

- ¹⁰ Wagenaar WA. De beste stuurliu dempen de put. Baarn: Ambo, 1977.
¹¹ Medical Research Council. Aids to the examination of the peripheral nervous system. Memorandum nr. 45. Londen: Her Majesty's Stationery Office, 1976: 1.
¹² Bastron JA, Bickford RG, Brown JR, et al. Clinical examination in neurology. Philadelphia: Saunders, 1956: 188.
¹³ Ferrer MI, Bradley SE, Bull MB, et al. Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels. 8e druk. New York: Heart Association. Boston: Little, Brown & Comp., 1979: 290.
¹⁴ TNM-classification of malignant tumours. 3e druk. Genève: UICC, 1978.

- ¹⁵ Rampen FHJ. Malignant melanoma, prognostic factors. Amsterdam, 1982. Proefschrift.
¹⁶ Crevel H van. Kliniek en wetenschap. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1981. Inaugurele rede.
¹⁷ Crevel H van. De arts als onzekerheidskundige. Collegeserie: Filosofie in verband met de geneeskunde. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1982/83.

Januari 1983

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Medische hulp bij zelfdoding

Ik spreek graag mijn bewondering uit voor de heldere bijdrage van Van Tol¹ en wil daar slechts een enkele kanttekening bij plaatsen. Allereerst ben ook ik van mening dat hulp bij zelfdoding – zo men deze al acceptabel acht – zeker moet worden voorbehouden aan artsen. Het bezorgen van een milde dood – met name aan lichamelijk gezonde mensen – is nl. helemaal geen eenvoudige handeling. De arts moet daarbij steeds onmiddellijk kunnen ingrijpen, o.a. omdat de geïntoxiceerde de middelen kan uitbraken of doordat deze ondanks de volgens de richtlijnen van Admiraal toegediende hoeveelheden van het euthanaticum niet sterft, etc. Het alleen maar meegeven van het middel zonder verdere directe begeleidingsmogelijkheid is m.i. een ernstige fout. Wil men meewerken aan het bezorgen van een milde dood, dan dient men door stand-by te zijn het stervensproces volledig te kunnen begeleiden en ook – zoals Van Tol zegt – direct na het overlijden de verantwoordelijkheid verder expliciet te dragen.

Een ander probleem waarop ik wil wijzen is het volgende. Zoals bekend is de suïcidefrequentie in de psychiatrische ziekenhuizen naar schatting ongeveer 30 maal zo hoog als daarbuiten. Bij diverse (ook eigen) onderzoeken is gebleken dat bij vele van de zich gesuïcideerd hebbende patiënten de dodelijk verlopende poging de laatste was in een reeks van meer, ja soms zelfs 10-tallen pogingen. Deze waren nogal eens steeds gewelddadiger en gruwelijker geworden. Het gaat hierbij o.a. om vaak al jarenlang psychotische patiënten die ernstig lijden onder hun geestelijke ontredde en die ondanks vele therapeutische benaderingen niet herstellen. Hoewel ik heel graag de strenge eisen die Van Tol geeft om de toepassing van deze hulp tot het uiterste te beperken onderschrijf, bestaat hier een zeer groot probleem. Het is nl. juist deze groep mensen die – vaak jarenlang – heftig lijdt, waarbij zowel de patiënt zelf alsook de omgeving de dood als een uitweg ziet, maar die door het psychotisch zijn als niet tot bevoegd oordelen in staat worden geacht. En het is anderzijds juist deze groep mensen die onze maximale bescherming tegen eventueel onaanvaardbaar ingrijpen door derden behoeven. Men denke aan de afschuwelijke Nazi-misdrijven jegens geestelijk ontredde onder het motto euthanasie! Toch zou ik de vraag willen voorleggen of Van Tol ervan uitgaat dat het psychotisch zijn steeds het oordelen over het lijden en de prognose daarvan bij de ontredde zelf doet ontbreken. Ik meen van niet, maar beseft het grote gevaar dat aan zulke uitspraken kleeft.

LITERATUUR

- ¹ Tol D van. Medische hulp bij zelfdoding. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 735-40.

