

onderzoek speelden waarschijnlijk ook andere ervaringen hierbij een rol. Zo werden 40 personen gescreend, voor wie andere huisartsen in Zoetermeer een röntgencolononderzoek noodzakelijk achtten op grond van bepaalde klachten. Bij 10 van hen was de Hemocult-test positief. Vier van de 40 hadden een carcinoom en één een adenoom, allen met een positieve Hemocult-test. Bij 24 personen werden geen afwijkingen gevonden, van wie drie een positieve test hadden.

Bij het opsporen van tumoren in het colon door onderzoek van faeces op occult bloed heeft men te maken met fout-negatieve en fout-positieve uitslagen. Hoe groot die aantallen zijn is moeilijk te schatten. Door enkele jaren na dit bevolkingsonderzoek de frequentie van coloncarcinoom na te gaan bij degenen, bij wie in 1979 en 1980 geen occult bloed in de faeces kon worden aangetoond, zou het aantal fout-negatieve uitslagen beter zijn te benaderen. Het aantal personen met een positieve uitslag, bij wie geen mogelijke verklaring voor het bloedverlies werd gevonden, was groot, resp. 36 en 64% in 1979 en 1980. Daarin ligt een probleem, omdat al deze personen röntgenonderzoek en endoscopie ondergingen voor het opsporen van benigne en maligne colontumoren of andere afwijkingen. Het zou van veel belang zijn voor een dergelijk onderzoek, wanneer dit hoge percentage teruggedrongen zou kunnen worden. Daarvoor is allereerst meer methodisch onderzoek nodig naar de meest betrouwbare methode voor het aantonen van sporen bloed in de faeces. Zulk onderzoek vindt merkwaardigerwijs nauwelijks plaats.

De auteur komt ten slotte tot de conclusie, dat een dergelijk periodiek bevolkingsonderzoek op landelijke schaal niet aan te bevelen is gezien het beperkte

rendement en de te verwachten daling van de respons. Jaarlijkse herhaling van een dergelijk onderzoek is zeker niet zinvol, zoals door de auteur ook wordt vastgesteld. Een tweede screening na 3 jaar en daarna om de 5 jaar zou, mede op grond van de gemiddelde tumorgroeisnelheid, dan eerder aan te bevelen zijn. Dit brengt de schrijver tot de uitspraak, dat het maar het beste kan worden overgelaten aan het eigen initiatief van de leden van de gemeenschap of zij een dergelijke screening wensen. Het andere uiterste dus. Maar een dergelijk standpunt vraagt wel om zinvolle voorlichting van het desbetreffende deel van de bevolking. Hoe dat moet blijft onbeantwoord.

Ondanks de deels teleurstellende ervaringen is dit onderzoek een belangrijk stuk werk dat de auteur veel inspanning gekost moet hebben. Het is te hopen dat hij met de andere huisartsen in Zoetermeer de energie en de belangstelling behoudt om in komende jaren het onderzoek af te ronden op onderdelen, waarvan enkele in het bovenstaande zijn genoemd, die van grote betekenis zijn om een eindoordeel te vormen over de waarde van een dergelijk bevolkingsonderzoek.

#### LITERATUUR

- HEIJMANS, G.J. (1981) *De preventie van specifiek chirurgische complicaties bij de behandeling van het colon- en rectumcarcinoom*. Proefschrift Leiden.
- RUITER, P. DE (1978) *Ned. T. Geneesk.* 112, 365; (1980) *Mass screening*. Boerhaave cursus Colon- en rectumcarcinoom, Leiden.
- WOLF, A.N. DE (1982) *Een bevolkingsonderzoek naar colon- en rectumcarcinoom met behulp van de Hemocult test*. Proefschrift Rotterdam.

Augustus 1982

## DISCUSSIE EUTHANASIE

Het artikel van LEENEN en RASKER (1982) heeft, zoals te verwachten was, weer direct geleid tot een zoveelste afwijzende reactie van het Nederlandse Artsenverbond (o.a. VAN DER DOES DE WILLEBOIS 1982), zonder dat daarbij enig nieuw tegenargument naar voren werd gebracht. Het heeft weinig zin om daarop in te gaan. MEIJLER en ROOS (1982) interpreteren de kortelings door de rechtbank in Rotterdam zorgvuldig geformuleerde voorwaarden voor het maatschappelijk aanvaardbaar zijn van euthanasie op een uiterst behoudende en veel te persoonlijke wijze. Een vereiste is dat de patiënt zijn lichamelijk en (of) geestelijk lijden als ondraaglijk én uitzichtloos dient te beschouwen. Er is in Rotterdam uitdrukkelijk geformuleerd „als ondraaglijk ervaren door de patiënt”. Meijler en Roos maken er ten onrechte van „en diens behandelende arts”! Ook is het paternalistisch om te proberen het „ondraaglijk lijden” voor de

patiënt te gaan formuleren. Meijler en Roos zouden het „vrijwel altijd tot aanvaardbare proporties terug weten te praten”, en sommige directeurs van Verpleeghuizen en Bejaardentehuizen zullen hen bijvalen en stellen dat met veel liefde elk lijden-draaglijk kan worden. Zo worden de mogelijkheden van de patiënt weer braaf beperkt, wordt het totalitaire gezag van de arts hersteld, en de ellende van de patiënt blijft uitzichtloos.

