

2. Het is een goed ding dat in elk geval duidelijk gesteld wordt dat op verzoeken van de familie niet behoort te worden ingegaan; maar wie zal controleren of de patiënt zich niet moreel tegenover zijn familie verplicht voelt om euthanasie te vragen, wanneer eenmaal de mogelijkheid er is? Ik geloof dat de keuze gaat tussen euthanasie of geen euthanasie. Eenmaal gekozen voor euthanasie zal een verdere keuze tussen vrijwillig en onvrijwillig op de duur een illusie blijken. Zo is het meen ik ook niet goed mogelijk om moord (in bredere betekenis dan euthanasie) in principe te veroordelen, zonder ook zelfmoord daaronder te laten vallen (verzachtende omstandigheden, die moord, inclusief zelfmoord, soms min of meer begrijpelijk kunnen maken, blijven hier buiten beschouwing, want het gaat nu niet over het overtreden van de norm, maar over de norm zelf). In dit verband zij ook nog opgemerkt dat de strijd tegen macro-zelfmoord (de atoombom) op de duur niet geloofwaardig kan zijn indien niet eerst micro-zelfmoord (d.w.z. individuele zelfmoord) in principe wordt afgewezen.

3. De samenstellers zeggen dat het accepteren van euthanasie als mogelijkheid niet mag leiden tot het achterwege laten van vereiste hulp en zorg. Nee, dat mag niet, maar dat zal ongetwijfeld al wel gauw het geval zijn. Ik denk dat deze passage een achterhoedegevecht vertegenwoordigt van de medici uit het gezelschap, die zich ineens zijn gaan realiseren dat accepteren van euthanasie tevens betekent dat ons vak eraan gaat. Met name betekent immers het accepteren van euthanasie dat men de mogelijkheid schept om de ene fout, nl. de ontmenselijking van de geneeskunst, te neutraliseren door een tweede fout, nl. de euthanasie. Daarmee zou voorgoed de prikkel verdwenen zijn om de geneeskunst weer in het rechte spoor te brengen, waar zulks, door overheersing van de techniek, geboden zou zijn.

4. Het laatste punt luidt dat euthanasie moet worden uitgevoerd door de behandelende arts zelf (na consult met een of meer collega's).

Euthanasie moet en zal dus een soort medische handeling zijn en dat is nu juist de ellende. Hoe oneindig veel beter zou het zijn om de euthanasie, als men die dan met alle geweld wil invoeren, juist in handen te geven van *niet*-medici. Het is toch op de duur een onhoudbare situatie dat iemand nu eens een patiënt behandelt en dan weer van kant maakt. Dat dit laatste dan voorlopig alleen nog op verzoek gebeurt maakt eigenlijk nog duidelijker dat zulks nooit een medische handeling kan zijn. Een medicus immers behoort zich in zijn handelen op de eerste plaats te laten leiden door zijn diagnose, waarbij hij uiteraard rekening houdt met de wensen van de patiënt, maar dat is iets anders dan zo maar stomweg uitvoeren wat de patiënt verlangt.

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

Utrecht, april 1982

J.A. VAN DER DOES DE WILLEBOIS

Naar aanleiding van uw uitnodiging mijn bijdrage over het euthanasie vraagstuk: Na een onverwachte complicatie bij het verrichten van de dodelijke injectie bij de heer A vond mijn vrouw dat ik groen zag van ellende. Ikzelf voelde echter nog dagen later een bevrijdende zekerheid en opgewektheid dat ik het in m'n eentje had kunnen opbrengen zo iets ingrijpends te doen.

