

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Over de taak, plaats en functie van de niet-academische ziekenhuizen bij het onderwijs

In zijn commentaar neemt Prof. JONGKEES (1975) als vertegenwoordiger van de universitaire opleiding van studenten stelling tegen de opvattingen van de secretaris van de KNMG, Dr. H. ROELINK, die in zijn discussie-nota dit onderwijs vooral zou willen toevertrouwen aan de niet-universitaire ziekenhuizen. Als iemand, die door zijn amfibische functie met beide vormen van onderwijs vertrouwd is, meen ik te mogen zeggen dat beide standpunten eenzijdig zijn.

Onderwijs aan studenten in geaffiliëerde niet-academische ziekenhuizen (hoe lang bestaat het al in onofficiële vorm?) is niet meer uit de vorming tot arts weg te denken. Het is niet alleen gebleken een noodoplossing te zijn, het kan in menig opzicht dat van de universiteit aanvullen en soms mogelijkheden bieden, die het academische onderwijs niet heeft. Deze goede eigenschappen van de extra-universitaire opleidingen hebben nu helaas geleid tot een gevaarlijke ontwikkeling in het denken over de medische opleiding: het opperen van de mogelijkheid tot uitbesteding van de gehele „praktische” vorming aan niet-academische ziekenhuizen.

Iedereen die zich ernstig met de affiliatie-problematiek bezighoudt, weet echter dat een niet-academisch ziekenhuis, ook al zijn de opleidingsresultaten goed, dit onderwijs niet op het gewenste peil kan blijven geven wanneer er geen intensieve samenwerking bestaat met een academisch ziekenhuis. Deze samenwerking moet zich op een zo groot mogelijk gebied afspelen en bestaat niet alleen uit het ontvangen van instructies van de universiteit, maar vooral uit een wederzijdse uitwisseling van gedachten en van personen zoals dat slechts op enkele plaatsen mogelijk is. Wil men de niet-academische ziekenhuizen als uitsluitende plaats van onderwijs in de klinische vakken gaan beschouwen, dan zullen deze een volkomen andere structuur moeten krijgen. Degenen die mede verantwoordelijkheid dragen voor het onderwijs, en dat zijn allen vanaf assistent tot hoofd van een afdeling, moeten veel meer dan thans mogelijk is de gelegenheid hebben hun kennis ook buiten het eigen ziekenhuis op te doen. Er moet voldoende mankracht aanwezig zijn om iedereen ruim de gelegenheid te geven elders d.m.v. cursussen, congressen, maar ook periodes van wetenschappelijk werk, op peil te blijven. Het is duidelijk dat aan de structuur van de grote algemene ziekenhuizen op dit punt vrijwel alles ontbreekt. De voor de overheid zo aangename economische werkwijze van deze instituten wordt vaak bereikt door roofofbouw op het aanwezige intellect. Velen van wetenschappelijke standing die zich in dienst stelden van deze ziekenhuizen, hebben na korte tijd ervaren dat zij terecht zijn gekomen in een routinebedrijf dat hun grote verplichtingen oplegt, en uitsluitend de praktische zijde van hun intellect behoeft. Velen die hun opleiding tot specialist welgemeend zijn begonnen, bemerken al spoedig dat er naast het routinewerk slechts met moeite tijd kan worden gevonden voor allerlei dat voor de ontwikkeling van vakkennis en -bekwaamheid nodig is, terwijl zij bovendien vaak verplicht zijn „herendiensten” te verlenen zoals EHBO en het geven van cursussen voor verplegenden. Wanneer de KNMG meent dat de grote algemene ziekenhuizen zonder meer in het onderwijs kunnen worden ingeschakeld, en zelfs de academische ziekenhuizen kunnen vervangen, dan is dit niet alleen een

pijnlijke vergissing zoals Prof. JONGKEES zegt, maar een kortzichtigheid, die niet past bij een Maatschappij die toch mede ten doel heeft de kwaliteit van de artsen van Nederland te bevorderen.

Literatuur: JONGKEES, L. B. W. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 478.

