

English Translation of Comment on Woerlee by A-Level nurse TG

Foreword

The publication of the interview with nurse TG by Titus Rivas in “Terugkeer” led to a critical rejoinder by Gerald Woerlee, also published in Merkawah’s journal “Terugkeer”. One of the persons who responded to Woerlee’s critique was TG himself. In order to make his valuable response available to non-Dutch readers, Woerlee offered to write a translation of it, which was checked and authorized by us, Rudolf H. Smit and Titus Rivas, on behalf of Merkawah. We hope this translation will enrich the debate about the case of the Man with the Dentures described by TG during the interview that Rivas had with him.
Rudolf H.Smit & Titus M. Rivas on behalf of Merkawah Foundation/IANDS The Netherlands

Introduction by translator

This is an English translation of the commentary published by A-Level nurse TG on an article published by G.M. Woerlee in the Winter 2008 edition of the Merkawah Foundation quarterly journal called “Terugkeer”.

Its value is that it contains extra information supplementing the extensive transcript published in the Autumn 2008 edition of “Terugkeer”.

This commentary was published on page 8 of this edition of the journal *Terugkeer*: TG, (2008) Commentaar op Woerlee door A-verpleegkundige TG, *Terugkeer*, volume 19, no. 4, page 8.

This English translation is made by G.M. Woerlee and R. H. Smit. As with the earlier translation this is also in table form, with each paragraph numbered and the Dutch juxtaposed with the English so that serious students can check the accuracy of the translation, as well as have a method of referring to each paragraph.

The accuracy of the translation has been checked by R. H. Smit, T. M. Rivas, and myself.

G.M. Woerlee

<p>1. Commentaar op Woerlee door A-verpleegkundige TG</p>	<p>1. Comment on Woerlee by A-Level nurse TG</p>
<p>2. Ik heb het artikel van dokter Woerlee grondig gelezen. Duidelijk is dat Woerlee genuanceerd ingaat op het gebeuren en dat hij veel literatuur heeft geraadpleegd om zijn versie van het gebeuren te kunnen verklaren.</p>	<p>2. I have carefully read the article by Dr Woerlee. It is evident that Woerlee has a nuanced approach to the event and has consulted a great deal of literature to explain his version of the event.</p>
<p>3. Echter, het belangrijkste feit, namelijk het verwijderen van het gebit bij binnenkomst in het ziekenhuis vóór continuering van de door de ambulanceverpleegkundige gestarte reanimatie, <i>vond zeker niét plaats op een moment dat er van enig bewustzijn sprake geweest kon zijn.</i></p>	<p>3. The most important fact, namely the removal of the dentures after arrival in the hospital, before the continuation of the resuscitation that had been started by the ambulance personnel, <i>most certainly did not take place at a time that there could have been any form of consciousness.</i></p>
<p>4. De heer B. werd bij binnenkomst in het ziekenhuis door ons overgenomen van het ambulancepersoneel, in bed gelegd, op z'n zij gedraaid om de hartmassagepomp in positie te brengen, weer terug op de rug. Daarna werden door mijzelf, aan het hoofdeinde van het bed staande, de voorbereidingen getroffen om het beademingsmasker te installeren waarbij dus het desbetreffende kunstgebit in de mond werd aangetroffen en meteen verwijderd. Pas toen het masker op zijn plaats was aangebracht was, pas toen dus werd de hartmassagepomp aangezet en de reanimatie dus feitelijk gecontinueerd.</p>	<p>4. At arrival [at CCU], Mr. B was transferred from the ambulance and taken over by us, placed upon the resuscitation bed, turned on his side so as to position the heart massage pump [Thumper], and turned on his back again. Next, while standing at the head of the bed, I prepared to install the ventilation mask at which point I saw the dentures <i>and immediately removed them</i> from the mouth of the patient. Only after the mask had been put in place, only then the Thumper was switched on, so only at that moment the resuscitation process was resumed.</p>
<p>5. Bij binnenkomst op de afdeling: Lichtstijve wijde pupillen, tekenen van ernstig zuurstoftekort in het brein, geen hartritme dat een pompfunctie in stand kon houden, namelijk ventrikelfibrilleren. Het transport vanaf binnenkomst in het ziekenhuis tot het arriveren op de cardiac care nam zeker meer dan 5 minuten in beslag waarin al lopend met de brancard door de ambulanceverpleegkundige en de chauffeur géén hartmassage plaats vond, slechts enkel getracht werd enige ventilatie in stand te houden. In het oude Canisius Wilhelmina ziekenhuis was de afstand tussen de EH, waar patiënten binnen kwamen, en de cardiac care erg groot en moest zelfs een lift genomen worden naar de derde verdieping waar de cardiac care zich bevond. Er ging dus zeer veel kostbare tijd verloren om de Cardiac Care Unit te bereiken en het continueren van de reanimatie te bewerkstelligen. Tussen het overtilen van de brancard naar het bed en het installeren onder de massagepomp, het installeren van het beademingsmasker en het daadwerkelijk starten van de reanimatie verstreek wel enige tijd, zeker meer dan één minuut. In die tijd vond er geen reanimatie plaats en was er dus geen circulatie. Het gebit werd, <i>en dit zeg ik met nadruk</i>, verwijderd vóórdat de hartmassagepomp zijn aanvang had genomen. <i>Onmogelijk dus dat de heer B. toen al enige vorm van bewustzijn had om een en ander waar te kunnen nemen.</i> Trouwens,</p>	<p>5. At arrival in the [CCU] department [the patient had] wide lightstiff pupils, signs of serious oxygen deprivation in the brain, no heart rhythm capable of maintaining the pump function, but instead ventricular fibrillation. The transport of the patient from the moment of his arrival at the hospital up to the moment of [his] arrival at the [CCU] took more than five minutes. During that period the ambulance nurse could only run beside the gurney; hence resuscitation was hardly possible. It was only tried to maintain some ventilation. In the old Canisius Hospital the distance between First Aid, where patients arrived, and the CCU was considerable. One even had to take an elevator to the third floor as it was there where the CCU was located. So, much precious time was lost to reach the CCU and next resume the resuscitation procedure. Between the lifting of the patient from the gurney onto the bed, the installation of the heart massage pump, and the factual resumption of the resuscitation, much time was lost, certainly more than a minute. In that period no resuscitation took place and there was definitely no blood circulation. The dentures—and I say this with strong emphasis—were removed from the mouth <i>before the heart massage machine was switched on. So it was impossible that Mr. B would have been conscious and could physically have done the observations of his surroundings as Woerlee</i></p>