De heer A, lijdende aan een longcarcinoom, zag zijn einde al lang aankomen. In 1971 was er een haemoptoe geweest die ondanks specialistisch onderzoek zonder aantoonbare oorzaak bleef. Pas in augustus 1973 bleek er een inoperabel neoplasma in de linker long. Hij was toen 74 jaar. De heer A had de diagnose al vermoed en somber als hij was meteen gesuggereerd t.z.t. een verlossend spuitje te willen. En hoe ik daarover dacht. Zo iets neem ik voor kennisgeving aan en ik zie wel wat er van komt, meestal een totaal ander beloop dan de patiënt zich voorstelt en geen verlossend spuitje. Maar bij de heer A kwam zijn sombere verwachting uit, een langerekt ziekbed. Tenslotte lag hij griezellig cachectisch op zijn schapevachtje, tot niets meer in staat, samen met zijn vrouw, de wijkzuster en met mij, de ene na de andere complicatie ondergaand. Het was onderwijl januari 1974 geworden en hij bleef vragen om een spuitje, een onderwerp waar we dus vaak over spraken. Maar ik kwam er niet onderuit, er moest een precieze datum worden afgesproken! Dat zette mij voor het blok, ik was welwillend, maar, hoe reageert bijv. de familie en hoe doe je zo iets überhaupt.

Ik kreeg toen van zijn vrouw een duidelijke aanwijzing. Aan de muur tegenover zijn ziekbed hingen de portretjes van zijn schoonouders. „Weet u dokter, mijn man ziet de hele dag het portret van mijn vader en hij denkt dat die het er niet mee eens is om mij alleen achter te laten. Toen heb ik gezegd, dat is onzin, hij zou zeggen dat je je rust hebt verdiend. En ik heb meteen de foto weggehaald.” Dat hielp mij over mijn laatste aarzelingen heen en ik maakte een definitieve afspraak: donderdag. Zijn vrouw wist heel goed dat het iets streng verbodens was.

Bij een internist had ik over de procedure geïnformeerd, natuurlijk in het ziekenhuis altijd per infuus, bijv. 20 mg valium en 60 mg morfine bij zo'n uitgeteerde patiënt. Maar ik vergat te zeggen dat de heer A voor de nacht al pethidine-zetpillen kreeg. Bovendien moest ik het thuis in 1 injectiespuit doen. Ik zag geweldig op tegen de donderdag.

De heer A vond dat ik veel te laat kwam, hij had de hele dag al naar mij uitgekeken. Ik vertelde hem dat hij na de prik wel in slaap zou vallen en dan van zijn overlijden niets zou merken, maar of dat wel precies zo was wist ik niet zo zeker. Hij was echter veel zekerder dan ik en absoluut niet onder de indruk. In de huiskamer ging ik vervolgens ampullen breken en in mijn spuit opzuigen. Onderwijl hoorde ik in de kamer ernaast z'n vrouw en hij afscheid van elkaar nemen, een indrukwekkende gebeurtenis. Ik voelde

mij allerminst op m'n gemak. Na de valium sliep de heer A en toen kwam de morfine. Ik schrok ervan want onmiddellijk, al tijdens het spuiten, stopte zijn ademhaling. Iets wat ik me niet zo goed had gerealiseerd. Maar toen gebeurde er iets vreselijks, want ik had net gezegd, nu is uw man uit zijn lijden, of hij begon met een rood hoofd weer te ademen. Maar met een akelig lage frequentie, dus gedecerebreerd schoot het door mij heen, fysiologiepracticum. In grote verwarring moest ik pijlsnel naar de apotheek, onderwijl mijn mislukte euthanasie achterlatend. Na nog eens enkele ampullen morfine was hij wel echt dood.

Mevrouw A is mij altijd dankbaar gebleven. Onlangs is zij verhuisd en ondanks de vrij grote afstand verkiest zij in mijn praktijk te blijven. Zij en ik hebben samen ons geheim, waar we beiden geen spijt van hebben.

Sindsdien heb ik alweer heel wat sterfgevallen meegemaakt maar tot nog toe nooit meer met zo'n injectie. Door een of andere complicatie overlijdt de patiënt sneller of ik wordt er minder nadrukkelijk om gevraagd. Kennelijk is de heer A een betrekkelijke zeldzaamheid.

