

DISCUSSIE EUTHANASIE

De reactie van LEENEN (1982) op het ingezonden stuk van apotheker HAGE-NOËL (1982) noopt mij tot de volgende opmerkingen.

In artikel 29 van het Besluit Uitoefening Artsenij-bereidkunst staat: „Indien de apotheker of de apothekhoudende geneeskundige in een hem aangeboden recept een vergissing vermoedt, of indien een recept onvolledig, onleesbaar of verminkt is, geeft hij daarvan terstond kennis aan degene die het recept voorschreef. Hij gaat niet tot aflevering over, voordat hij omtrent het voorgeschrevene de nodige zekerheid heeft verkregen.” Indien er op een mij aangeboden recept een combinatie van pharmaca staat voorgeschreven waarmee euthanasie kan worden verricht, dan dien ik als apotheker de zekerheid te hebben dat hier geen sprake is van een vergissing. Ik neem dan ook contact op met de voorschrijvend arts (volgens Leenen de enige taak van de apotheker?).

Het stellen van voorwaarden ligt niet op de weg van de apotheker (eveneens volgens Leenen), doch het afleveren van euthanica is geen sinecure en enig overleg lijkt mij dan ook op zijn plaats. In de dagelijkse praktijk is dergelijke krasse taal overigens zeldzaam en gaat het vaak als volgt: de arts richt zich tot de apotheker persoonlijk; de voorschrijvend arts is de apotheker bekend en uit het verzorgingsgebied van de apotheek; de patiënt behoort tot de apothekerspraktijk; de beslissing tot euthanasie voldoet aan de door de KNMG hieraan te stellen/gestelde voorwaarden. Meestal is aan de hand van de aan de patiënt reeds eerder afgeleverde medicijnen de gezondheids-toestand van de patiënt aan de apotheker bekend. De arts geeft de benodigde aanvullende informatie; de euthanica worden door de apotheker persoonlijk aan de behandelend arts gegeven.

In tegenstelling tot Leenen ben ik van mening dat de apotheker een volledig beeld moet hebben van de concrete problematiek en er bij betrokken moet zijn, opdat hij aan zijn wettelijke verplichtingen kan voldoen.

Overigens moet het mij van het hart dat, zeker zolang er op dit gebied nog niets concreet is geregeld, ook een apotheker, net zo goed als een arts, het recht dient te hebben om op grond van persoonlijke overtuiging het meewerken aan euthanasie te weigeren. Wij zijn tenslotte allemaal maar mensen.

Literatuur: HAGE-NOËL, G.L.M.A. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1055. — LEENEN, H.J.J. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1056.

Oostzaan, juni 1982

A.J. VAN DER HEIJDEN,
apotheker

Als pas gevestigd jong huisarts meldde zich een gezin, bestaande uit man, vrouw en zoon. Het vertrouwen in hun vorige huisarts was verloren gegaan

nadat gebleken was dat de reden van het bloederig ophoesten een inoperabel longkanker was en niet de geïrriteerde keel waarvoor de man gedurende enkele maanden was behandeld. De man was een forse, niet spraakzame lasser van in de vijftig. Zij bewoonden een etagewonig. De man verzocht mij hem te „helpen” als zijn ziekte, waarvan hij toen al overtuigd was dat het zijn dood zou zijn, zover ontaard zou zijn dat het menselijke in hem verloren was gegaan.

Als huisarts stelde ik mij als voorwaarde om op verzoek aan een actieve euthanasie mee te werken dat de patiënt deze wens uitdrukkelijk kenbaar had gemaakt, de directe familie het er mee eens was en ikzelf het met mijn geweten eens kon zijn. Ik kon niet vermoeden dat, na de eerste kennismaking en gesprekken met het bovengenoemde gezin, ik al enkele weken later gebeld zou worden door een radeloze vrouw die vertelde dat haar man buiten bewustzijn was geraakt en voortdurend met armen en benen trok. Kennelijk betrof het hier een status epilepticus door een hersenmetastase. Bij mijn huisbezoek werden deze vermoedens bevestigd en kon ik niet anders doen dan intraveneus diazepam te spuiten. De vooruitzichten waren natuurlijk uiterst somber, ondanks het overigens nog stevige lijf van de man. Terwijl het verzoek van de man nog in mijn oren doorklonk en ik mijn eigen visie over actieve euthanasie daarbij betrok, sprak ik met vrouw en zoon. Ik legde hun de prognose van hun man c.q. vader uit en het verzoek van hem aan mij. Zij waren het met hem eens en verzochten mij dit zinloze lijden te beëindigen.

Nu zou de meest eenzame en afschuwelijke dag sinds ik dokter ben aanbreken. De reden dat ik deze herinnering weer ophaal en toevertrouw aan u, geachte redactie, is om ons te realiseren hoe goed het is dat nu wel voorschriften, middelen en kennis tot onze beschikking staan, onder andere gestimuleerd door de verschillende verenigingen die zich met euthanasie bezighouden. De nachtmerrie was als volgt: Ik diende 400 mg pethidine toe, met de wetenschap en de ervaring dat dit voldoende zou zijn. Ik bereidde de familie voor op het overlijden van de man in diezelfde nacht. Ik sliep onrustig en droomde herhaaldelijk dat de man weer zou gaan bewegen. 's Ochtends vroeg belde de vrouw mij, haar man ging weer bewegen met armen en benen. Ik gaf weer een zelfde dosis. Ik deed het ochtendspreekuur. Weer belde de vrouw mij met dezelfde mededeling. Ik werd radeloos. Ik maakte een mixture van pethidine en diazepam en gaf een forse hoeveelheid digoxine toe. Zelfde effect: 's avonds zelfde bericht van de vrouw. Ik belde een anesthesist. Die kon (of wilde) niets anders bedenken. Ik ging over tot het intra-arterieel spuiten van insuline en liet mij informeren door een bevriende apotheek. Deze maakte een ampul met twee gram pethidine klaar. Toen ik aankwam om dit, circa zesendertig uur na het

nemen van het besluit tot actieve euthanasie, de man toe te dienen, bleek hij net te zijn overleden.

