

komende oorzaken werd schriftelijk om hulp in dezen gevraagd. Omstreeks 10% schreef een vriendelijk antwoord om voor de eer te bedanken. Ongeveer twee procent wil wel eens een co-assistent aannemen, het merendeel wil eerst de co-assistent zien en spreken alvorens hem evt. aan te nemen. Slechts met één hebben wij een vaste afspraak.

Het voorstel van de inzender om de opleiding in de oorkunde in de huispraktijk te doen plaatsvinden past niet erg bij de slechte indruk die hij heeft over de opleidingsresultaten in dit vak. Misschien zou een onderzoek van de heer ROELINK in deze materie klaarheid kunnen brengen over de bereidwilligheid van huisartsen hun opvolgers in de geheimen van oorziekten, doofheid, hoortoestellen, preventie in te wijden.

Het is overigens jammer dat de secretaris van de KNMG zo weinig begrip heeft voor de grote problemen waarvoor de opleiders staan: toeneming van het aantal studenten waartegenover geen toeneming van het aantal medewerkers staat, ja zelfs de laatste tijd soms absolute teruggang, vermindering van de financiële mogelijkheden en inkrimping van hun beddental tegenover een buitenmatige toeneming van het beddental van niet-academische ziekenhuizen. Waarom heeft de KNMG nooit eens een discussienota over al deze zaken uitgegeven?

De uitspraak van oud-minister DIEPENHORST die collega ROELINK met instemming aanhaalt, vraagt evenzeer om vermelding van het hieraan ten grondslag liggende onderzoek. Dat in de klinische vakken er te weinig „de erkenning was dat iemand met gemeenschapsgeld zuinig diende om te gaan” heb ik in de 25 jaar dat ik in het WG gewerkt heb nooit gemerkt. Van enige verspilling heb ik nooit kennis genomen, wel van zuinige bedeling gegeven al de taken van klinische academische afdelingen. Ik beschouw de uitgesproken woorden voor wat betreft de klinische afdelingen dan ook zolang als *niet* van toepassing.

Een tenslotte de roep van de schrijver om blijvende bereidheid tot veranderen. Alle verandering is geen verbetering en bovendien te veel veranderen zonder consolidatie werkt neurotiserend en verlamdend (Pavlov). De hoop dat de wal het schip zal keren, is alleen geldig als er straks nog een wal is.

Ik heb inderdaad kennis genomen van het 1e-jaarscurriculum in Maastricht. Zou het niet van wijsheid getuigen, eerst eens te kijken of het goed werkt? Is het zo gewenst de pogingen tot samenwerking tussen academische en niet-academische ziekenhuizen, die hier en daar van de grond schijnt te (zijn ge)komen, nu al weer op de helling te halen?

Ik geloof niet dat ik collega ROELINK het snoeien van mijn bomen zou toevertrouwen. Het lijkt me niet prettig zijn gebroken botten te moeten repareren als hij al dan niet nog net op tijd naar beneden springt en dan wellicht nog de tak op zijn hoofd krijgt.

Amsterdam, april 1975

L. B. W. JONGKEES

Euthanasie als medisch probleem

„De mens eist het recht te sterven voor zich op, maar bovenal verlangt hij menswaardig en zelfbewust te kunnen sterven; hij eist een goede dood, te rechter tijd”, zo schrijft Prof. Dr. G. DEN OTTER (1975), die wil bijdragen tot een zinvolle discussie over indicaties en contra-indicaties van euthanasie.

Het vervelende van dit soort uitspraken is, dat ze een

waarde-oordeel inhouden over het leven van de patiënt, verborgen achter een waarde-oordeel over zijn dood en gekleed in de vorm van een recht dat de patiënt zou opeisen. Immers, wie spreekt van een menswaardige dood doet een uitspraak over de waarde van het leven dat de zieke nog te wachten heeft. Niet een uitspraak over de levenskansen en de te verwachten levensduur maar over kwaliteiten van het leven, die een strikt persoonlijke aangelegenheid zijn van de zieke zelf. En het is ook niet het recht van de patiënt om zijn leven te beëindigen dat aan de orde is, maar het recht van de arts om dit te doen en op grond van zo'n waarde-oordeel!

Het lijkt me goed, als bijdrage in een zinnige discussie, dat dit duidelijk zo gesteld wordt.

Ik constateer verder, dat dit recht dat de arts voor zich opeist, flagrant in strijd is met het hoogste beginsel van de traditionele medische ethiek. Een zinvolle discussie over indicaties en contra-indicaties van euthanasie moet beginnen met de vraag of artsen zich dit recht op beëindigen van het leven wel mogen toeëigenen, en, zo ja, op welke gronden. Hierbij moet ook de vraag aan de orde komen, wat de consequenties zouden zijn van een weigering om dit recht te erkennen. Dat heb ik in het stuk van Prof. DEN OTTER gemist.

Literatuur: OTTER, G. DEN (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 108.

Amsterdam, maart 1975

I. VAN DER SLUIS

In de gewraakte zin wordt beschreven wat de mens — en dat kan in de gegeven context niet anders betekenen dan de niet-medicus, zo men wil de (a.s.) patiënt — eist van de hedendaagse geneeskunde en haar beoefenaren.

Collega VAN DER SLUIS wil nu wel duidelijk gesteld zien dat hier „verborgen achter een waarde-oordeel” en „gekleed in de vorm van”, dus kennelijk op een misleidende wijze, „niet het recht van de patiënt... aan de orde is”, maar „het recht van de arts” wordt opgeëist om euthanasie te bedrijven naar willekeur. Daar zit ik wel even van te kijken, want over het recht van de arts wordt in de aangehaalde zin, noch elders in het artikel ook maar één woord gezegd of gesuggereerd. Het lijkt mij toe dat mijn opponent en ik slachtoffer van een soort taalbarrière zijn, die men binnen het Nederlands wellicht niet zo zou verwachten.

Blijkens zijn laatste opmerking heeft Dr. VAN DER SLUIS iets gemist in mijn stuk. Ik vrees dat hij ongeveer alles gemist heeft, behalve dat wat er niet in stond.

G. DEN OTTER

Alanine-amino-peptidase en pancreascarcinoom

Iets vertraagd door de onregelmatige verbinding Nederland-Tanzania haast ik mij een antwoord te formuleren op de bemerkingen van SZAKALY e.a. (1974) in dit tijdschrift, gericht tegen onze voorlopige conclusies over de waarde van gefractioneerde AAP in de screening voor pancreasaandoeningen. Deze „Brief aan de Redactie” (OOMEN e.a. 1971) was inderdaad bedoeld als een „aangever” om kritischer onderzoek naar de betekenis van deze laboratoriummethode te stimuleren. De systematische klinisch-chemische benadering van SZAKALY e.m. is een logische tegenwerping tegen de hypothese van pancreas-specificiteit, des-