

het rectum met zich meebrengt. De oraal gemeten temperatuur is voor zover tot dusver bekend ongeveer $0,3^{\circ}\text{C}$ lager dan de rectale. TANDBERG en SKLAR waren getroffen door enkele patiënten met een normale oraal gemeten temperatuur die toch koortsig aanvoelden, rectaal gemeten koorts hadden en een versnelde ademhaling toonden.² Zij hebben daarop bij 310 patiënten (13 tot 93 jaar, gemiddeld 39 jaar oud), die op een eerstehulpafdeling gepresenteerd werden, de lichaamstemperatuur met een elektronische thermometer oraal en rectaal gemeten en hun ademfrequentie bepaald.

Bij degenen met een ademfrequentie van 20/min. of lager (118 pat.) was het verschil tussen de rectaal en oraal gemeten temperatuur $0,53 \pm 0,036^{\circ}\text{C}$ en bij degenen met een tachypnoe ($> 20/\text{min}$) $0,93 \pm 0,05^{\circ}\text{C}$. Zij berekenden dat een toeneming van de ademfrequentie met 10/min. een verschil van $0,5^{\circ}\text{C}$ met zich meebracht. De spreiding van de uitkomsten nam toe met de ademfrequentie. Zo kon het verschil bij mensen met een ademfrequentie van ca. 40/min. wel 3 tot 4°C bedragen!

Zij adviseren hierom bij patiënten met een tachypnoe de lichaamstemperatuur rectaal te meten.

LITERATUUR

¹ Atkins E. Fever. New Perspectives on an old phenomenon. N Engl J Med 1983; 308: 958-60.

² Tandberg D, Sklar D. Effect of tachypnea on the estimation of body temperature by an oral thermometer. N Engl J Med 1983; 308: 945-6.

J. GEERLING

Sterfgevallen door roken in bed

Jaarlijks sterven ongeveer 5.000 mensen in de V.S. ten gevolge van brand in hun woning. Ondanks de vooruitgang in de resultaten van technische en medische hulp bij slachtoffers van verbranding is de incidentie van sterfte door brand in woningen gelijk gebleven, d.w.z. 2 per 100.000 personen per jaar. Dit komt doordat de slachtoffers meestal

voordat er hulp kan worden geboden al gestikt zijn door rook, koolmonoxyde etc. De aandacht moet zich dus vooral richten op brandpreventie. In een onderzoek naar de oorzaken van binnenhuisbranden bestudeerden Mierley en Baker de rapporten van alle sterfgevallen in de loop van drie jaar in de stad Baltimore.¹ De incidentie per 100.000 bedroeg 2,2 maar was hoger voor mannen (2,6) dan voor vrouwen (1,8) en voor negers tweemaal zo hoog als voor blanken. De grootste groep betrof kinderen, vooral zuigelingen en kleuters en personen ouder dan zestig jaar. De meeste slachtoffers vielen in de arme buurten, hetgeen o.a. samenhangt met een grotere dichtheid van de bevolking en moeilijker vluchtwegen.

De oorzaak van de brand was in meer dan de helft der gevallen toe te schrijven aan het onachtzaam gebruik van sigaretten, waardoor matrassen, stoelen e.d. waren gaan smeulen. Ook niet-rokers werden het slachtoffer van deze oorzaak van binnenhuisbranden. Een complicerende factor was het gebruik van alcohol. Het bloedalcoholgehalte werd postmortaal bepaald bij 33 slachtoffers ouder dan 15 jaar. Het was bij dertien hunner hoger dan 0,10%. Dit kwam significant vaker voor bij slachtoffers van door sigaretten veroorzaakte binnenhuisbranden (11 van 22 resp. 2 van de 11 overige slachtoffers). Bij acht van de tien slachtoffers van binnenhuisbranden in minder arme buurten was de brand door het roken van sigaretten ontstaan.

Schrijvers bepleiten wettelijke voorschriften die bevorderen dat sigaretten – zoals sigaren – vanzelf uitdoven wanneer zij niet opgerookt worden en voorts voorschriften voor het installeren van rook-alarmapparaten, speciaal in armere wijken. De eenvoudigste maatregel lijkt: niet roken in bed en zeker niet na het gebruik van alcohol (Ref.).

LITERATUUR

¹ Mierley MC, Baker SP. Fatal house fires in an urban population. JAMA 1983; 249: 1466-8.

