

in dit leven, hoe ernstig ook, ooit vergelijkbaar kan zijn met de helse smart. M.a.w.: de arts — hij zij zelf gelovig of ongelovig — bewijst zijn ongelovige patiënt geen dienst als hij door actieve euthanasie een einde maakt aan zijn leven hier; met als ogenblikkelijk gevolg een oneindig veel groter lijden in de „plaats van eeuwige pijniging”. Alleen hij die zeker weet dat hij na dit sterven bij Christus zal zijn, mag verlangen zijn lichamelijk of mentaal lijden te verwisselen voor de eeuwige volheid van geluk. Hiervan is PAULUS een voorbeeld; zie Filipp. 1:23. De brief aan de gelovigen te Filippi heeft PAULUS geschreven in de gevangenis; zeer waarschijnlijk te Rome, kort vóór zijn marteldood.

Prof. MEYLER schrijft, dat hij zelf nimmer actieve euthanasie nodig gehad heeft. Hij schrijft dit allicht op grond van een langdurige ervaring; een ervaring die door verschillende geuit is en die ook ik heb na een praktijktoefening van meer dan 45 jaren. Deze ervaring behoeft de collegae ervoor hedendaags ernstig lijden te spoedig als „verder ondraaglijk” te beschouwen. Ik ben het eens met de door Prof. MEYLER geciteerde „iemand”, die zei „dat men de stervende zo moet begeleiden, het lijden zo moet verzachten, dat hij niet nadrukkelijk naar de dood verlangt”. Ik voeg eraan toe dat in deze „verzachting” het bewustzijn zo lang mogelijk behouden dient te blijven. Niet in de laatste plaats omdat „er voor de patiënt nog positieve ervaringen en waardevolle ogenblikken (kunnen) komen waardoor het leven ondanks alles nog de moeite waard kan zijn”.

Als Prof. MEYLER stelt dat actieve euthanasie „alleen geoorloofd kan zijn in de laatste fase van het stervensproces” dan verwijs ik hem naar zijn uitspraak: „Het is niet altijd gemakkelijk te voorspellen wanneer de eindfase van het leven zal zijn aangebroken en wanneer het sterven begint.” Ook hier acht ik „actieve euthanasie” ongeoorloofd. Dit geldt temeer daar het toch voorkomt dat een patiënt een ziekte te boven komt, waarvan de prognose op de meest klemmende gronden „infaust” geacht werd.

Van buitengewoon belang acht ik wat Prof. MEYLER schrijft boven aan bl. 555 over de persoonlijkheid van de arts die het opbouwen van een vertrouwensrelatie mogelijk maakt. Alleen verwonder ik mij erover dat dit nog in ónze tijd geschreven moet worden! De kranten en tijdschriften lopen zo nu en dan over van geschrijf over „medemenselijkheid”, over „het moeten kunnen voeren van goede gesprekken”, over „opofferingsgezindheid”, enz. *Moet* een arts, een arts in de eerste plaats, deze eigenschappen niet bezitten? Waarom wordt men anders arts? Zou het voor verschillende artsen soms gewenst zijn het oude boekje van ERWIN LIEK, *Der Arzt und seine Sendung* (5e druk, 1927) (nog) eens aandachtig te lezen? De geneesheer moet „arts” zijn, zegt LIEK, niet slechts „medicus”. Een oude vriend van LIEK, ook arts, gaf hem de raad: „Nimm Dich jeden Kranken, er sei, wer er wolle, er habe, was er wolle, so an, als sei er einer Deiner liebsten Zugehörigen; vor allen Dingen, habe die Zeit für ihn!” (bl. 44).

Tot slot nog een opmerking over het „toetsen” van het geweten: dat doet men alleen veilig aan de *Bijbel*. De beste, meest gewetensvolle vriend kan falen en verstek laten gaan.

Literatuur: MEYLER, L. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 553.

Leiden, 26 april 1973

P. JASPERSE

Ik zal nooit pijnstillende middelen toedienen wanneer de patiënt dat niet wenst. Ik zal geen middelen geven waardoor het bewustzijn wordt beneveld wanneer hij „erbij” wil blijven. Ik zal zijn toestand ondraaglijk beschouwen wanneer hij dat zelf zo ondervindt. Maar ik begrijp niet goed waarom

Ned. T. Geneesk. 117, nr. 24, 1973

iemand die gelooft aan schuldverzoenend lijden, maar pijnbestrijding door chemische middelen niet afwijst, daardoor de belofte op het eeuwige leven zou verspelen.

Groningen, mei 1973

L. MEYLER

Ik ben erg blij met het artikel van collega MEYLER (1973) over het onderwerp euthanasie. In grote lijnen ben ik het met het artikel eens.

Persoonlijk heb ik de belangrijke rol van de verpleging in de begeleiding van de mens in zijn laatste levensfase gemist. Deze verpleging is voor de groep patiënten waar collega MEYLER het over heeft, zeer arbeidsintensief, nl. regelmatig wassen, verschoneren, helpen met eten, evt. wonden verzorgen en andere verpleegkundige handelingen. Hiermee zijn veel mensen, vooral uit de verpleging, bezig. In de situatie waarin ik werk, betekent dat: 22 verpleegkundigen en één arts (voor 50% van zijn werktijd) op 48 patiënten. De sfeer op de afdeling wordt voornamelijk bepaald door de mensen die er werkzaam zijn. Deze sfeer is m.i. bepalend voor het gemakkelijk accepteren van de aangeboden hulp aan deze groep patiënten in een voor hen zo aangrijpende levensfase.

De filosofie die er in ons werkterrein achter zit, vind ik in het bijzonder goed beschreven in het artikel van Sir THEODORE FOX in *The Lancet* (1965). Echter, ook daarin wordt m.i. te weinig nadruk gelegd op de belangrijke rol van de andere hulpverleners in de gezondheidszorg.

Literatuur: FOX, TH. (1965) *Lancet* II, 801. — MEYLER, L. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 553.

Bennebroek, 26 april 1973

W. J. M. SCHULTE

In mijn artikel over euthanasie heb ik het standpunt van de arts willen weergeven. Vanzelfsprekend zijn er anderen die hulp kunnen bieden bij het stervensproces. Ik noem de familieleden en de geestelijke verzorger.

Ik ben collega SCHULTE zeer erkentelijk dat hij op de rol van de verpleegkundige wijst. Inderdaad kan deze zeer belangrijk zijn, zowel wanneer het de wijkverpleegkundige als de verpleegkundige in het ziekenhuis betreft. Helaas wordt deze laatste overdag grotendeels in beslag genomen door technische handelingen. Tijdens de nachtelijke uren is er vaak wel tijd om rustig met de patiënt te praten en ik heb herhaaldelijk de heilzame gevolgen van zo'n gesprek mogen waarnemen.

Groningen, mei 1973

L. MEYLER

N.a.v. de poging van de redactie om een euthanasie-discussie te starten, zou ik willen voorstellen aan de deelnemers te verzoeken zich te houden aan de terminologie die is gebruikt in het Interne Advies inzake Euthanasie, uitgebracht door de Gezondheidsraad. Op pag. 10 en 11 staan definities van euthanasie; vrijwillige, onvrijwillige, passieve, actieve euthanasie; geldige wilsverklaring enz.

Het Advies is te bestellen bij de afd. Externe Betrekkingen van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne tel. 070-694211. Als de discussianten ieder een eigen terminologie en begripsbepaling hanteren, zal de verwarring na enkele bijdragen reeds onoverkomelijk worden.

's-Gravenhage, 3 mei 1973

H. A. H. VAN TILL-
D'AULNIS DE BOUROUILL

Het is uiteraard nuttig om bij een discussie uit te gaan van een bepaalde van te voren vastgestelde terminologie. Dat sluit echter niet uit dat men bezwaren kan hebben tegen begripsbepalingen die de kern van het vraagstuk verdoezelen.

Daarom stelde ik voor geen verschil te maken tussen actieve

en passieve euthanasie, aangezien passieve euthanasie een even actieve handeling vereist als de actieve euthanasie. Ik meende en meen nog dat de begrippen langzame en snelle euthanasie de kern beter benaderen.

Groningen, mei 1973

L. MEYLER

BERICHTEN

Buitenland

WERELDBERICHTEN

Dr. H. Mahler directeur-generaal van de WHO. De World Health Assembly heeft op 14 mei jl. Dr. HALFDAN MAHLER aangewezen als opvolger van Dr. M. G. CANDAU, die twintig jaar directeur-generaal is geweest. MAHLER is 21 april 1923 te Vovild in Denemarken geboren en in 1948 te Kopenhagen afgestudeerd. In 1951 kwam hij bij de Wereldgezondheidsorganisatie en werkte tien jaar in India bij de tuberculose-bestrijding. In september 1970 werd hij aangewezen als assistent director-general van de WHO, verantwoordelijk voor de afdeling Bevordering van Gezondheidsdiensten en voor de afdeling gezinshygiëne. (*WHO Press Release*, 14 mei.)

DUITSLAND (B.R.)

Waarschuwing voor methaqualon. De Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft waarschuwt de artsen voor onnodig en te lang durend gebruik van methaqualon, een sedativum en hypnoticum, te vergelijken met de kort werkende barbituraten. De commissie raadt als hoogste dagdosis 0,3 g aan, en adviseert hiermee niet langer door te gaan dan vier (bij uitzondering acht) weken. Men heeft van methaqualon schadelijke bijwerkingen waargenomen zoals paresthesiën, pijn en zwakte van beenspieren, die berusten op polyneuropathie. Vooral de combinatie van de stof met alcohol is riskant. In het buitenland zijn enkele sterfgevallen voorgekomen die hieraan worden toegeschreven. Het is derhalve raadzaam, methaqualon niet voor te schrijven aan jonge mensen en psychisch labiele personen. Methaqualon komt in vele preparaten voor, zowel onvermengd als gecombineerd met andere pharmaca. (*Dtsch. Ärztebl.*, 24 mei bl. 1383.) N. B.: MARLER vermeldt in haar boek *Pharmacological and Chemical Synonyms* de volgende merkprodukten die methaqualon bevatten: Orthonal, Methaqualone hydrochloride, B-100, TR-495, QZ-2, Dormutil, Hyptor, Melsedin, Revonal, Toquilone, Tuazole.

