maar waarvan de duur kan verschillen. Drie functies, of beter gezegd het uitvallen hiervan, spelen bij het sterven de belangrijkste rol: de hersen-, ademhalings- en hartfunctie. Het verloop van het stervensproces wordt bepaald door de volgorde waarin deze functies uitvallen en de volgorde wordt weer bepaald door de mate waarin de betreffende organen weerstand kunnen bieden aan gebrek aan zuurstof, het element zonder hetwelk alle leven onmogelijk is.

Als regel geldt, dat hoe hoger het orgaan ontwikkeld is, des te geringer deze weerstand is en des te sneller de samenstellende delen van dit orgaan ten gronde gaan. Dit betekent voor de hersenen, als ons hoogst ontwikkeld en meest gedifferentieerd orgaan, dat 10 seconden na een hartstilstand (d.w.z. geen zuurstof transport meer naar de hersenen) het bewustzijn verdwijnt en de ademhaling stopt. Na een 4 tot 6 minuten durend tekort aan zuurstof sterven de hersencellen af. Vandaar dat het instellen van reanimatie-therapie binnen deze tijdslimiet moet gebeuren teneinde de patiënt zonder hersenbeschadiging weer uit zijn schijndood te kunnen wekken. Het hart sterft meestal pas na 15 tot 20 minuten zuurstofgebrek en de nieren kunnen het nog 30 tot 40 minuten uithouden.

Terug nu naar de laatstgenoemde groep patiënten, die kunstmatig beademd worden en wier hart nog normaal functioneert, doch waarvan het EEG geen activiteit meer laat zien: het is iso-electrisch. (2) Het is deze categorie patiënten die de nodige stof heeft doen opwaaien met betrekking tot het vaststellen van doodscriteria. Want wat is het geval? Bij de opkomst van die vorm van transplantatiechirurgie, waarbij gebruik kon worden gemaakt van cadaverorganen als nieren, harten, levers en longen van gestorvenen, bleek dat donoren van deze organen het beste in deze groep patiënten, die hersendood zijn, gezocht kunnen worden. Het zijn immers vaak jonge, overigens gezonde mensen, die ten gevolge van een ernstig schedelletsel, plotseling in deze situatie zijn terecht gekomen. Alvorens men echter hun organen voor transplantatie mag gebruiken, moet vaststaan dat zij dood zijn. De vraag luidt dus: Is een geconstateerde en bewezen hersendood gelijk te stellen met de echte, de biologische dood. Het gaat immers niet aan twee soorten dood te hanteren. De patiënt is dood of hij is het niet.

Beantwoording van deze vraag is dus van wezenlijk belang voor het al dan niet voortbestaan van de transplantatiechirurgie. Voor deze vorm van chirurgie moet immers, behoudens instemming van de donor of zijn naaste verwanten, aan twee voorwaarden worden voldaan:

- a. de donor moet dood zijn
- b. de te transplanteren organen moeten nog leven.

Juridisch gezien bezitten een levende en ook een stervende (die nog altijd een levende is) een grondwettelijk recht op leven en op lichamelijke onschendbaarheid. Het verwijderen van organen vóór de dood van de patiënt zou zware mishandeling c.q. verminking betekenen, de dood ten gevolge hebbend. (3)

Ook medisch-ethisch zou het een zedelijk slechte handeling zijn een ingreep te verrichten welke niet in het belang van de patiënt – in dit geval de donor – is, zolang deze nog leeft. Mutatis mutandis geldt dit evenzeer voor de handelingen als voorbereiding op een eventuele extirpatie van organen. Dat deze handelingen voor de ontvanger wel belangrijk zijn, soms zelfs van levensbelang, doet hieraan niets af. Het is dus begrijpelijk dat zowel artsen als juristen een degelijke bewijsvoering verlangen met betrekking tot het vaststellen van de dood in het kader van een orgaantransplantatie. In normale gevallen speelt dit niet, omdat met het lijk toch niets gaat gebeuren en dit na een aantal dagen (minimaal 36 uur) begraven wordt.