Ik heb zelf de verlossing van dood te kunnen gaan ervaren als het lichaam je door ziekte werkelijk in de steek gaat laten. Ik bedoel dan natuurlijk niet de sensaties bij een wat ernstiger buikgriep of zeeziekte waarvan je toch wel weet dat het niet helemaal menens is. Nee, bij mij was het bijna een sterfbed en mijn gedachte was toen: „Als ik niet beter kan worden hoef ik toch zó niet te blijven, ik kan gelukkig ook nog overlijden en dan is het ziek zijn afgelopen.” De gedachte aan euthanasie is toen geen moment bij mij opgekomen, ook niet als ik geen hoop op genezing meer had, vermoed ik. Daarvoor ging het natuurlijke ziekteproces waarschijnlijk veel te snel.

Soms merk ik dat een collega eenzaam worstelt met euthanasie-vragen van patiënten. Mocht ik weer zo iets voor een patiënt kunnen doen dan heb ik mij voorgenomen om mijn dichtstbijzijnde collega te vragen op het moment zelf mee te gaan ter psychische en praktische ondersteuning.

(Naam en adres van de schrijver zijn de Redactie bekend.)

April 1982

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

Zijn er goede vervangende middelen van keukenzout?

Vraag 27. Is er geen bezwaar tegen langdurig en veelvuldig gebruik van calciumglutamaat ter vervanging van keukenzout, en is dat zelfs onschadelijk? Zijn er betere vervangingsmiddelen, in het bijzonder in het geval dat natrium houdende stoffen de hypertensie kunnen bevorderen?

Wat is u bekend over de fabricage van natriumarme voedingsmiddelen in blik? Velen van mijn patiënten die met een natriumarm dieet moeten leven, zouden graag vaderlandse gerechten, zoals erwtensoep, hutspot, bruine-bonensoep enz., willen nuttigen zonder boze vermaningen van hun huisarts.

Antwoord. Het gebruik van kaliumzouten als vervangingsmiddel voor keukenzout is niet zonder risico bij patiënten met hypertensie of decompensatio cordis gezien het wijd verbreide gebruik van zg. kalium sparende diuretica, zoals triamteren, amiloride en spironolacton, met name in combinatiepreparaten met thiazidediuretica, en vooral ook in die klinische situaties waarin toevoeging van een dergelijke kalium retinerende stof eigenlijk niet strikt nodig is. Een vrij gebruik van kaliumzouten te zamen met deze pharmacaca bergt het gevaar van een levenbedreigende hyperkaliëmie in zich. Hoewel glutaminezuur en zijn zouten betrekkelijk weinig toxische stoffen zijn, houdt de Wereldgezondheidsorganisatie (1974) als

bovengrens voor een aanvaardbare consumptie (als aanvulling op de opname van glutaminezuur uit natuurlijke bronnen, zoals tomaten, paddestoelen en Parmezaanse kaas) een hoeveelheid van 120 mg/kg/24 uur aan. Sommige personen zijn overgevoelig voor glutamaat. Het ontstaansmechanisme van de, enkele uren na het gebruik van glutamaat ontstaande, verschijnselen van hoofdpijn, misselijkheid en warmtegevoel in de bovenste lichaamshelft, bekend als het „Chinees-restaurantsyndroom” (Kwok 1968) is onbekend. Glutamaat (als „Veh-Tsin”) wordt in grote hoeveelheden in de Chinese keuken gebruikt. Ook ernstige astma-aanvallen zijn onlangs gemeld (ALLEN en BAKER 1981).

Informatie bij de Hoofdinspectie Levensmiddelen van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne leert dat volgens de regels van de Codex Alimentarius Commission (CAC/RS 53-1971) de volgende stoffen in kunstzouten toegestaan zijn: (a) kaliumsulfaat en organische zouten van kalium, calcium en ammonium tot ten hoogste 4% fosfaat en 3% ammonium (mol/mol); (b) organische magnesiumzouten tot een maximum van 20% van de som van kalium, calcium en ammonium in het kunstzoutmengsel, en (c) organische cholinezouten tot ten hoogste 3% van het mengsel. De hoeveelheid glutamaat is niet aan beperkingen gebonden.

Blikken met zoutarme voeding dienen het opschrift „zoutarm” of „zeer zoutarm” te dragen, alsmede een