F. KUIPERS

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)

Euthanasie en de verantwoordelijkheid van de „redactie”

Tot mijn grote spijt gevoel ik mij genoodzaakt te berichten als redacteur van het tijdschrift geen medeverantwoordelijkheid te kunnen en te willen dragen voor de vorm en inhoud van de artikelen van Meyboom-de Jong, Ponsioen en Admiraal.¹⁻³

Ik ben geen tegenstander van euthanasie, ik zou dit ook niet kunnen zijn, omdat de begeleiding van een stervend mens inherent is aan onze beroepsuitoefening, voor zover die althans te maken heeft met de medische zorg voor patiënten.⁴ Bij euthanasie gaat het echter niet (alleen) om een technisch-wetenschappelijke medeverantwoordelijkheid, maar om één van morele, ethische en misschien zelfs van levensbeschouwelijke aard. Wat nu dan ook aan de orde is, is de manier waarop de actieve euthanasie in ons tijdschrift wordt beschreven en dan bedoel ik dus niet de technische aspecten.

In het Bijzondere Hoofdartikel dat het tijdschriftnummer van 28 mei jl. begeleidt, distantieert de hoofdredactie zich naar mijn oordeel onvoldoende van de wellicht bestaande,

althans door een aantal collegae geuite behoefte, voorlichting over de technische uitvoering van actieve euthanasie te ontvangen.⁵ Zij heeft daarbij bovendien de medeverantwoordelijkheid van de zittende redacteuren onbesproken gelaten. Door dit beleid van de hoofdredactie heeft de actieve euthanasie een glans van medische en formele rechtschapenheid gekregen op een tijdstip dat binnen de geneeskunde en daarbuiten de discussie hierover nog volop gaande is en de volksvertegenwoordiging zich hierover nog moet uitspreken. Het advies inzake euthanasie van de Gezondheidsraad levert hiervoor een duidelijk bewijs en wacht overigens nog steeds op een reactie of een commentaar in het tijdschrift.⁶

Het is dus in mijn ogen geen goed redactioneel beleid geweest de poort wijd open te zetten voor het etaleren van wat, eufemistisch, euthanatisch handelen wordt genoemd. De ware verantwoordelijkheid van de „redactie” is gelegen in het bewaren, het bewaken en vooral het uitdragen van een, het leven boven alles respecterende, geneeskunde en niet in het zich tot spreekbuis maken van maatschappelijke tendensen, die met geneeskunde weinig of niets van doen hebben.

- ¹ Meyboom-de Jong B. Actieve euthanasie. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 946-50.
- ² Ponsioen BP. Hoe leert de huisarts leven met euthanasie? Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 961-4.
- ³ Admiraal PV. De verantwoorde uitvoering van euthanasie; kanttekening bij de discussie daarover. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 964-6.
- ⁴ Meijler FL, Roos J. Euthanasie en (of) hulp bij zelfdoding. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1286-8.
- ⁵ Bijzonder Hoofdartikel. Over verantwoordelijkheid. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 945-6.
- ⁶ Gezondheidsraad. Advies inzake euthanasie. (Verslagen, adviezen, rapporten 20/82). 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1982.

Utrecht, juni 1983

F.L. MEIJLER

De discussie over euthanasie in ons tijdschrift is tot stand gekomen op initiatief van verscheidene redactieleden die bij de voorbereiding en, later, bij de bewerking van publikatie werden bijgestaan door deskundigen op medisch, ethisch en juridisch terrein. Daarbij werd in het tijdschrift nadrukkelijk verzocht om reacties en illustratieve casuïstiek uit de dagelijkse geneeskundige praktijk. De hoofdredactie rekent het tot haar verantwoording daaraan plaats te geven en heeft de redenen daartoe uiteengezet in een Bijzonder Hoofdartikel.

Collega Meijler heeft uiteraard het recht zijn bezwaar tegen deze publikaties uit te spreken, binnen de redactie en ook publiekelijk. De hoofdredactie heeft, gezien haar verantwoordelijkheid, ook niet willen impliceren dat alle zittende redacteurs met de publikatie van de drie artikelen instemden, maar de positieve opstelling van de meerderheid heeft haar mede doen besluiten tot plaatsing over te gaan.

Dit is gebeurd in de overtuiging dat een open discussie de zaak beter dient dan verzwijgen of ontkennen.

Juli 1983

HOOFDREDACTIE

Euthanasie

Lezend wat de laatste tijd in dit tijdschrift over euthanasie is geschreven, voel ik de behoefte mijn mening over dit vraagstuk op papier te zetten. Als huisarts ben ik betrokkene. Als een mens zijn lijden of het vooruitzicht op lijden binnen het kader van zijn ziekte zo ondraaglijk vindt, dat hij zijn leven wil beëindigen, uit eigen vrije wil dus, kan en mag deze mens niet verhinderd worden een dergelijke daad te stellen. De wetgever zegt nog, dat niemand hem hulp mag bieden of hem hiertoe de middelen mag verschaffen. Bij een patiënt met een ernstig lichamelijk lijden zal deze dikwijls niet meer de mogelijkheid hebben zichzelf zonder de hulp van anderen het leven te benemen. Ik zou mij kunnen voorstellen, dat de behandelende arts, de huisarts – of een andere functionaris –, die zich er op een door de wetgever te bepalen wijze van vergewist heeft, dat de patiënt uit vrije wil besloten heeft zijn leven opzettelijk te beëindigen, daarmee dus de volledige verantwoording voor de daad zelf dragende, hem de middelen voor euthanasie ter beschikking stelt. Een schriftelijke verklaring van de patiënt zal later meer zekerheid over de echtheid van zijn wens geven dan mondelinge getuigenissen van familie of huisarts. Ook zal de patiënt de moed moeten hebben de handeling die tot zijn dood leidt zelf te verrichten, bijv. het innemen van tabletten, een mogelijkheid genoemd in het artikel van Admiraal, maar ook als intraveneuze toediening van het euthanaticum onontkoombaar is, zou toediening, bijv. via een infusie met