De overgrote meerderheid van artsen, juristen en ethici definieert thans de dood als het definitieve einde van de totale hersenfunctie, met de nadruk op totale, en stelt daarmee de hersendood gelijk aan de biologische ("gewone") dood. De hersenfunctie moet dus in haar totaliteit verdwenen zijn, d.w.z. niet alleen de functie van de schors van de grote hersenen, maar ook de functies van de hersenstam en van het verlengde merg.

Ook de R.K. Kerk steunt deze opvatting, getuige de uitspraak van een werkgroep van de Pauselijke Academie voor Wetenschappen in 1985:

"Een persoon is dood wanneer hij een irreversibel verlies heeft ondergaan van het vermogen om de fysieke en mentale functies van het lichaam te integreren en te coördineren.

De dood treedt in wanneer:

- a. de spontane hart- en ademhalingsfuncties definitief zijn uitgevallen, of
b. als een irreversibele uitval van elke cerebrale functie is vastgesteld”.*

Hoe is men tot de overtuiging gekomen, dat aangetoond volledig en onherstelbaar verlies van de hersenfunctie gelijk te stellen is met de dood en zodoende het vroegste moment vormt waarop een doodsverklaring mag worden afgegeven? De redenering die hier achter steekt, is de volgende: Zuiver biologisch gezien, kan leven worden gedefiniëerd als het geheel van een intact systeem, gevormd door het centrale zenuwstelsel (hersenen), het hart-bloedvaatstelsel en het ademhalingsstelsel. Alle mensen functioneren volgens een identiek systeem en bezitten allen dezelfde organen voor dezelfde doeleinden. De hersenen besturen de processen in het lichaam en vormen de zetel van de psyche en de persoonlijkheid, zoals die lichamelijk tot uitdrukking komt. Ademhaling en hartfunctie zijn wel zeer belangrijke vitale functies, doch dienen alleen om de hersenfunctie in stand te houden en kunnen, los van de hersenen, door apparatuur vervangen worden. De mens is dus een psychisch-somatische eenheid en bij een uiteenvallen van die eenheid mag op biologische gronden geconcludeerd worden dat hij dood is.

In een filosofisch-theologische uiteenzetting verklaart prof. W. Eijk de op de leer van Thomas van Aquino gebaseerde zienswijze van de R.K. Kerk. “Ziel en lichaam zijn te beschouwen als vorm en materie. De ziel geeft vorm aan het gehele lichaam en niet alleen aan een specifiek orgaan zoals de hersenen. De ziel is het levensprincipe, verantwoordelijk zowel voor de rationele, als voor de sensitieve en vegetatieve functies van de mens. Een visie, die getuigt van een substantiële eenheid van lichaam en ziel. De ziel als levensprincipe is echter alleen in staat een lichaam te bezielen dat de mogelijkheid biedt tot integratie en coördinatie van die fysieke processen, die van essentieel belang zijn voor het leven. Bij een onherstelbare uitval van de hersenen en speciaal van de hersenstam, vervalt voor het lichaam de mogelijkheid tot coördinatie en integratie, zodat het niet langer kan worden bezield”.

De conclusie luidt dan ook dat – zowel op biologische als op filosofische en theologische gronden – de totale hersendood een geldig criterium is voor de dood van een mens. Hij is vanaf dat moment niet meer als persoon onder ons aanwezig, ‘doch alleen als een samenstel van organen dat nog enige tijd in meerdere of mindere mate kan functioneren’. Hij is dan verworpen tot een object dat de status van lijk heeft verkregen waarover, zoals uit het voorgaande is gebleken, op vrij eenvoudige wijze kan worden beschikt. Het komt in deze hoedanigheid tegemoet aan de op het eerste gezicht onverenigbaar geachte eisen die de transplantatiechirurgie stelt: een dode donor met nog levende organen.

Nu de doodsdagnostiek. Op grond van welke verschijnselen kan de dood van een persoon worden vastgesteld? Wanneer is hij geen persoon meer? Hoe hersendood moet worden vastgesteld is geen ethische kwestie, doch een strict medische aangelegenheid. De Kerk kan daarover dan ook geen uitspraak doen. Toen deze vraag in 1957 door een groep anesthesiologen aan paus Pius XII werd gesteld, antwoordde hij: “Het is de taak van de arts en in het bijzonder van de anesthesist een heldere en nauwkeurige definitie van de dood te geven en van het moment waarop de dood van een patiënt, die in comateuze toestand overlijdt, intreedt. Het antwoord op de vraag hoe de dood in bijzondere omstandigheden feitelijk kan worden vastgesteld, kan niet uit enig godsdienstig of moreel principe worden afgeleid en behoort wat dat betreft niet tot de competentie van de Kerk”.

