

in beide heupen, gevolgd door toenemend krachtverlies in beide benen. Patiënt werd op 12-6-1981 opgenomen in een ziekenhuis elders en wegens toenemende en opstijgende verlammingen met ademhalingsmoeilijkheden op 14-6-1981 opgenomen op de beademingsafdeling van het St. Elisabeth ziekenhuis te Tilburg.

Het neurologische onderzoek bij opname toonde een ernstig zieke man, temperatuur 39,4°C, duidelijk nekstijf met dysartrische spraak; aan de ledematen bestond een tetraparese, aan de benen duidelijker dan aan de armen, vrijwel symmetrisch, met opgeheven peesreflexen aan de benen, opgeheven buikhuidreflexen, laag positieve peesreflexen aan de armen. De sensibiteit was vitaal en gnostisch intact. De ademhaling was duidelijk insufficiënt door onvoldoende thoraxexcursies. De liquor was licht opalescent, ook licht xanthochroom en bevatte 480/3 cellen, voornamelijk lymfocyten; tevens was er een belangrijke bijmenging met erythrocyten, liquor-eiwit 87 mg/100 ml.

Uit de keeluitstrijk en de faeces werd poliovirus type 1 geïsoleerd, terwijl een significante titerstijging van neutraliserende antistoffen tegen dit virus in het bloed werd aangetoond. Het poliovirus werd gedetermineerd als „wilde” stam door middel van intratypische serodifferentiatie (VAN WEZEL en HAZENDONK 1979).

Wegens progressieve parese van de ademhalingsmusculatuur moest patiënt vanaf 14-6-1981 worden beademd; er werd een tracheotomie aangelegd. Kort na opname bestond een volledige paralyse van de beide benen, en een parese van beide armen met nog enige functie van de musculus biceps brachii beiderzijds en van de extensoren van de onderarmen.

In de loop van de volgende maanden is de toestand van patiënt slechts zeer weinig verbeterd. Hij moest continu kunstmatig worden beademd, beide benen bleven volledig verlamd, de kracht in de armen is slechts in geringe mate teruggekeerd. Na een half jaar konden vingers en duim enigszins worden gebogen, rechts iets meer dan links. Patiënt kon beide onderarmen strekken en supineren en buigen, maar in de polsen de handen nauwelijks strekken. Deze tevoren geheel gezonde man is zo ernstig invalide geworden dat hij ruim 7 maanden na opname moest worden overgeplaatst naar het chronische-beademingscentrum te Scheveningen.

Dit trieste relaas van een niet tegen poliomyelitis gevaccineerde gezonde 39-jarige man die een zeer ernstige en levenslange invaliditeit heeft opgelopen na een reis naar Tunesië, wordt hier vermeld in overleg met de patiënt en zijn echtgenote, in de hoop dat het leiden zal tot betere voorlichting door artsen en medewerkers van reisbureaus.

DISCUSSIE EUTHANASIE

In hun artikel behandelen prof. H. LEENEN en dr. J. RASKER (1982) verschillende voorwaarden die gesteld moeten worden, alvorens een arts zijn medewerking aan euthanasie zou mogen verlenen. Als uitgangspunt werd gekozen, dat „feitelijke euthanasie wordt vericht en dat euthanasie in toenemende mate maatschappelijk wordt aanvaard”.

Op ethische en juridische aspecten wil ik dus in deze reactie niet ingaan. Wel wil ik aandacht vragen voor

Wij hebben de indruk dat medewerkers van reisbureaus aan reizigers onvoldoende of onjuiste inlichtingen verschaffen over vaccinaties. Vaccinaties die niet verplicht zijn, zoals tegen poliomyelitis, worden te dikwijls als niet noodzakelijk beschouwd. Personen die reizen naar voornoemde (sub)tropische gebieden en die vijf jaar of langer geleden tegen poliomyelitis zijn ingeënt dienen zich vóór vertrek nog éénmaal te laten vaccineren (1 ml DTP intramusculair).

Bij personen die nooit ingeënt zijn geweest (het merendeel van de bevolking, geboren vóór 1945) is volledige vaccinatie aan te bevelen. Voor volwassenen betekent dit 2 maal 1 ml DTP intramusculair met ten minste 1 maand interval, gevolgd door een boosterinjectie van 1 ml ten minste $\frac{1}{2}$ jaar later. Is het, door tijdgebrek, niet mogelijk de serie inentingen te voltooien, dan is het toch verstandig om met de vaccinatie te beginnen.

Tenslotte willen wij wijzen op het *GHI-bulletin*: „Uitheimse ziekten in Nederland. Profylactische maatregelen bij vertrek naar het buitenland”, uitgegeven door het Staatstoezicht op de Volksgezondheid (november 1981), dat veel nuttige informatie voor artsen bevat, en naar de brochure „Vakantie en hygiëne. Wenken voor reizigers en toeristen” die via Gemeentelijke Geneeskundige (en Gezondheids-) diensten en reisbureaus worden verspreid.

LITERATUUR

- BIJKERK, H., F.J. DRAAISMA, A.C. VAN DER GUGTEN e.a. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1700.
- COUTINHO, R.A. en A.B.R. RAN (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 267.
- HANNIK, CH.A. (1963) *De vaccinatiecampaagne 1957-'62 tegen poliomyelitis*. Staatsdrukkerij en Uitgeverij 's-Gravenhage.
- HUISMAN, J. (1978) *Epidemiologisch Bulletin GG en GD Rotterdam*, nr. 2.
- WEZEL, A.L. VAN en A.G. HAZENDONK (1979) *Intervirology* 11, 2.
- WEZEL, A.L. VAN, G. VAN STEENIS, C.A. HANNIK e.a. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 466.
- WHO (1981) *Wkly epidem. Rec.* 56, 329.

Maart 1982

de positie van de apotheker en de vraag stellen, welke middelen de arts wil toepassen en op welke wijze hij deze denkt te verkrijgen. Tot heden zijn geneesmiddelen en zeker middelen die als euthanaticum toegepast kunnen worden, in Nederland uitsluitend via een apotheek verkrijgbaar en wel op recept. De apotheker zal dus – als tussenschakel bij deze vorm van stervenshulp – een rol (gaan) spelen. Hij is nl. degene die deze middelen kan afleveren. Of het tot de taak

van de apotheker behoort of zal behoren, een geneesmiddel voor een ander dan in de Geneesmiddelenwet omschreven gebruik bestemd, af te leveren, is nog de vraag.

Mocht aflevering van geneesmiddelen te gebruiken als euthanatica aanvaard worden door de apotheker, dan zal dat met de nodige zorg omkleed moeten worden. Zonder meer afleveren van euthanatica – ook op recept – is uit den boze! Evenals de arts draagt de apotheker zijn eigen verantwoordelijkheid. Evenals de arts heeft de apotheker het recht, op grond van zijn levensovertuiging, medewerking aan euthanasie te weigeren. Maar ook indien de apotheker bereid is in noodsituaties zijn medewerking te verlenen, zal hij enige voorwaarden moeten stellen alvorens tot aflevering over te gaan, wil hij zijn verantwoording waar kunnen maken, en wil misbruik zoveel mogelijk voorkomen worden.

Deze voorwaarden zouden de volgende kunnen zijn:

- het recept, maar eveneens een schriftelijke mededeling omtrent de toestand van de patiënt, geschreven door de behandelende arts, zou overgelegd dienen te worden,
- bij voorkeur zouden twee artsen de aanvraag dienen te tekenen,
- een van beide artsen zou bekend dienen te zijn aan de apotheker,
- de beslissing van de arts tot euthanasie over te gaan, zou – voor de apotheker duidelijk – moeten voldoen aan de voorwaarden door de K.N.M.G. in deze gesteld,
- het uitgeschreven recept zou minstens moeten voldoen aan de eisen gesteld aan een zg. opiumrecept,
- aflevering zou rechtstreeks door de apotheker aan de behandelende arts dienen te geschieden,
- zowel arts als apotheker moet overtuigd zijn dat het toe te passen middel in de gewenste vorm het juiste middel is om deze patiënt een „milde” dood te geven,
- er dienen afspraken gemaakt te worden over verpakking en etikettering van het middel,
- eveneens moet worden overwogen en afgesproken, wat moet geschieden met het middel, indien dat uiteindelijk toch niet wordt toegepast,
- het voorgaande impliceert dat de apotheker op enigerlei wijze bij de afloop van de behandeling betrokken zal blijven,
- apothekersassistenten mogen niet worden belast met enige verantwoordelijkheid in deze.