's-Gravenhage, april 1975

G. BLOMHERT

Het recht om zich zelf te (laten) doden

Euthanasiologie is een multidisciplinaire wetenschap. Aan de ontwikkeling van die wetenschap moeten medici, juristen, (moraal)theologen en sociologen hun deel bijdragen. Het is de bijzondere verdienste van DEN OTTER (1975), een belangrijke medische bijdrage te hebben geleverd. Hij deraillieert wanneer hij zich op juridisch en legislatief (wetgevend) terrein waagt in zijn onderschrift bij het betoog van BAHLMANN (1975), die dezelfde fout maakte: hij bleef niet bij zijn medische leest, maar deraillieerde door zich op (moraal)theologisch terrein te wagen. Want BAHLMANN's „wijsgeren die de natuurlijke zedenwetten hebben behandeld” zijn kennelijk de (r.k.) canonisten en (r.k.) theologen. Immers, BAHLMANN's „natuurlijke zedenwetten” vormen het zg. „natuurrecht”, d.i. „Gods recht” van het (r.k.) „leergezag”. Wie daar studie van wil maken leze „Contraception” van de pauselijke juridische adviseur Prof. Dr. JOHN NOONEN Jr. Daarin wordt op indrukwekkende wijze de ontwikkeling geschilderd van Romes „doctrine” van de heiligheid van alle „leven” van de eerste eeuw na Christus tot heden en daarin wordt dat „natuurrecht” volkomen uitgehold. Abortus is nu eenmaal prenatale „euthanasie”, die tal van punten van overeenkomst vertoont met de „premortale euthanasie”. En wie als DEN OTTER beseft, dat het stervensproces al bij (ja zelfs vóór) de geboorte begint, zal toejuichen, dat deze zich als arts wil bezinnen op zinloze kunstmatige levens- en stervensverlenging.

Eerst de vraag waarom mensen elkaar niet verstaan. Zij spreken een verschillende taal, omdat zij een verschillende levensbeschouwing hebben. De een houdt als gelovige krampachtig vast aan de door zijn Kerk verdedigde schepingsbeelden van Genesis 1 en 2: God schiep de mens naar zijn beeld en gelijkenis. Als God het leven schiep, mag alleen God daarover beschikken (zie SUAREZ).

De tegenovergestelde levensbeschouwing is dat de mens zijn God(en) schiep naar zijn beeld en gelijkenis. Bij die visie mag de mens over zijn leven, zijn voortplanting en zijn vrucht beschikken. De kloof tussen beide levensbeschouwingen is niet te overbruggen.

Wanneer BAHLMANN schrijft dat hij in 50 jaar artsenpraktijk nooit een patiënt is tegengekomen die zich op zijn recht om te sterven beriep — het kost begrijpelijkerwijs DEN OTTER enige moeite om dat te geloven — zal elke „euthanasioloog” BAHLMANN heel nuchter vragen: „Heb je werkelijk nooit een geval van zelfmoord in je praktijk meegemaakt?” Niet één van de $50 \times 5000 = 250.000$ zelfmoordgevallen „beleefd”? De $50 \times 10.000 = 500.000$ zelfmoordpogingen in die 50 jaar dan nog niet meegeteld.

Natuurlijk heeft BAHLMANN gelijk, dat slechts weinig mensen de dood kunnen aanvaarden, maar hij beseffe dat

de weinigen die wel met leven en dood hebben afgerekend geen doodsangst meer kennen.

De inleidende opmerking van DEN OTTER dat het recht om te sterven niet vastgelegd is in enige wetgeving moge dezerzijds betwist worden: art. 2 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden betreft het „recht van een ieder op het leven” („droit de toute personne à la vie”, „everyone's right to live”). Verdedigd kan worden de stelling dat dat recht op het leven, het beschikkingsrecht over leven insluit. De nieuwe Nederlandse r.k. catechismus bestreed uiteraard (bl. 496) het zelfmoordrecht op grond van het Mozaïsche gebod: gij zult niet doden (moorden), maar met een uitdrukkelijk voorbehoud voor uitzonderingsgevallen, omdat er „altijd gevallen zijn waar het gebod door de persoonlijke gewetensbeslissing (om het leven in eigen handen te nemen) tot zijn grootste diepte waargemaakt moet worden”. De kardinalencommissie die na de bijeenkomst van Romeinse en Nederlandse gedelegeerde theologen in 1968 in Gassada aanwijzingen gaf voor een herziening van de Nederlandse catechismus, adviseerde tot schrapping van die uitzonderingsclausule.

DEN OTTER heeft volkomen gelijk wanneer hij zegt dat BAHLMANN's stelling dat het recht om te sterven een „fictie” zou zijn, onhoudbaar is. Wat is het kernprobleem? Heel simpel, „de mens van vandaag” is niet meer „de mens van gisteren”. Zoals de theologie van vandaag van een SCHILLÉ-BEECK (Nijmegen) een heel andere theologie is dan die van KORS (Rijnsburg). Tegenover BAHLMANN's citaat van SUAREZ zij gesteld „Tempora mutantur nos et mutamur in illis” (keizer LOTHARIUS) (of wel vertaald: „andere tijden, andere zeden”). Zelfs de natuurlijke zedenwetten van de mens van gisteren worden door de mens van vandaag niet meer aanvaard. En sommige mensen van gisteren willen die van heden dwingen „het leven” en „de dood” door hun stenopeïsche bril te bekijken. In een tijd van elektronenmicroscopie, radioactieve isotopen en moleculaire biochemie is de biologie zelfs niet meer te vergelijken met die van gisteren, ook de zeden niet, en zelfs niet de theologie.