De bijzondere omstandigheden waar de H. Vader op doelt, zijn o.m. aanwezig bij de kunstmatige beademing van comateuze patiënten. En de potentiële donor is een comateuze, hersendode patiënt, die aangesloten is aan een apparaat voor kunstmatige beademing en wiens bloeddruk vaak met medicamenten op peil wordt

gehouden om schade aan de te transplanteren organen te voorkomen.

In Nederland zijn de criteria op grond waarvan het tijdstip van de dood moet worden bepaald, vervat in een in 1983 door de Gezondheidsraad uitgebracht advies. Kort samengevat komen ze op het volgende neer:

- de dood van een mens wordt bepaald door de dood van de hersenen, waaronder moet worden verstaan het volledig en onherstelbaar verlies van de functie van de hersenen, de hersenstam en het verlengde merg;
- volledige uitval van de hersenfunctie kan worden geconcludeerd op grond van anamnese en lichamelijk onderzoek van de patiënt, aan te vullen met speciaal onderzoek i.c. electroencephalografie (EEG) en/of cerebrale angiografie; (4)
- om vast te stellen of de uitval van de hersenfunctie volledig en onherstelbaar is, is een tweede EEG na 6 uur of een cerebrale angiografie direct in aansluiting aan het eerste EEG noodzakelijk.

Met betrekking tot de interpretatie van de klinische symptomen moet worden opgemerkt dat het ontbreken van uitingen van hersenfunctie (zoals het ontbreken van elektrische activiteit op het EEG), niet zonder meer gelijk te stellen is met het ontbreken van alle hersenfuncties zelve. Deze gelijkstelling is wel aanvaardbaar bij onbeademde patiënten, bij wie de arts, wegens het eindigen van de waarneembare bloedsomloop en zuurstofvoorziening in romp en ledematen, terecht mag concluderen dat er ook in de hersenen geen bloedsomloop meer is en er dus geen hersenfunctie meer kan zijn. Het ontbreken van reacties, in samenhang met het onherstelbaar diepe coma en de afwezigheid van adem- en hartfunctie, rechtvaardigt dan de doodverklaring van de patiënt.

Het ontbreken van uitingen van hersenfunctie bij wel beademde patiënten moet anders worden geïnterpreteerd. Bij deze patiënten moet de arts, tot het tegendeel bewezen is, wel ervan uitgaan dat er nog bloedcirculatie in de hersenen aanwezig is, althans zolang er nog hartactie is of de bloeddruk in het lichaam medicamenteus in stand wordt gehouden.

Bij beademde patiënten is dus rationele twijfel mogelijk aan het bestaan van de hersendood, ook al zijn er geen functie-uitingen van de hersenen meer waarneembaar, noch klinisch, noch door middel van een EEG.

Behalve dat de meerderheid in het Gezondheidsraadadvies geen onderscheid maakt tussen wel en niet-beademde patiënten, stelt zij ook de bewijskracht van het tweede EEG gelijk met de bewijskracht van een angiografie door het gebruik van het woordje "of". Een EEG echter geeft wel informatie over de hersenschors, maar geen betrouwbare informatie over de dieper gelegen middenhersenen.

Evenmin als het eerste EEG bewijst het tweede – als dit eveneens vlak is – nog niet dat er sprake is van een volledig verlies van hersenfunctie. Om organen te mogen verwijderen, is echter wel de grootst mogelijke zekerheid vereist dat de a.s. donor dood is. Daarom zegt de minderheid in het Advies van de Gezondheidsraad dat orgaanverwijdering niet mag plaatsvinden op grond van klinische symptomen en twee iso-electrische EEG's, maar pas na een angiografie na het tweede EEG, omdat het niet is uitgesloten dat de patiënt, ook na het tweede EEG, nog levende hersencellen heeft en zolang die bestaan kan er nog enige hersenfunctie zijn. Hij wordt immers beademd en de bloeddruk is vaak nog normaal of wordt medicamenteus in stand gehouden.