Uit bovenstaande voorwaarden zal duidelijk zijn dat toepassing in of buiten het ziekenhuis de behandelende arts(en) voor ongelijke problemen zal stellen. In het ziekenhuis zijn immers contacten tussen arts en apotheker gemakkelijker te bewerkstelligen, hoewel geconstateerd mag worden dat ook in de huisartsenpraktijk het contact met de zg. officina apotheker groeiende is, hetzij via groeps gesprekken, hetzij via andere informatie-kanalen.

Literatuur: LEENEN, H.J.J. en J.J. RASKER (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 553.

Tilburg, april 1982

G.L.M.A. HAGE-NOËL,
apotheker

De apotheker heeft geen wettelijke leveringsplicht. Zie ook Med. Tuchtcollege Amsterdam d.d. 6 augustus 1979, gepubliceerd door mr. E. Harderwijk, jurist van de KNMP, in het *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1981, 6, 243, die voorts stelt dat de marges waarin de apotheker aflevering van een geneesmiddel op recept kan weigeren, klein zijn, omdat het recept het oordeel van de arts bevat. Hij moet die weigering kunnen funderen op zijn oordeel *als apotheker*. Dat houdt in – aldus Harderwijk – dat hij geen aflevering mag weigeren op grond van overwegingen, die op persoonlijke overtuiging berusten. Ik ben het met Harderwijk eens. In vragen van euthanasie – en ook andere vragen van persoonlijke overtuiging – komen patiënt en arts tot een bepaalde gedragslijn en het gaat niet aan, dat de apotheker, die over de concrete problematiek geen oordeel kan hebben en daar niet bij betrokken is, het beleid van de behandelende arts, dat in het recept tot uitdrukking komt, zou doorkruisen. Het stellen van voorwaarden ligt dan ook niet op de weg van de apotheker. De enige taak van de apotheker is met de arts contact op te nemen indien er problemen zijn met het recept of het voorgeschreven middel, zoals hij dat bij alle recepten en middelen behoort te doen.

Amsterdam, mei 1982

H.J.J. LEENEN

Met grote belangstelling heb ik het hoofdartikel van collega LEENEN en collega RASKER (1982) gelezen. Het geeft duidelijke richtlijnen voor ons handelen. Toch zijn er enkele theoretische uitspraken die aanvechtbaar zijn. Ik wil er twee noemen. (1) „Het staken van een medisch zinloze behandeling is geen euthanasie.” (2) „Bij euthanasie is er geen sprake van een natuurlijke doodsoorzaak.” Gebeurtenissen vinden immers gewoonlijk plaats als gevolg van een samenloop van verschillende oorzaken. Beter zou m.i. zijn: „Bij euthanasie is er geen sprake van uitsluitend natuurlijke oorzaken.”

De hoofdzaken van het artikel kan men dan als volgt samenvatten: Definitie: Euthanasie = een zachte dood laten sterven. Indicatie: Medisch hopeloze gevallen. Voorwaarde: Bij bewustzijn: Uitsluitend op verzoek. Dit geldt ook voor kinderen en voor zwakzinnigen. Bij bewusteloosheid: Als de kans op terugkeer van het bewustzijn niet meer gerechtvaardigd wordt geacht.

Literatuur: LEENEN, H.J.J. en J.J. RASKER (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 553.

's-Hertogenbosch, maart 1982 M.C. COLENBRANDER