

SOEDE, M. (1980) *On the mental load in armprosthesis control*. Proefschrift Delft.
SOERJANTO, R. (1971) *On the application of the myoelectric handprosthesis in the Netherlands*. Proefschrift Utrecht.
SOLOMONIDIS, S.E., A.J. LOUGHRAN, J. TAYLOR e.a. (1977) *Prosthet. Orthot. int.* 1, 13.

TAYLOR, J.S. (1979) *Prosthet. Orthot. int.* 3, 144.
WATERS, R.L., J. PERRY, D. ANTONELLI e.a. (1976) *J. Bone Jt Surg.* 58A, 42.
WINKLER, W. (1978) *Orthopädie-Technik* 3, 25.

December 1981

DISCUSSIE EUTHANASIE

Met verbazing heb ik kennis genomen van de bijdrage van VAN DER DOES DE WILLEBOIS (1982), in de discussie over euthanasie na het artikel van LEENEN en RASKER (1982). Alvorens in te gaan op de inhoud van deze bijdrage, wil ik opmerken dat het taalgebruik de discussie niet bevordert. Als Van der Does de Willebois begint met de discussie bij voorbaat te kwalificeren als „zeuren over euthanasie”, om even later de oproep tot casuïstische bijdragen af te doen met: „Wat schieten we op met nog eens een parade van schrijvende gevallen”, dan maakt hij elke discussie gebaseerd op respect voor elkaars opvattingen, bij voorbaat onmogelijk. Als hij dan ook nog in de laatste alinea de uitdrukking „van kant maken” gebruikt, waar hij kennelijk over euthanasie spreekt, vind ik dat zelfs stuitend voor degenen, die zich in alle oprechtheid over dit vraagstuk hebben gebogen. Om dan nog maar te zwijgen over degenen die euthanasie bedreven hebben. De verleiding was dan ook groot om Van der Does de Willebois een koekje van eigen deeg te presenteren, maar waarom ik dat achterwege laat, heb ik in het bovenstaande trachten duidelijk te maken.

Mijn commentaar op de inhoud van zijn bijdrage betreft vier thema's: (1) Gezeur voor twijfelaars. (2) Het briefhoofd van de dokter. (3) De euthanasievriendelijke collega. (4) Doden op verzoek.

1. Gezeur voor twijfelaars, of: Hoe vorm ik mijn attitude ten aanzien van euthanasie. Van der Does de Willebois had gehoopt, dat we genoeg „gezeur” achter de rug hadden om een splitsing in twee kampen nog juist te kunnen voorkomen. In welk kamp hij zich zelf opstelt zal een ieder, die zijn bijdrage heeft gelezen, duidelijk zijn. De enige zin die hij aan een hernieuwde discussie wil toekennen, is het „redden van de situatie voor de twijfelaars”. Voor degenen dus, die nog geen keuze gemaakt hebben. Want, zo meent Van der Does de Willebois: „Men doet aan euthanasie, of men doet er niet aan”.

Voor hem, blijkbaar behorende tot een groep artsen die euthanasie a priori afwijst, kan de zaak zo eenvoudig liggen. Voor de twijfelaars, waartoe ik mijzelf wil rekenen, is dat niet het geval. Hoewel ik veel pro en contra euthanasie heb gehoord en gelezen, kan ik op grond daarvan op dit moment niet bepalen hoe ik – vooral emotioneel – zal reageren, als ik voor het eerst door een aan mij toevertrouwde patiënt wordt benaderd met het verzoek zijn leven te beëindigen.

Het is nu juist aan deze onzekerheid, dat ik de zin van een discussie over euthanasie ontleen. En dan bedoel ik met discussie meer het open staan voor oprechte meningsuitingen van anderen dan een vorm van gehacketak over en weer. Voor twijfelaars als ik vind ik ook een oproep om mededeling te doen van praktijksituaties zinvol. Van de anonieme bijdrage op pagina 1108 van dit tijdschrift heb ik meer geleerd over euthanasie, dan van het voorbeeld dat Van der Does de Willebois aanhaalt. In feite is het geen voorbeeld en kan het dat ook niet zijn, gezien zijn opstelling ten aanzien van euthanasie. De situatie die hij beschrijft is er dan ook een, waarin waarschijnlijk niemand het in zijn hoofd zou halen om over euthanasie te denken. De zin van een discussie over euthanasie ligt mijns inziens dus niet in het overhalen van twijfelaars in een bepaald kamp, maar wel in het scheppen van de mogelijkheid tot meningsvorming over dit onderwerp bij mensen, die niet zoals Van der Does de Willebois, op zekerheden kunnen of willen steunen en daarmee bij voorbaat elke discussie in principe uitsluiten.