De bewijskracht van angiografie gaat veel verder dan de bewijskracht van een EEG. Als bij angiografie blijkt dat er geen bloed meer door de hersenen stroomt (geen 'vulling'), is bewezen dat alle hersenfunctie geheel en voorgoed onmogelijk is geworden, omdat door het bloed de zuurstof moet worden aangevoerd zonder hetwelk alle leven onmogelijk is.

Resumerend:

- Uitval van spontane ademhaling en bloeddruk wijst op het functieverlies van de cellen in het verlengde merg;
- Een iso-electrisch EEG geeft aan dat de cellen in de hersenschors niet meer in leven zijn;
- Angiografie verschaft informatie over de bloedsomloop in de totale hersenmassa, inclusief die in de middenhersenen.

Het blijkt derhalve dat met betrekking tot de veiligheid van de potentiële donor, i.c. de zekerheid dat hij dood is, wel wat valt af te dingen op de door de commissie van de Gezondheidsraad vastgestelde doodsdagnostiek en dat het standpunt van de minderheid in deze commissie het enig juiste is.

Hierin gesteund door de Pauselijke Academie voor Wetenschappen, die eveneens de vaststelling vereist van een irreversibele uitval van elke cerebrale functie, moeten we concluderen dat het medisch-ethisch gezien onjuist is organen te extirperen of hieraan medewerking te verlenen, als niet onomstotelijk is bewezen dat aan deze eis werd voldaan.

Omdat van vele zijden bezwaren tegen de angiografie worden aangevoerd, als zijnde omslachtig (5) en mogelijk zelfs gevaarlijk voor de patiënt, wordt tegenwoordig de angiografie vaak vervangen door de zogenaamde apneu-test, ten onzent vooral bepleit door dr. W. Smelt. Het doel van deze test is na te gaan of na het loskoppelen van de beademingsapparatuur de patiënt weer spontaan gaat ademen of niet.

De onderbreking van de beademing moet lang genoeg duren om een zodanige stijging van de koolzuurspanning te veroorzaken, dat deze hoog genoeg is om als prikkel voor ademen te fungeren.

Ook bij deze apneu-test moet de veiligheid voor de potentiële donor gegarandeerd zijn en behoort dus gezorgd te worden voor een voldoende zuurstoftoevoer. (6)

Is binnen een tijdsbestek van 10 minuten geen ademhalingsbeweging zichtbaar dan is het verlengde merg onherstelbaar beschadigd en kan zuurstofopname niet meer plaatsvinden. Of nu middels angiografie wordt aangetoond dat het zuurstoftransport niet meer mogelijk is of met de apneu-test dat de zuurstofopname onmogelijk is geworden, de conclusie is dezelfde: de hersenen zijn dood. Wel kan worden opgemerkt dat een arteriogram een objectief document is i.t.t. de neergeschreven uitkomst van een met het blote oog gedane observatie.

Hoe is het gesteld met de richtlijnen in andere landen? Men kan twee scholen onderscheiden:

- De Engels-Amerikaanse school: De diagnose 'hersendood' wordt gesteld op basis van een herhaald, klinisch onderzoek dat de dood van het verlengde merg aantoonst, aangevuld met een iso-electrisch EEG. Tot deze school behoren: Nederland, Frankrijk en Zwitserland;
- De Duits-Oostenrijkse school: Deze eist, naast het klinisch onderzoek en een vlak EEG, een cerebrale angiografie teneinde te kunnen aantonen dat de doorbloeding van grote hersenen en hersenstam ontbreekt. Bij deze school heeft zich Noorwegen aangesloten en de minderheid in de Commissie van de Gezondheidsraad.

Opmerkelijk is de houding van de Denen. Zij houden vast aan de doodscriteria die ook vroeger golden: dood is men pas als de ademhaling en de hartactie zijn gestopt! De raad voor ethiek is namelijk van mening dat ethische standpunten t.a.v. leven en dood moeten aansluiten op de ervaringen van de leek en voor hem is

<https://boeken.medische-ethiek.nl/hoofdstuk-v-biologische-en-ethische-aspecten-van-de-doodscriteria-en-de-postmortale-orgaandonatie/> Versie/version: 23 maart 1994

iemand dood als de hartslag stopt en niet eerder. In Denemarken wordt dan ook een hersendode patiënt als een stervende en niet als een dode beschouwd. De criteria voor de hersendood worden niet gezien als criteria voor de dood zelf, maar als aanwijzingen voor het beginnend stervensproces.

Bezien we nu nog eens een overzicht van de verschillende soorten dood, of toestanden die aldus betiteld worden.

	Biologisch dood	Klinisch dood	Sociaal dood	Hersendood
	"gewone dood"	plotseling "schijndood"	partiële hersendood	biologische dood
Coma	+	+	+	+
Hartactie	-	-	+	+
Ademhaling	-	-	+	-
Beademing	-	+	-	+
Bloeddruk	-	-	+	+
EEG	vlak	normaal (4-6 min)	gestoord	vlak
Toestand patiënt	herstel onmogelijk	herstel mogelijk	levend	herstel onmogelijk

Ondanks de zowel door de Kerk als door de medische wetenschap gegeven definities van de dood blijkt er verwarring te heersen. Vooral een al lange tijd in diep coma verkerende patiënt wordt vaak zonder meer beschouwd als een reeds hersendode. Men redeneert dan als volgt: door het coma is communicatie met de patiënt onmogelijk, kan de patiënt zijn wil niet meer uiten en kan niet meer zelfstandig eten en drinken. Met andere woorden: dit kan toch geen menselijke persoon meer zijn en als hij al nog leeft, moet aan dit 'mensonwaardig' bestaan een einde worden gemaakt.

Ten eerste is nooit vastgesteld dat het persoon-zijn uitsluitend gekoppeld is aan de hersenschors, waarin weliswaar het bewustzijn is gelocaliseerd. Ten tweede kan men hooguit spreken van partiële hersendood en dit betekent dat de patiënt nog leeft.

Dat van communicatie vaak geen sprake is, is evenmin een reden de patiënt dood te verklaren of te doden, omdat een antwoord of reactie onopgemerkt kan blijven.

Bovendien is het bij een dergelijk diep coma onmogelijk uit te maken of en wat de patiënt nog denkt, hoort, voelt en wil. Dit is tevens de reden waarom men een dergelijke patiënt met mag laten verhongeren of verdorsten en wel degelijk bijv. per neussonde moet voeden!

Een bekend voorbeeld uit de groep sociaal-doden is mevrouw Stinnissen, op wie, met instemming van de rechterlijke macht, euthanasie werd toegepast en die dus, om het in gewoon nederlands te zeggen, om het leven werd gebracht door haar voedsel en drank te onthouden.

Een ander en tevens leerzaam voorbeeld m.b.t. de verwarring die is ontstaan, is het geval van de 18-jarige

vrouw, Marion Ploch uit Erlangen (Zuid-Duitsland), die 14 weken zwanger was en na een auto-ongeval op 4 oktober 1992 in comateuze toestand in een ziekenhuis werd opgenomen. In de media circuleerden de meest tegenstrijdige berichten.

Volgens een bericht in Newsweek van 9 november 1992 zou zij op 8 oktober hersendood zijn verklaard. De vraag is: waarom? Iemand wordt hersendood verklaard als hij of zij bruikbaar is als orgaandonor. Hier was echter geen sprake van een voornemen tot het ontnemen van organen. Ook niet van het stoppen van de behandeling, die – ingeval van hersendood – zinloos is geworden. Integendeel, deze werd nog geïntensiveerd door de patiënt aan te sluiten aan een beademingsapparaat en “a machine that keeps her heart beating (whatever that may be; a heart-lungmachine zoals die in de hartchirurgie gebruikt wordt?). Dit alles om te trachten tenminste het kind in leven te houden en het t.z.t met een keizersnede ter wereld te laten komen.

Van deze behandelingsmethode werd schande gesproken omdat het de vrouw niet gegund werd in alle rust te sterven en bovendien de vader van het kind niet bekend was. Van de journalisten kwam niemand op de idee dat de vrouw, als zijnde hersendood, reeds dood was en derhalve niet alsnog zou sterven. Vervolgens komt de uitspraak dat het onverantwoord is te trachten het kind in leven te houden, omdat zijn toekomst zeer somber is: geen vader en geen moeder en de wetenschap dat het afkomstig is uit een lijk (What will the consequences be for this child when it learns it spent several months in the dead womb of its dead mother?). De moeder blijkt nu ineens een lijk te zijn, terwijl in het voorgaande betoogd werd dat men haar niet in alle rust wilde laten sterven.

Laten we aannemen dat de vrouw inderdaad hersendood was. We hebben gezien dat hersendood gelijk te stellen is met de biologische dood. Als men om een of andere reden toch door wil gaan met ‘behandelen’ i.p.v. de natuur zijn gang te laten gaan, heeft het geen enkele zin de patiënt tussentijds dood te verklaren, hetzij dan om publicitaire redenen.

Mag of moet, toen bleek dat deze patiënte ook nog zwanger was, deze ‘behandeling’ – die niet meer in het belang van de moeder is – worden voortgezet om het kind te redden of te proberen het te redden?

Van enige verplichting kan geen sprake zijn als een hart-longmachine gebruikt moet worden omdat, zoals bij hersendood altijd het geval is, de bloeddruk geleidelijk daalt en uiteindelijk ook hartstilstand intreedt.

Deze behandeling draagt (nog) een experimenteel karakter en niemand weet of het mogelijk is een ongeboren kind 4 tot 5 maanden bijv. m.b.v. een hart-longmachine of een kunsthart in leven te houden, noch of de vrucht tengevolge hiervan schade zal ondervinden.

Bovendien zijn de gebruikte middelen, i.c. de hart-longmachine of een kunsthart en het alleen al voor de bediening benodigde aantal personeelsleden, niet evenredig aan het nagestreefde (onzekere) resultaat: de middelen zijn – in ieder geval nu nog – buitengewoon of, beter gezegd: niet proportioneel.

Of de behandeling mag, is niet zonder meer te zeggen. De vrouw is een lijk en, mits dit met de nodige eerbied behandeld wordt kan met toestemming van de nabestaanden, hierover worden beschikt. Omdat deze behandeling eigenlijk gericht is op een levende, i.c. het kind, mag de behandeling alleen wanneer het kind hiervan geen schade ondervindt (primum non nocere), hetgeen niet zeker is, noch nu, noch later! Derhalve zou hier kunnen of moeten gelden: in dubio abstinere.

Uit latere berichten bleek dat het een patiënte betrof met een zeer ernstig hersenletsel, die weliswaar comateus was en beademd moest worden maar nog een normale hartfunctie bezat. Zoals te doen gebruikelijk worden in dergelijke gevallen beademing en intraveneuze voeding enige tijd voortgezet totdat duidelijk is, of nog herstel te verwachten is. Is dit niet het geval en treedt de hersendood in of krijgt de patiënt ook nog een hartstilstand,

dan wordt de behandeling als zijnde zinloos geworden, afgebroken.

Omdat in dit geval de patiënte tevens zwanger was en na drie dagen hersendood bleek te zijn, hebben de artsen de juiste beslissing genomen met de ingestelde behandeling (die overigens geen gebruik van een hart-longmachine omvatte), zo lang mogelijk door te gaan, ongeacht het mogelijk psychisch trauma voor het kind. Zij gingen er terecht van uit, dat middels uitgebalanceerde kunstmatige voeding, beademing en goede verzorging – gezien de huidige stand der wetenschap – een levensvatbaar kind ter wereld zou kunnen komen, hoewel de kans daarop niet erg groot was. In het geval van Marion Ploch eindigde de zwangerschap helaas in een spontane abortus.

Een nadere beschouwing van dit geval leert ons een aantal zaken:

- het blijkt telkens weer dat veel journalisten het verschil niet kennen tussen klinische dood, partiële hersendood en totale hersendood;
- zoals zo vaak wordt ook hier de opvatting gehuldigd dat een kind, dat geen menswaardige toekomst heeft, niet gered hoeft te worden;
- de artsen worden in een kwaad daglicht gesteld omdat zij met proportionele middelen – zonder het lijden van de moeder te verlengen – hebben getracht te redden wat nog te redden viel: het kind.