<p>bij het constateren van wijde lichtstijve pupillen is bij mijn weten nog nooit iemand bij bewustzijn geweest.</p>	<p><i>alleges he [Mr. B.] had done.</i> Besides, as far as I know nobody has ever been conscious when his pupils did not react to light.</p>
<p>6. Dat de heer B. tijdens de reanimatie waarnemingen heeft kunnen doen omdat ik zijn ogen opende lijkt me zeer ver gezocht. Bij het controleren van de pupilreflex en pupilgrootte bleek telkens dat de wijde niet op licht reagerende pupillen nog aanwezig waren.</p>	<p>6. In addition, to me it seems farfetched that during the resuscitation Mr. B would have done observations of his surroundings in the very brief moments that I opened his eyes to check his light-stiff pupils.</p>
<p>7. De beschrijving door de heer B. vanuit een hoek linksboven in de reanimatiekamer kan onmogelijk gedaan zijn doordat tijdens het openen van de oogleden, door mijzelf ter controle, de heer B. waarnemingen van de ruimte zou hebben kunnen doen. De details die hij beschreef kunnen alleen beschreven zijn als hij daadwerkelijk een uitstreding gehad heeft en zichzelf en ons van het reanimatieteam bezig zag vanuit een geheel andere positie dan het bed waarin hij lag. Verder, toen de heer B. uiteindelijk hartritme kreeg en naar de IC werd vervoerd, was hij niet "ogenschijnlijk bewusteloos" maar daadwerkelijk bewusteloos. Het weer terug hebben van hartritme na een zeer langdurige reanimatie wil natuurlijk niet zeggen dat een patiënt dan ook weer bij bewustzijn is. Afhankelijk van de periode van zuurstoftekort in het brein kan er tijdelijk of blijvend hersenletsel zijn ontstaan hetgeen pas na langere tijd blijkt.</p>	<p>7. The description by Mr. B. from a left upper corner of the resuscitation room can not possibly be a result of vision during my opening of his eyelids to check his pupils, because Mr. B. would have only seen the space above his head. The details he described could only be described if he truly had left his body and had seen himself and the resuscitation team from an entirely different position than from the bed where he lay. Furthermore, when Mr. B. finally got a heart rhythm and was transported to the ICU, he was not "seemingly unconscious" but actually unconscious. The return of a heart rhythm after a very prolonged cardiac resuscitation does not automatically mean that a patient regains consciousness. Depending on the period of oxygen deficiency in the brain, temporary or permanent brain damage may result which only later becomes evident.</p>
<p>8. Ik begrijp dat de heer Woelee, als arts zijnde, het hele gebeuren wil kunnen verklaren aan de hand van gedaan onderzoek, beschreven en bewezen situaties en onderzoeken uit het verleden bij dergelijke vergelijkbare gebeurtenissen. Maar mogelijk gaat hij voorbij aan het feit dat ook anno 2008 nog steeds door de medische wereld niet alles verklaard en wetenschappelijk bewezen kan worden, maar dat zulks natuurlijk niet weg neemt dat het gebeuren dan wel plaats kan hebben gevonden. Wetenschappers zijn er natuurlijk vooral op gericht om bewijzen te vinden voor situaties die zich voordoen. Ik denk dat de kennis van het brein en alles wat zich daarin afspeelt, zeker tijdens een situatie van reanimeren en zuurstoftekort, nog onvoldoende is om te kunnen verklaren waarom uitzonderlijke belevingen van patiënten plaats vinden. Mijn destijds vertelde verhaal IS wat het IS, niets meer en niets minder. Verklaringen voor hetgeen de heer B. meemaakte en mij later vertelde heb ik ook niet.</p>	<p>8. I understand that Mr Woerlee, as a physician, wants to explain the whole event on the basis of known research, proven and described situations and research in the past with similar cases. But he possibly ignores the fact that even in 2008 the medical community is still unable to explain and scientifically prove everything, but that does not alter the fact that the event or fact could have taken place. Of course, scientists are primarily focussed on finding evidence for situations that occur. I think that the knowledge of the brain and everything occurring in it, especially during situations of oxygen deficiency and resuscitation, is still insufficient to explain why exceptional experiences occur with patients. My report is what it is, nothing more or less. I have no explanation for what Mr. B. later told me about what he went through.</p>
<p>9. Voor medici is het blijkbaar onverteerbaar en dus ook niet waar als er dingen gebeuren die zij zelf niet kunnen verklaren op wetenschappelijke gronden. Misschien ook maar gelukkig, dan blijft er altijd nog iets over om je verder in te verdiepen en onderzoek naar te doen. Soms moet je er bij</p>	<p>9. It is apparently unacceptable for doctors, and therefore considered untrue, when things happen they cannot explain scientifically. Perhaps this is fortunate, because this means there is always something left to do, to explore, and to research. You have to sometimes accept that not everything</p>