2. Het briefhoofd van de dokter, of: Hoe communiceer ik met mijn patiënten. Ik stel mij voor, dat euthanasie niet volgens een bepaald recept kan verlopen en dat de beslissing om al dan niet tot euthanasie over te gaan situatie- en persoonsgebonden is. Zo'n situatie is uniek en kan niet voorzien worden, en kan ook niet nadien als voorbeeld voor een volgende situatie dienen. De aanbeveling van Van der Does de Willebois om in het briefhoofd te vermelden of men voor of tegen euthanasie is, zal ik niet volgen. Het ligt minder eenvoudig dan bij een vermelding in het briefhoofd dat men bijvoorbeeld gynaecoloog is, waardoor een patiënt met kiespijn weet, dat hij aan het verkeerde adres is. Bij een zaak als euthanasie gaat het om een attitude tegenover leven en dood en tegenover een patiënt die op dit gebied problemen ervaart en daarover in een persoonlijke relatie zijn arts in vertrouwen neemt. Zo iets vangt men niet in een mededeling boven een brief. Doet men dat wel, dan getuigt dit van een attitude tegenover de patiënt, die ik stellig niet tot de mijne zou willen rekenen.

3. De euthanasievriendelijke collega, of: Hoe zie ik mijn rol als hulpverlener. Ik respecteer de opvatting van Van der Does de Willebois, als hij zegt tegen euthanasie te zijn. Hij wenst *dus* geen medewerking te verlenen die alsnog kan resulteren in het wel toepassen van euthanasie. Hij weigert dan ook te verwijzen

naar een „euthanasie-vriendelijke collega” in het ziekenhuis „dat van een pro-euthanasiesfeer doortrokken is”. Het *dus* is voor mij niet zo vanzelfsprekend als voor Van der Does de Willebois. Dat hangt waarschijnlijk samen met een verschil van mening over de rol van de arts als hulpverlener. Misschien heb ik daarbij het voordeel, dat ik reeds voor de uitoefening van mijn beroep tot een bepaalde meningsvorming over euthanasie kan komen, omdat die (en andere hete hangijzers) nu meer bespreekbaar zijn dan voorheen. Op grond van die meningsvorming voel ik mij – anders dan Van der Does de Willebois – niet „bij uitstek geroepen om een maximaal hoge opinie van het menselijk leven uit te dragen”. Ik heb in mijn vorige beroep (verpleegkundige) en ook nu tijdens mijn medische opleiding veel situaties meegeemaakt, waarin een dergelijke opstelling mij als schrijvend en misplaatst zou voorkomen. Waartoe ik me wél bij uitstek geroepen voel, is om vanuit een bepaalde deskundigheid daadwerkelijk in te gaan op hulpvragen van patiënten. In de eerste plaats op die vragen, die verband houden met lichamelijk dysfunctioneren, omdat mijn opleiding mij daartoe in eerste instantie in staat stelt. Maar ook zal ik waar mogelijk behulpzaam zijn bij het zoeken naar oplossingen voor problemen, die met het lichamelijk dysfunctioneren kunnen samenhangen, door een beroep te doen op specifieke deskundigheden van anderen. Daarbij ga ik er vanuit, dat mijn hulpverlening zo min mogelijk beïnvloed moet worden door mijn eigen opvattingen over allerlei levens- en doodsvraagstukken. En nog minder door die van de patiënt, als die toevallig niet de mijne zijn. Dat is natuurlijk niet mogelijk. Want in de vorige zinnen ligt reeds een overtuiging besloten, namelijk dat ik de patiënt niet het slachtoffer wil laten worden van de min of meer toevallige afhankelijkheidspositie, waarin hij ten opzichte van mij is komen te staan.

Ik zie niet in, waaraan ik het recht zou kunnen ontnemen om de behandeling van mijn patiënt afhankelijk te stellen van mijn levensovertuiging. Ik kan me voorstellen, dat anderen dat wel menen te kunnen doen en ik respecteer die zienswijze als ze die dan ook in een open gesprek met de patiënt willen medelen. Als men echter de deur naar een collega met een zienswijze, die meer overeenstemt met die van de patiënt, voor de patiënt gesloten houdt, wordt de levensovertuiging van de patiënt ondergeschikt, zo niet minderwaardig verklaard aan die van de dokter. Ik zie niet in op grond waarvan ik een dergelijke opstelling kan verantwoorden.