Overbodig te vermelden door welk een hel de familie en ikzelf gedurende zesendertig uur gegaan zijn. Dankbaar ben ik dat aan de huidige generatie huisartsen de kennis en de middelen ter beschikking staan om hun medemens te helpen hen uit hun lijden te verlossen en menswaardig te sterven. Dankbaar ben ik dat er bij ons artsen een sfeer gaat ontstaan waarin wij elkaar over dit probleem kunnen raadplegen en waarbij wij niet meer alleen hoeven te staan, met onze kennis, noch met onze emoties.

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

Juni 1982

VRAAG EN ANTWOORD

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

Zijn methacrylaten carcinogeen?

Vraag 32. Van de weefselplakker histoacryl, een ester van een acrylzuur, ondervinden wij in onze dagelijkse praktijk veel nut, vooral bij kleine, rechtlijnig verlopende wondjes. Is er iets bekend omtrent een eventueel carcinogeen effect van dit preparaat?

Antwoord. In het verleden heeft enige bezorgdheid bestaan over een mogelijke carcinogene werking van methacrylaten. Wegens de terughoudendheid om dergelijke kunstharsen (met name als botcement) bij jongere patiënten toe te passen, zijn echter uitvoerige carcinogeniteitsproeven bij dieren verricht, die volledig negatief zijn uitgevallen (WADE en REYNOLDS 1977).

Literatuur: WADE, A. en J.E.F. REYNOLDS (1977) Martindale. *The extra pharmacopoeia*. Pharmaceutical Press, Londen.

Is extra bestraling met ultraviolet licht tijdens de zwangerschap schadelijk?

Vraag 33. Is het gebruik van een zonnebank of zonnehemel tijdens de zwangerschap gecontraïndiceerd? Wat zijn de bezwaren en is er iets bekend over de eventuele ongunstige gevolgen?

Antwoord. Over solarium werd uitvoerig in dit Tijdschrift geschreven door SUURMOND en SCHOTHORST (1979) en ook vraag 26 (1978) heeft betrekking op het onderwerp. Er is slechts één bijzonder aspect aan het ondergaan van ultraviolette bestraling in de zwangerschap: plaatsen waar de huid extra gepigmenteerd is door de zwangerschap zullen nog meer in het

Naar aanleiding van de discussie over euthanasie moge ik hierbij mijn uitdrukkelijke instemming betuigen met het commentaar van collega J.A. VAN DER DOES DE WILLEBOIS (1982). Ik ben het volkomen met hem eens dat er een hemelsbreed verschil is tussen zg. „actieve euthanasie”, inhoudende het actief vermoorden van een patiënt, en zg. „passieve euthanasie”. Dit laatste houdt in het niet ingrijpen in het natuurlijke verloop van een ziekteproces wanneer men de zinloosheid hiervan inziet. Het is niet de taak van de medicus het leven van een patiënt zo lang mogelijk te rekken als men overtuigd is dat dit alleen maar tot gevolg heeft dat dit leven daardoor met veel extra lijden toch voert tot de onvermijdelijke dood.

Literatuur: DOES DE WILLEBOIS, J.A. VAN DER (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1106.

Goirle, juni 1982

A.J.C.M. BRANDENBURG

oog springen. Voor vrouwen met een chloasma uterinum kan dit een overweging van cosmetische aard zijn. Cholecalciferol („vitamine D”), dat onder invloed van ultraviolet licht in de huid gevormd wordt uit 7-dehydrocholesterol, beïnvloedt de Ca-stofwisseling van de moeder. De ossificatie van de foetus is hiervan echter onafhankelijk (BERGSTROM en WILLIAMS 1978).

Literatuur: BERGSTROM, W.H. en M.L. WILLIAMS (1978) In: U. STAVE, *Perinatal physiology*, bl. 617. Plenum Medical Book Company, New York. – SUURMOND, D. en A.A. SCHOTHORST (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 628. – Vraag 26 (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1190.

De sensibiteit van de tepel en de mogelijkheid van borstvoeding na plastische operatie van de borst

Vraag 34. Kan een vrouw na mammareductie of -reconstructie borstvoeding geven en hoe is het na operatie met de gevoeligheid van de tepels gesteld?

Antwoord. Na mammareductie is borstvoeding wel mogelijk. De operateur dient er bij het kiezen van de operatiemethode echter rekening mee te houden. Wel kan het voorkomen dat de zogproductie gering is, maar dit is ook bekend bij hypertrofische mammae die niet geopereerd zijn.

Een ptosiscorrectie heeft geen nadelige invloed, maar in gereconstrueerde borsten is geen klierweefsel meer aanwezig. Borstvergrotende operaties hebben geen invloed op de zogsecretie, daar hierbij de prothese achter het klierweefsel of onder de musculus pectoralis wordt geplaatst.

Bij vergrotende mammoplastiek en ptosiscorrectie