Bennebroek, april 1983

F. VAN REE

De problemen rond medische hulp bij zelfdoding beginnen steeds meer in de belangstelling te geraken. Het is dan ook zeer nuttig, dat collega Van Tol dit onderwerp in het Tijdschrift aan de orde stelt.¹ Ik zou bij zijn artikel echter enkele opmerkingen willen plaatsen.

Zelfdoding en de psychische problematiek die eraan ten grondslag ligt zijn een schrijnend probleem en het is letterlijk levensgevaarlijk om dit met een pseudo-oplossing toe te dekken. De maatschappij als geheel draagt in dezen een grote verantwoordelijkheid en het zou zeer prijzenswaardig zijn, wanneer bijv. artsen of andere hulpverleners erin zouden slagen de oorzaken van deze toenemende ellende te verhelderen. We moeten echter niet te gauw denken, dat „wij medici” weer een moeilijk probleem op „nette” (niet gruwelijke, medisch verantwoorde) wijze opgelost hebben. Ik durf zelfs te stellen, dat in geval van medische hulp bij zelfdoding het thanaticum in de eerste plaats de hulpverlener helpt. Immers – en collega Van Tol weet dat veel beter dan ik – wie absoluut en weloverwogen uit dit leven wil stappen is vrijwel niet tegen te houden; zeker niet door de overweging, dat een bepaalde methode te gruwelijk (wat dat dan ook wezen mag) zou zijn.

Vanuit mijn respect voor het soms bovenmenselijk zware beroep van de psychiater lijkt het mij verstandig om de vraag naar nadere regelingen omtrent medische hulp bij zelfdoding in de eerste plaats te beschouwen als een „cry for help” van de zijde der psychiaters. Ik vraag mij daarbij af, of hun vraag niet meer te maken heeft met een onmetelijk gevoel van fundamentele machteloosheid dan met juridische of levensbeschouwelijke taboes.

LITERATUUR

- ¹ Tol D van. Medische hulp bij zelfdoding. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 735-40.

Wijlre, mei 1983

W. PESCH

In zijn helder en onweerlegbaar caput selectum gaat collega Van Tol uit van de premisse dat er mensen zijn die werkelijk dood willen en dat het mensen gegeven is zich niet gebonden te achten door principes van religieuze aard.¹ De aanvaarding van deze dubbele premisse is de kracht van Van Tols artikel, maar tekent terzelfder tijd glashelder de

bepaalde reikwijdte ervan. Immers, wat is „werkelijk”? En wat te concluderen als „principes van religieuze aard” echte principes blijken te zijn, dat wil zeggen: hun geldigheid behouden, los van de vraag of iemand zich eraan gebonden acht of niet? Ik volg Van Tol niet in zijn aanvaarding van de premissen.

De laatste tijd verheffen zich steeds meer stemmen die dit uitgangspunt openlijk in twijfel durven te trekken. Van Tol bewandelt een door velen betreden pad; wie weet is er nog een andere weg.

LITERATUUR

¹ Tol D van. Medische hulp bij zelfdoding. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 735-40.

Wassenaar, mei 1983

C.TH. VAN DE BUNT

Ik dank de collegae Van de Bunt, Pesch en Van Ree voor hun reacties. Het is goed dat Van Ree de aandacht vestigt op een categorie mensen wier problemen hij door de aard van zijn werk van nabij ervaart. Ook is besef dat bij de door mij getrokken grenzen de moeilijkheden niet ophouden. Bovendien is de overgang psychotisch/niet-psychotisch in de praktijk geen messcherpe lijn en vraagt een geval dat zich in de buurt van deze afbakening bevindt in het bijzonder om een individuele beoordeling.

Het trekken van strikte grenzen dient hier evenwel verschillende doelen. Ten eerste wordt tegemoetgekomen aan de eisen van didactiek die, bij het verzoek tot het schrijven van een caput selectum, door de redactie worden gesteld. Ten tweede sluiten zij een gebied uit dat (en Van Ree is zich daarvan bewust), bezaaid als het is met voetangels en klemmen, zich vooralsnog nauwelijks laat betreden. Uit pragmatische overwegingen zal ik dan ook voorlopig heel tevreden zijn wanneer ten aanzien van de medische gedragslijn overeenstemming wordt bereikt in eerste instantie mét inachtneming van de beschreven strikte criteria.