Ik calculeer dus van tevoren in, dat patiënten bij mij kunnen komen met hulpvragen betreffende euthanasie, abortus, homoseksualiteit en vele andere vraagstukken, die nauw verweven zijn met levensbeschouwing van arts en patiënt en die het contact tussen beiden onherroepelijk zullen beïnvloeden. Euthanasie zal in mijn praktijk wel bespreekbaar zijn. Of ik inderdaad het dodelijke spuitje niet wil, durf of kan geven, kan ik – zoals reeds gezegd – niet bepalen

voordat die situatie zich voor heeft gedaan. Hoe dan ook, de deur naar de collega blijft bij mij niet gesloten. Ik vind dat geen hypocrisie, zoals Van der Does de Willebois, maar een voor mij logische consequentie van mijn beroepskeuze, die ik maakte, nadat ik mij bewust was geworden van het feit, dat ik als arts met dergelijke vraagstukken geconfronteerd kan worden. Wenste ik die confrontatie niet, dan zou ik mij de vraag kunnen stellen of ik wel de juiste beroepskeuze had gemaakt.

4. Doden op verzoek, of: Hoe zie ik euthanasie. Hoewel Van der Does de Willebois anders veronderstelt, denk ik, dat niemand bezwaar zal aantekenen, als hij euthanasie „doden op verzoek” noemt. Hij heeft daarin mijns inziens gelijk; echter alleen voor zover het het verrichten van een handeling die de dood tot gevolg heeft, betreft. Euthanasie is meer dan alleen het verrichten van die handeling, denk ik. In het woord „verzoek” ligt wel iets meer besloten dan in een verzoek om een aspirientje van een patiënt met hoofdpijn: er ligt volgens mij een stuk menselijkheid en menselijke communicatie in opgesloten, waarover ik mij vreugdevol verbaas, dat die na 2400 jaar nog niet verloren zijn gegaan. Door mijn omschrijving van euthanasie als het op verzoek verrichten van een handeling, die de dood tot gevolg heeft, mag blijken, dat, naar mijn opvattingen, het onderscheid tussen zogenaamde passieve en actieve euthanasie, alsmede tussen „het geven van een spuitje” en „het staken van een medisch zinloze behandeling” kunstmatig is. Dit onderscheid lijkt mij ingegeven door het verschil in „emotioneel impact”, maar is voor mij niet wezenlijk. Ik verbaas mij er dan ook over, dat Van der Does de Willebois „het staken van medisch zinloze behandeling” niet tot de euthanasie wil rekenen. Hij baseert zich daarbij op Hippocrates, die voor 2400 jaren en langer heeft bepaald wat geneeskunst is en wat niet. „Handen af van die gevallen waar de geneeskunst machteloos staat” is dan geen euthanasie, maar geneeskunst.

Voordat ik verder ga over de Hippocratische geneeskunst, lijkt het me nuttig om zich eens te realiseren waarover men spreekt, als men het heeft over „medisch zinloze behandelingen”. Bovendien impliceert deze terminologie de mogelijkheid van het bestaan van medisch zinvolle behandelingen, niet-medisch zinloze en niet-medisch zinvolle behandelingen. Ook dat is iets om als arts eens over na te denken. In al deze gevallen wordt de zinvolheid of de zinloosheid van een (be-)handeling, medisch of niet, in eerste instantie bepaald door de patiënt zelf, daarin begeleid door de kennis en kundigheid van de arts: de patiënt voor ogen, de diagnose in het achterhoofd. Niet het omgekeerde, zoals Van der Does de Willebois bepleit.

Keren we dan nu terug naar Hippocrates. Naar mijn overtuiging kan men zich bij het bepalen van wat onder geneeskunst in de 20e eeuw dient te worden verstaan, niet blindelings laten leiden door 2400 jaar oude uitspraken. Als ik de door Van der Does de

Willebois aangehaalde uitspraak van Hippocrates in mijn praktijk zou toepassen, zou ik binnen een week mijn bevoegdheid kwijt zijn. En terecht. Want ook na 2400 jaar is de machteloosheid van de geneeskunst nog groot: aan vele ziekten valt voor de dokter ook nu nog geen eer te behalen. Aan dat „behalen van eer” dacht ik, toen ik de passage van Van der Does de Willebois las over de arts die Hippocratisch geneeskunst bedreef door behandeling te weigeren, maar die weer razendsnel aan het ziekbed verschijnt als de kansen keren. Voor mij is het van geen enkel belang of het medisch handelen van de 20e eeuw overeenstemt met een 2400 jaar oude opvatting over geneeskunst. Wel of dat handelen het resultaat is van 2400 jaar denken over geneeskunst. Door dat denken was het mogelijk om „the utmost respect for human life” als een van de grondslagen voor de huidige geneeskunst te formuleren. Door dat denken is het ook mogelijk gebleken hieraan een andere interpretatie te geven, dan uitsluitend dewelke Van der Does de Willebois er aan geeft.