<p>kunnen neerleggen dat niet alles wat er gebeurt in deze wereld te verklaren of wetenschappelijk te bewijzen is.</p>	<p>in this world can be explained or proven with science.</p>
<p>10. Het belangrijkste wat ik uit dit hele gebeuren voor de rest van m'n leven heb meegenomen is dat ik er in mijn werk altijd op bedacht ben dat in geval van bewusteloosheid, comateus zijn, gesedeerd zijn (in slaap m.b.v. medicatie), narcose, ik rekening probeer te houden met het feit dat een patiënt, ondanks dat wij als hulpverleners denken van niet, toch dingen om hem heen zou kunnen ervaren, voelen, horen. En dat er dus grote voorzichtigheid geboden is bij hetgeen wij bij een dergelijke patiënt uiten en doen. Er niet vanuitgaande dat een patiënt die bewusteloos/ comateus/klinisch dood/onder narcose/ of gesedeerd is, geen waarnemingen in welke vorm dan ook kan doen. En nogmaals... niet alles in ons leven is verklaarbaar en wetenschappelijk te onderbouwen en te bewijzen en daar zullen we ons ook soms bij neer moeten kunnen leggen. Zeker voor wetenschappers een moeilijk te accepteren feit.</p>	<p>10. The most important thing I learned from this event for the rest of my life is that in cases of unconsciousness, coma, sedation (sleep with the aid of medication), anesthesia, is that I always try to take into account that patients may experience, feel, and hear things around him, in spite of what we as professionals may think. And that therefore great caution should be exercised with anything we say or do in with such a patient. Never assume that a patient who is unconscious / comatose / clinically dead / anesthetized or sedated, can make no observations in whatever form. Furthermore ... not everything in our lives can be explained or is capable of scientific proof, which is something we sometimes simply have to accept. This fact is something scientists find very difficult to accept.</p>
<p>11. Van groot belang voor mij is dat het niet een welles/nietes spelletje gaat worden waarbij verschillende partijen elkaar trachten te overtuigen van hun gelijk. Merkawah evenals dokter Woerlee hebben ieder op hun eigen manier getracht het verhaal te onderzoeken en alleen al het feit dat er door velen onderzoek is gedaan n.a.v. dit verhaal, is voor mijzelf voldoende en geeft aan dat ik in ieder geval serieus ben genomen bij het naar buiten brengen van deze voor mij destijds heel ingrijpende gebeurtenis. – TG</p>	<p>11. The most important thing for me is that this does not become a yes / no game with different parties trying to convince each other they are correct. Merkawah and Doctor Woerlee have each in their own way attempted to investigate the story, and the very fact that many people have done research as a result of this story, is sufficient in my eyes to indicate that I have been taken seriously when bringing this story of a profound event in my life to the attention of the outside world. - TG</p>