Het vereenzelvigen van de hersenschors met het persoon-zijn bedreigt ook het ongeboren anencephale kind. Bij deze congenitaal beschadigde kinderen ontbreken de grote hersenen, de hersenschors. Zij behoren tot de categorie, waarvan velen zeggen, dat ze een mensonwaardig bestaan tegemoet gaan en worden vaak om die reden geaborteerd. Ook dreigen zij gelijkgesteld te worden met reeds dode kinderen waarvan de organen nog bruikbaar zijn. Zij leven echter, al zullen ze wel spoedig na de geboorte sterven.

Voorstanders van abortus provocatus zouden kunnen stellen, dat het vroege menselijk embryo (nog) geen persoon is en dat van menselijk leven eigenlijk geen sprake is, omdat het (nog) geen functionerende hersencellen bezit, want pas na zeseneuhalf week toont de hersenstam de eerste activiteit. Maar, zoals prof. W. Eijk zegt, “al vóór de ontwikkeling van de hersenstam is het embryo een goed georganiseerde en gecoördineerde eenheid, waarvan de functies en de ontwikkeling van de afzonderlijke delen op elkaar zijn afgestemd en geïntegreerd. Dit is direct na de conceptie al het geval in de bevruchte eicel, die een levend organisme vormt dat wordt gecoördineerd door het genoom”.

De gegeven voorbeelden tonen nog eens duidelijk aan dat we ons moeten hoeden voor verhullend, vaak onjuist en soms zelfs giftig taalgebruik. We moeten leren dit ook in de media te onderkennen. Het zou daarom o.a. aanbeveling verdienen niet meer het woord ‘dood’ te gebruiken, als niet de biologische of de totale hersendood wordt bedoeld. In plaats van over een sociale dood te spreken, zou het beter zijn deze een cerebrale handicap of beschadiging te noemen, of een Persistent Vegetative State (PVS), hoewel dit laatste weer duidt op vegetatief of plantaardig leven en planten zijn nu eenmaal niet beziel.

Het moge nu duidelijk zijn dat er slechts één dood bestaat en dat deze ingeval van orgaandonatie met de grootst mogelijke zekerheid behoort te worden vastgesteld, opdat het ontnemen van organen een medisch-ethisch juiste handeling blijft.



Noten

1. EEG: registratie van elektrische activiteit in de schors van de grote hersenen door middel van op de hoofdhuid geplakte elektroden
2. Iso-electrisch EEG: Een electro-encephalogram dat een vlakke lijn laat zien ten teken dat in de hersenschors geen elektrische activiteit meer aanwezig is.
3. Een operatie is iets anders. Deze is in het belang van de patiënt, al wordt soms een deel opgeofferd om het geheel te redden.
4. Angiografie: inspuiten van contrastvloeistof in de halsslagader waarna d.m.v. een röntgenfoto kan worden vastgesteld of er bloedcirculatie in de hersenen is.
5. De angiografie mag immers niet worden beperkt tot de beide carotiden (halsslagaders) doch moet ook de arteriae vertebrales omvatten.
6. Vóór de aanvang van de test moet de koolzuurspanning in het arteriële bloed hoger zijn dan 45 mmHg of 6 kPa. Teneinde zuurstoftekort te voorkomen moet tijdens de proef 6 liter zuurstof per minuut in de luchtpijp worden toegediend (Dr W.Smelt).
7. Naarmate het zuurstofgebrek langer duurt, zal het EEG steeds meer abnormaaliteiten gaan vertonen en bij de overgang van de schijndood naar de biologische dood geheel vlak worden.

Literatuur

1. Advies inzake hersendoodscriteria Gezondheidsraad, Staatsdrukkerij, Den Haag, 1983,
2. Doodgaan, wat is dat? Mr. Dr. H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, Utrecht, 1984
3. Hoe dood is dood? Dr. J.P.M. Lelkens, Communio, nr. 1, 1986
4. Handboek orgaanvererving Academisch Ziekenhuis, Groningen, 1988
5. De ethische aspecten van de postmortale orgaandonatie Dr. W.J. Eijk, Vita Humana, nr. 2, 1991
6. Hersendood, doodskoncept en doodscriteria Dr. W.L.H. Smelt, Vita Humana, nr. 2, 1991
7. A matter of death and life Newsweek, november 1992

Overgenomen met toestemming van uitgeverij Colomba.