Het moge duidelijk zijn, dat ik geneeskunst en euthanasie niet onvereenigbaar vind en dat ik de mogelijkheid niet a priori uitsluit, dat ik in een bepaalde situatie mijn hoogste respect voor het menselijk leven tot uitdrukking kan brengen door het beëindigen van dat zelfde leven. Het moge ook duidelijk zijn, dat ik verandering van opvattingen over geneeskunst en over leven en dood niet zie als „natuurlijk in neergaande zin” of als een „tragisch schouwspel”. Tragisch vind ik wel, dat het na 2400 jaar nog niet mogelijk is gebleken om met respect voor andermans opvattingen zijn eigen standpunt naar voren te brengen.

Literatuur: DOES DE WILLEBOIS, J.A. VAN DER (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1106. – LEENEN, H.J.J. en J.J. RASKER (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 553.

Maastricht, juni 1982

R.J.F. BURGMEIJER,
student geneeskunde

BOEKAANKONDIGINGEN

Chest physiotherapy in the intensive care unit. Onder redactie van C.F. MACKENZIE. 260 bl., fig., tabellen. Williams & Wilkins, Baltimore 1981. Prijs: ingen. \$ 27,-.

In dit boek worden op heldere en overzichtelijke wijze de fysiotherapeutische maatregelen besproken die toegepast werden bij patiënten, opgenomen op een grote traumatologische afdeling van een ziekenhuis in Maryland. De onderzoeksperiode liep van 1972 tot 1980; per jaar werden ruim 1200 patiënten opgenomen met allerlei soorten letsel. Indien nodig werd mechanische beademing toegepast, zoveel mogelijk volgens een vast behandelingsschema. De beademing vond uitsluitend plaats met behulp van de Engström-300-respirator. De fysiotherapie bij thoraxafwijkingen omvatte houdingsdrainage, percussie en vibratie, hoestbevorderende methoden, (op beperkte schaal) intratracheaal zuigen en ademhalingsoefeningen. Geen gebruik werd gemaakt van intermitterende positieve drukbeademing (IPPB), inhalatie van bronchusverwijdende of mucolytische medicatie, „incentive spirometry” of tracheale lavage. Slechts zelden was bronchoscopie noodzakelijk. De resultaten van de fysiotherapeutische behandeling werden o.a. beoordeeld met behulp van auscultatie, röntgenfoto, bloedgasmetingen en metingen van de compliance.

Het boekje begint met een fraai literatuuroverzicht waarin kritisch de talrijke publikaties over de resultaten van thorax-fysiotherapie worden besproken. Daarna wordt uitvoerig ingegaan op ieder van de gebruikte methoden, een en ander uitvoerig geïllustreerd met ziektegeschiedenissen, diagrammen en röntgenfoto's. Houdingsdrainage neemt een zeer belangrijke plaats in en op fraaie wijze wordt gedemonstreerd hoe deze kan worden toegepast bij zwaarwonde en beademde patiënten. Het nut van vibratie en percussie van de thorax lijkt gering indien niet tevens houdingsdrainage wordt toegepast. Intratracheaal zuigen moet zoveel mogelijk worden vermeden. Het is een „avoidable and hazardous procedure”. Uitvoerig wordt ingegaan

op eventuele nadelen van de thorax-fysiotherapie, de voorzorgen die men in acht moet nemen en op eventuele contra-indicaties.

Het boek geeft een goed overzicht van de pro's en contra's van de thoraxfysiotherapie en is zeer de moeite van het bestuderen waard. Dit geldt zeker niet alleen voor fysiotherapeuten, maar ook voor chirurgen, longartsen, anesthesisten en alle anderen die geregeld met patiënten met ernstige longverwikkelingen te maken hebben. De literatuurlijst is bijgewerkt tot 1981, en het boekje wordt besloten met een gedetailleerde inhoudsopgave.

H.J. SLUITER

Segmental idiopathic necrosis of the femoral head. Onder redactie van U.H. WEIL. (Progress in orthopaedic surgery, volume 5). 121 bl., 68 fig., 30 tabellen. Springer-Verlag, Berlijn 1981. Prijs: geb. DM. 66,-.

Deze bundel bestaat uit een herdruk van 6 in het Engels vertaalde artikelen uit *Der Orthopäde*, aangevuld met 2 hoofdstukken geschreven door Hungerford en Gérard. Het is kennelijk samengesteld voor Amerikaanse lezers, van wie bekend is dat het merendeel niet veel anders leest dan hooguit 2 of 3 van de bekende Engelstalige tijdschriften. De inhoud is op vele punten nog controversieel, maar geeft wél een goed overzicht van de problematiek van de behandeling van de idiopathische femurkopnecrose.

De Nederlandse orthopeden, geïnteresseerd in dit onderwerp, wordt aangeraden de originele Duitse artikelen te lezen. Zij zijn ongetwijfeld ook vertrouwd met de behandelingsmethoden van Gérard en het onderzoek van Hungerford.

TH.J.G. VAN RENS