Doel van deze euthanasiologische beschouwingen is in de eerste plaats krachtige steun te geven aan het initiatief van DEN OTTER, met accentuering van het primair niet medische maar levensbeschouwelijke karakter van de grondslagen van de euthanasie: het recht om te sterven is geen medisch probleem. Een dialoog over de medische aspecten is alleen maar mogelijk tussen artsen die dat recht om te sterven als uitgangspunt aanvaarden; anders is het tijdverspilling.

Medisch-juridisch zij toegevoegd dat het recht zich zelve te doden juridisch nooit betwist is. Wel is er bij de totstandkoming van het wetboek van strafrecht in de jaren tachtig — dus ongeveer een eeuw geleden — nog in alle ernst over gediscussieerd of men (mislukte) zelfmoordpogingen niet strafbaar moest stellen. Zelfs over het misdrijf karakter van hulp bij zelfmoord bestond verschil van mening. De toenmalige minister beriep zich (natuurlijk) op de eerbied voor het leven in het algemeen. De Raad van State had van zelfmoordhulp geen misdrijf, maar een overtreding willen maken. Maar heel vreemd zal het artsen van vandaag in de oren klinken, dat de Minister van Justitie tegenover de bedenking van de Commissie van rapporteurs — die hulp bij zelfmoordpoging strafbaar wilde stellen — aanvoerde, dat „aan een poging tot zelfmoord altijd iets belachelijks kleefde en de wet niet moest medewerken tot het ruchtbaar maken van zulk een poging door vervolging van de helper en zo wellicht de zelfmoordenaar tot een herhaling van zijn poging brengen” (Noyon-Langemeyer (1949), commentaar bij art. 294 wet-

boek van strafrecht).

Artsen van vandaag weten dat er op onbekende schaal door artsen euthanasie wordt bedreven, hetzij in de zin van artikel 293, hetzij in de zin van artikel 294 wetboek van strafrecht. Dat artsen als DEN OTTER zich op alle aspecten daarvan bezinnen willen, is alleen maar een teken van hun bij de tijd zijn.

Literatuur: BAHLMANN, R. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 447. — Noyon-Langemeyer (1949) *Het wetboek van strafrecht*, deel II, bl. 108. — OTTER, G. DEN (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 107, 447.

Naarden, maart 1975

W. SCHUURMANS STEKHOVEN

De toekomst van de nationale gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk

In hun verslag over de toekomst van de nationale gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk geven TIMMER en BUREMA (1975) de veranderingen aan die in de organisatie van de National Health Service (NHS) per 1 april 1974 zijn ingevoerd. Naar mijn mening wordt in het verslag door de vertaling van „area” een verkeerde indruk gewekt.

Met de reorganisatie van het „local government” in Engeland (per 1 april 1974) verdwenen de grenzen van de bestaande graafschappen (counties) en werden nieuwe ingesteld. Men onderscheidt nu area's (= gebied), waarvan er 90 voor Engeland zijn; deze zijn onderverdeeld in één of meer districten, ieder met 100.000 tot 500.000 inwoners. In zulk een eenheid (health district) is altijd een district general hospital gevestigd. Vertaalt men, zoals TIMMER en BUREMA dat doen, area met district, dan treedt verwarring op. Wil men het Engelse woord niet onvertaald laten, dan is gewest wellicht aan te bevelen.

Literatuur: Local government in England (1971) *Proposals for reorganisation*. H.M.S.O. Cmd 4584. Londen. — *The NHS reorganisation* (1974) Office of Health Economics. — *Health services in Britain* (1974) Central Office of Information, Londen. — TIMMER, M. en L. BUREMA (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 372.

Zwolle, maart 1975

T. LANDHEER

Bij het beschrijven van de organisatorische indeling van de National Health Service in drie geledingen t.w.: National level (Ministry of Health), Region (Regional Health Authorities), Area (Area Health Authorities) en District (District Management Team) is oorspronkelijk de Engelse terminologie aangehouden. Nederlandse termen, strokend met het beleid van de redactie, leidde tot de arbitraire vertaling van regio in regio, area in district, district in onderdistrict.

Het onvertaald laten van de termen lijkt ons de beste oplossing bij het schrijven over de NHS. Wij meenden de kans op misverstanden nog te hebben verkleind door achter het woord district (area) de Engelse term tussen haakjes te plaatsen. De redactie van collega LANDHEER zal deze kans nog verder verkleinen. Behalve de inhoud van de redactie is het reageren op zich een verheugend gebeuren daar het de auteurs troost met de wetenschap dat er tenminste één zorgvuldige lezer is geweest.

Amsterdam
Rotterdam, april 1975

M. TIMMER
L. BUREMA