een kraan door de patiënt zelf verkozen moeten worden boven toediening door een arts.

Het zal duidelijk zijn, dat ik er op tegen ben dat de medicus mede verantwoordelijk zou moeten dragen voor actieve euthanasie. Ik ben ontzet over de teneur in recente artikelen, dat de beslissing om euthanasie te plegen er een zou zijn van arts en patiënt samen. „Ik moest hem bekennen dat hij geen leven had”. „De nacht voordat het zal gebeuren, doet de huisarts geen oog dicht”. „Ik heb hem (de echtgenoot van een patiënt) duidelijk kunnen maken, dat de eventuele beslissing door zijn vrouw en mij samen zou worden genomen en dat hij daarvoor geen enkele verantwoording hoefde te dragen”. Ik kan mij die onwil – en niet alleen angst – om mede verantwoording te dragen erg goed voorstellen. De geneeskundige mag deze verantwoording niet mede dragen – hierop kom ik later terug –, maar kan ze ook niet mede dragen. Waarom zou de geneeskundige geschikter zijn dan de pastor, de wijkverpleegkundige, de familie, of misschien het home-team? Om zijn technische kennis? Nee, want blijkens de studies van collega Admiraal is het een kleinigheid om op doeltreffende wijze euthanasie te plegen. Wat maakt de arts dan minder ongeschikt dan al de genoemde personen? Is hij misschien objectiever, méér betrokken, psychologisch deskundiger, ervarener, een beter mens? Mogelijkerwijs in een individueel geval wél, maar dan toch alleen op persoonlijke merites en niet op professionele. De wetgever kan nooit voldoende objectieve grootheden definiëren om het mede verantwoording dragen van de arts een wettelijke basis te geven waar in de praktijk mee te werken valt. Ook toetsing binnen een home-team of beroepsgroep zal geen objectiviteit kunnen bieden, voor zover er in deze problematiek al van objectiviteit sprake kan zijn.

Eén van de artikelen besluit als volgt: „Hij – de arts – zal opgeleid moeten worden om met zijn patiënten over de juiste wijze van sterven te kunnen spreken in omstandigheden van maximale toenadering met behoud van distantie”. Van dit soort uitspraken lopen mij de koude rillingen over de rug. Alsof iemand opgeleid kan worden voor stervensbegeleiding, alsof iemand weet wat de juiste wijze van sterven is voor anderen. Dat weet de arts niet beter dan de leek. Alsof de wereld van Huxley niet ver meer is. Duidelijk merkbaar is de trend méér op de schouders van de geneeskunde te laden dan zij ooit aan zal kunnen. Wat meer bescheidenheid zou ons passen. In concreto: mocht er bij een beslissing van een patiënt om actieve euthanasie te plegen, dus om zelfdoding te ondernemen, behoefte zijn aan een medisch-technisch advies, dan zou dit beter gegeven kunnen worden door een onafhankelijke arts, of bijv. door een speciaal opgeleide verpleegkundige, of zelfs door een andere door de wetgever aangewezen functionaris.

Overigens lijkt ons onderwerp gelukkig toch een randverschijnsel in de geneeskunde, zelfs binnen het pogen van menig arts zijn patiënt ook in het sterven bij te staan. De directe vraag om euthanasie heb ik van een patiënt nog nooit gekregen. Ook mij bekende oudere collegae komen niet tot het gemiddelde van één geval per jaar dat in één van de artikelen gesuggereerd wordt. Vaker zal de vraag om euthanasie, verborgen of openlijk gesteld, een kreet om hulp en steun van de patiënt in zijn eenzaamheid zijn. Een vraag om een einde aan zijn lijden te helpen maken die, als bijstand in bemoediging, in nabij-zijn, of hoe ieder zijn bijdrage ook persoonlijk inhoud geeft, niet komt, kan verkeren in een vraag om het „verlossende spuitje”. Ik zie de rol van de arts bij de begeleiding van een stervende als een heel persoonlijke en een heel actieve. Moge het bovenstaande dus niet de indruk geven, dat ik ook in de ster-