Verkeersongevallen. Volgens mededeling van het Statistisches Bundesamt te Wiesbaden hebben zich in het jaar 1972 in de Bondsrepubliek 378.023 verkeersongevallen voorgedaan waarbij persoonlijk letsel is opgelopen. Bij deze ongevallen zijn 527.375 personen gewond geraakt en 18.735 personen gedood. Bovendien zijn er 1.002.000 verkeersongevallen geweest met alleen materiële schade. Het totale aantal ongevallen is 3,1 pct hoger dan in 1971. Het aantal overleden slachtoffers is echter ongeveer gelijk gebleven. (*Dtsch. Ärztebl.*, 24 mei bl. 1418.)

GROOT-BRITTANNIË

Divertikelziekte en varices. In 1956 had CLEAVE de veronderstelling geopperd dat divertikelziekte en spataderen een gemeenschappelijke oorzaak zouden hebben. In 1960 noemde hij als gemeenschappelijke oorzaak de druk die op aderen

wordt uitgeoefend door een overvuld colon of een overvuld prolaberend caecum. Deze bewering werd in 1972 door BURKITT ondersteund. Zowel BURKITT als CLEAVE meende dat de uiteindelijke oorzaak gezocht moest worden in ons modern slakken-arm voedsel; over het mechanisme liepen de opvattingen van de twee onderzoekers echter uiteen. Dat inderdaad spataderen en diverticulose vaak samengaan, is thans statistisch aangetoond door LATTO en medewerkers. (*Lancet*, 19 mei bl. 1089.)

Abortus in 1971. Sinds de inwerkingtreding van de Abortion Act van 1967 moeten bijzonderheden van elk abortusgeval worden gemeld bij de Chief Medical Officer van het Ministerie van Gezondheid. Uit de gedane opgaven blijkt dat in 1971 voor het eerst over de honderdduizend zwangerschappen zijn afgebroken, nl. 126.777. Van deze onderbrekingen hebben 54.000 in de ziekenhuizen van de National Health Service plaatsgehad. Bijna 95.000 ervan betroffen inwoners van Engeland en Wales; 2000 betroffen inwoners van andere delen van de Britse eilanden. Van de 30.000 vrouwen uit het buitenland die in Engeland een zwangerschap lieten afbreken, kwamen 13.500 uit Duitsland en 12.000 uit Frankrijk. Bijna al deze vrouwen behoorden tot de leeftijdsgroep van 20-24 jaar. Meer dan de helft (53.000) van de vrouwen uit Engeland en Wales waren ongehuwd; 43.000 van hen hadden geen andere levende kinderen; bijna allen waren 24 jaar of jonger. Daarmee contrasteerde de groep van 42.000 getrouwde vrouwen, van wie allen op 7000 na twee of meer levende kinderen hadden; de meeste van deze vrouwen waren 30 jaar of ouder. Bij 14.000 vrouwen werd behalve de abortus ook sterilisatie verricht; 343 van deze vrouwen waren ongehuwd. Als techniek werd voor de abortus toegepast: dilatatie plus curettage (58.000 gevallen), vacuüm-aspiratie (53.000), abdominale hysterotomie (11.000) en hysterectomie (1000). Er waren 11 sterfgevallen; slechts in 7 daarvan werd de abortus-procedure zelf als doodsoorzaak beschouwd. (*Brit. med. J.*, 26 mei bl. 438.)

VERENIGDE STATEN

Schadelijk vermageringsdieet. De Council on Foods and Nutrition van de American Medical Association heeft een waarschuwing tot de artsen gericht omtrent de mogelijke schadelijke gevolgen van een vermageringsdieet dat beschreven wordt in een populair boek, *Dr. Atkins' Diet Revolution*. De auteur daarvan, Dr. ROBERT C. ATKINS, beveelt een strikte beperking van koolhydraten aan, en daartegenover een ongelimiteerd gebruik van verzadigde vetten en cholesterolrijke voedingsmiddelen. Volgens ATKINS zou dit dieet het lichaam aanzetten tot productie van een „fat mobilizing hormone” (FMH) . . . „and the production of FMH is the whole purpose of this diet — and the reason it works when all other diets fail”. Volgens de AMA-Council is een dergelijk hormoon nooit aangetoond. Bovendien geeft het langdurig volgen van het dieet van ATKINS aanleiding tot verhoging van het bloed-vetgehalte en vermeerdert het de kans