De stervensfase komt bij de Rotterdamse voorwaarden niet voor. Ook in het „Advies inzake euthanasie” van de Gezondheidsraad (maart 1982) wordt het afgewezen. Waarom moet het er nu dan weer worden bijgehaald? Het uitgangspunt van Meijler en Roos, „het eindstadium” van een dodelijke organische ziekte, komt in de Rotterdamse voorwaarden evenmin voor, en het „Advies inzake euthanasie” persisteert bij de combinatie van „ongeneeslijkheid

en ondraaglijkheid". Wanneer het verder leven van een aftakelende oude mens alleen maar uitzicht biedt op meer ellende, heeft een medicus dan het recht om te eisen dat hij niet mag sterven, omdat er geen dodelijke organische ziekte aanwezig is? Is dat eerbied voor het leven, en is dat liefde voor onze naaste?

De medische wetenschap heeft niet alleen de levensduur van de mens in belangrijke mate kunnen verlengen, maar heeft tevens de kwaliteit van het leven sterk kunnen verbeteren. Dankbaarheid daarvoor behoeft niet in te houden, dat een doorschieten voor het „zo lang mogelijk in leven houden” kritiekloos moet worden aanvaard. Het leven van de mens kan met het toenemen van het medische kunnen steeds langer worden gerekt. Voor een groeiend aantal ouden van dagen en ongeneeslijk zieken zal daardoor de situatie kunnen gaan optreden dat zij nog wel „leven”, maar dat het met hun welzijn bedrevend gesteld is.

Veranderingen in macht, zeggenschap en gewoonten leiden altijd tot problemen; te vrezen is dat deze

aspecten hier alle drie in het geding zijn. Vele medici moeten er blijkbaar nog aan wennen dat het zelfbeschikkingsrecht van de mens hem de onvervreemdbare bevoegdheid geeft om zelf over zijn eigen leven te beslissen. Er zijn mensen die het lijden gelaten willen en kunnen aanvaarden, maar een toenemend aantal zal een uitzichtloze en ondraaglijke toestand niet langer wensen te aanvaarden. Zij kunnen en mogen eisen: „nu is het genoeg geweest”.

Wordt de obductie er door Meijler en Roos bijgesleept om collegae artsen kopschuw te maken? De rechter vraagt deze betutteling niet. Ook eerlijk goed bedoeld paternalisme blijft betweterij.

*Literatuur:* DOES DE WILLEBOIS, J.A. VAN DER (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1106. – Gezondheidsraad (1982) *Advies inzake euthanasie*. Verslagen, Adviezen, Rapporten nr. 20/82. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage. – LEENEN, H.J.J. en J.J. RASKER (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 553. – MEIJLER, F.L. en J. ROOS (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1286.

Zwolle, september 1982

G.M.M. HOUBEN

## VRAAG EN ANTWOORD

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

### *Waar liggen de grenzen van de therapeutische lithiumconcentratie in serum?*

Vraag 48. Verschillende laboratoria geven verschillende waarden op voor de bij lithiumbehandeling te bereiken bloedspiegels. Ik hoorde 0,8-1,2; 0,6-1,0; 0,8-1; 1-1,5 mmol/l. Kunt u hierover een uitspraak doen?

Antwoord. Er heerst inderdaad een grote mate van onzekerheid over de omvang van het therapeutische bereik van de lithiumconcentratie in het serum. Indien men als standaardmaat de concentratie van „12h-stSLi” neemt, d.w.z. de serumspiegel in een bloedmonster afgenomen 12 uur na de laatste dosis, kan een effectieve depressieprofylaxe worden verkregen bij concentraties tussen 0,3 en 1,3 mmol/l, met dien verstande dat dit bereik, gezien de grote interindividuele verschillen in de reactie van de patiënt, voor de praktijk onderverdeeld dient te worden in vijf „onderbereiken”, nl. resp. 0,3-0,5; 0,5-0,7; 0,7-0,9; 0,9-1,1 en 1,1-1,3 mmol/l, waarbij men er naar moet streven om de 12h-stSLi binnen het voor de individuele patiënt geschikte minimale bereik te houden. Lichte intoxicatieverschijnselen kunnen ontstaan bij een spiegel tussen 1,5 en 2,5 mmol/l; tussen 2,5 en 3,5 mmol/l bestaat een belangrijk risico voor een ernstige intoxicatie, spiegels bovem 3,5 mmol/l zijn levenbedreigend. Een uitzondering vormt de behandeling van

acute manie, waarbij een minimale spiegel van 0,8 mmol/l nodig lijkt te zijn.

*Literatuur:* AMDISEN, A. (1979) Lithium. In: F.A. DE WOLFF, H. MATTIE en D.D. BREIMER, *Therapeutic relevance of drug assays*, bl. 63. Martinus Nijhoff, Den Haag: (1981) Lithium: Clinical aspects. Stocktaking after 30 years of monitoring the Li<sup>+</sup> concentration. In: A. RICHENS en V. MARKS, *Therapeutic drug monitoring*, bl. 201. Churchill Livingstone, Edinburgh. – SADÉE, W. en G.C.M. BEELEN (1980) *Drug level monitoring. Analytical techniques, metabolites, and pharmacokinetics*, bl. 302. Wiley, New York.

## INGEZONDEN

### *Röntgenbestraling van voetwratten bij kinderen*

Naar aanleiding van vraag 42 (1982) graag het volgende. Uw adviseur theoretiseert over een geschikte bestralingstechniek maar komt niet tot een praktische conclusie. Voor een concreter antwoord beveel ik de volgende bestralingstechniek aan: kilovoltage 50; aan röntgenbuis met berylliumvenster met filterwaarde van 0,03 al. geen extra filter toevoegen. Focus-huidafstand 20 mm. De dosis die gegeven wordt aan het oppervlak van de wrat mag de totale dosis die gebruikelijk is bij de behandeling van huidcarcinomen benaderen of overschrijden. Dat mag omdat het gaat om zeer kleine bestralingsveldjes (meestal veldjes met een