Amsterdam, mei 1983

D. VAN TOL

Een familiedrama

In hun klinische les wijzen Van den Bosch en Huygen er op dat het niet alleen belangrijk is om een goede registratie bij te houden, maar dat dit alleen zin heeft als men deze aantekeningen geregeld raadpleegt.¹ Terecht noemen de auteurs de probleemgeoriënteerde registratie, ontwikkeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap die in haar problemenlijst een dergelijke vorm van signalering biedt. Er

zijn echter in Nederland slechts weinig huisartsen die al van deze registratie gebruik maken. In dit verband is het misschien goed om nog eens te wijzen op kleursignalering van bedreigde patiëntengroepen zoals deze reeds in 1966 in navolging van het Royal College of General Practitioners werd gepubliceerd² en ook later werd beschreven.^{3 4}

Ik krijg de indruk dat deze signalering de laatste jaren ten onrechte wat in het vergeetboek is geraakt. Bij de huisartsenopleiding zou hier zeker aandacht aan besteed moeten worden. Een zwarte kleurtape op de groene werkkaart is een niet mis te verstane signalering om aan suïcide te denken. Geplastificeerde kaarten met deze kleursignalering zijn bij de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Rijks Universiteit te Leiden aan te vragen en de kleurtapes zijn bij de kantoorboekhandel te koop.

LITERATUUR

¹ Bosch WJHM van den, Huygen FJA. Een familiedrama. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 897-900.

² Commissies Wetenschappelijk Onderzoek en Praktijkvoering. Een kleur-codering; een methode tot signalering van bedreigde patiëntengroepen op de werkkaart. Huisarts en Wetenschap 1966; 9: 313-4.

³ Cate RS ten. Patiëntenadministratie-huisarts. In: Vademecum praktijkvoering medische beroepen Alphen aan den Rijn: Samsom, 1977: M 2710-8.

⁴ Cate RS ten. Patiëntenadministratie-huisarts. In: Vademecum praktijkvoering artsen en verloskundigen. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1977: M2710-8.

Wassenaar, juni 1983

R.S. TEN CATE

Volvulus van het colon

Ter aanvulling van de beschouwing over de zeer verschillende geografische incidentie van volvulus van het colon,¹ kan ik nog mededelen dat ik gedurende de periode van een halfjaar (oktober 1979 – april 1980) in een plattelands-ziekenhuis in Tanzania (Turiani; populatie geschat op 200.000) vijfmaal een per laparotomie bevestigde volvulus van het sigmoïd heb gezien. Deze hoge incidentie (slechts een fractie van de ernstig zieken bereikt het ziekenhuis) moet, behalve in het bij de Bantoes aanwezige lange mesenterium, gezocht worden in de vezelrijke voeding, die vaak eenmaal per dag in zeer grote hoeveelheid verorberd wordt (bulk-vorming).

LITERATUUR

¹ Julius AJ, Meijer S, Hoitsma HFW, Luth WJ. Volvulus van het colon. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 860-4.

Zeddum, mei 1983

B.H.M. Bos

BERICHTEN

Buitenland

VERENIGDE STATEN

Ribavirine, een breed-spectrummiddel tegen virale respiratoire infecties. – Voor de behandeling van virale respiratoire infecties is alleen amantadine beschikbaar, welk middel echter alleen werkzaam is bij influenza-A-infecties. Het in 1970 gesynthetiseerde nucleoside ribavirine bleek in vitro werkzaam te zijn tegen een groot aantal RNA- en DNA-

virussen. Het heeft geen viricide werking, maar bemoeilijkt de replicatie van het virus in de cel. Bij kunstmatig met influenza A en B geïnfecteerde muizen had een aërosol een gunstig effect. De toediening per os bij patiënten met influenza B had weinig invloed op het ziektebeloop en op de duur van de virusuitscheiding. Inhalatie van een fijn verdeelde ribavirine-aërosol verkortte echter wel de ziekte-duur en de virusuitscheiding; na kunstmatige besmetting met het RSV-virus (Hall CB, et al. JAMA 1983; 249: