

in een subspecialisme zijn schaars en scherp in tijd begrensd. Een selectie in 2 fasen lijkt een verbetering te zijn; o.a. in Groot-Brittannië is dit een gevestigd gebruik. Degenen, die niet „shortlisted” zijn, krijgen bericht; zij hoeven niet te wachten tot een definitieve keuze is gemaakt uit de overgebleven kandidaten. Ook rekening houdend met punten die in de casuïstiek naar voren zijn gekomen, kom ik tot het volgende voorstel:

De advertentie

- Plaats deze pas als tussen de genoemde groepen van personen overeenstemming is bereikt over de inhoud van de functie en selectieprocedure. De voorzitter van de benoemingscommissie is verantwoordelijk en de sollicitatie dient aan hem gericht te worden.
- Wees duidelijk over bijzondere ervaring, vooral of dit een wens is dan wel een vereiste.
- Vermeld een sluitingsdatum, 2, hooguit 3 weken na verschijnen van de advertentie.
- Een sollicitatieformulier kan voordelen bieden, indien aangekondigd in de advertentie en aangepast aan de aard van de functie.

Selectie van en berichtgeving aan de kandidaten

- Bevestig per stencil dat de sollicitatie ontvangen is. Documentatie over het ziekenhuis kan worden bijgevoegd.
- Bepaal de eerste zitting van de benoemingscommissie 1 tot 2 weken na sluitingsdatum. Geef tevoren aan de leden de gegevens van de kandidaten.
- Tijdens deze zitting zal een keuze gemaakt moeten worden. Ten minste 3, ten hoogste 6 kandidaten worden gekozen voor nadere kennismaking.
- Alle kandidaten ontvangen binnen enkele dagen na de vergadering bericht (dit kunnen stencils zijn),

hetzij dat hun sollicitatie is afgewezen, hetzij dat zij in de tweede selectieronde zijn geplaatst.

- Nadat de keuze van de benoemingscommissie is gevallen op een kandidaat en deze heeft toegezegd de functie te aanvaarden, ontvangen de als laatste overgebleven sollicitanten een persoonlijk bericht.
- De door de kandidaten verstrekte gegevens worden teruggestuurd of vernietigd. In het laatste geval moet hun dit reeds eerder zijn toegezegd.

De sollicitant

- Een voorstel omtrent de wijze van solliciteren kan wellicht beter door leden van een benoemingscommissie worden gedaan.
- In de huidige omstandigheden is het duidelijk dat men evt. meer sollicitaties heeft lopen. Als men een functie aanvaardt, dient men dan ook sollicitaties elders in te trekken.

Mogen deze voorstellen ertoe bijdragen dat de sollicitatieprocedure verbetert of een discussie erover op gang komt. Belangrijke winst lijkt dat de meeste kandidaten na enkele weken weten waar zij aan toe zijn, in plaats van na enkele maanden.

SUMMARY

Specialist wanted. – The number of applicants for vacant medical specialist posts has increased markedly in recent years. Prompted by four advertisements, improvements of the procedure of candidate selection are proposed. Candidates that will not be considered for a subsequent selection can be notified sooner than is frequently the case nowadays.

Juni 1982

DISCUSSIE EUTHANASIE

Hoewel de discussie misschien wel wat erg lang gerekend wordt, wil ik toch gaarne nog even ingaan op het ingezonden van R.J.F. BURGMEIJER (1982)

1. Na enkele inleidende opmerkingen gaat Burgmeijer in op de inhoud van mijn eerder artikel (1982). Enkele alinea's lang doet hij het dan voorkomen alsof hij een twijfelaar is, maar in zijn laatste alinea blijkt dat hij in principe allang gekozen heeft voor euthanasie, waar hij zegt dat hij geneeskunst en euthanasie niet onverenigbaar vindt. Hij is kennelijk echter nog niet begonnen, maar laat dat moment afhangen van de door hem nu nog niet te voorspellen wijze waarop hij – „vooral emotioneel” – zal reageren als hij door een patiënt benaderd mocht worden met het verzoek om diens leven te beëindigen (zie zijn vierde alinea). Hier blijkt dus opnieuw dat euthanasie geen geneeskunst is. Ware dit wel het geval dan zou het immers een

vorm van therapie moeten zijn. Welke medicus echter, zelfs welke medische student, zal het in zijn hoofd halen om de aard van zijn therapie afhankelijk te stellen van zijn emoties. Euthanasie is dus – tenminste op de manier waarop Burgmeijer er over schrijft – geen therapie en, meer in het algemeen, geen geneeskunst.

2. Burgmeijer vindt dat ik niet mag deelnemen aan de discussie omdat ik op zekerheden steun. Daar kan ik niet bij. Zelf doet hij overigens, zoals ik reeds aantoonde, alleen maar alsof hij niet zeker is van zijn zaak.

3. Burgmeijer vindt dat men respect moet hebben voor andermans opvattingen, ook als men die niet deelt, en inderdaad betuigt hij enkele malen zijn respect voor mijn mening. Dit doet echter geforceerd aan in dat artikel, waarin voor het overige mijn

opvattingen op alle fronten worden bestreden. Ik geloof dat wat hij voorstelt dan ook niet kan. Wanneer men elkaars opvattingen respecteert, dan is daarmee de discussie ten einde. Het is óf respecteren óf bestrijden. Allebei gaat niet. Wat wel gaat is iemands opvattingen bestrijden zonder het respect voor de persoon, die die opvattingen huldigt, te verliezen. Indien ik in dit laatste te kort schoot, dan wil ik nu zeggen dat dit niet mijn bedoeling was.

4. Burgmeijer wil de behandeling van zijn patiënt niet afhankelijk stellen van zijn levensovertuiging. Neen natuurlijk niet. De therapie behoort niet afhankelijk te zijn van de levensovertuiging van de dokter noch van diens emoties, maar van zijn diagnose en van wat de patiënt wil. Mijn stelling is echter dat euthanasie geen therapie is.

5. Burgmeijer is tegen vermelding van „ook voor euthanasie” of iets dergelijks in zijn briefhoofd, omdat hij dat vindt getuigen van een verkeerde attitude tegenover de patiënt. Dat begrijp ik niet. Hoeveel deftige zinnen men ook aan een verzoek om euthanasie wijdt, uiteindelijk zal men ja of nee moeten zeggen, want een beetje euthanasie bestaat niet. Ook is nauwelijks in te zien waarom men, als voorstander, in het ene geval een verzoek zou toestaan en in het andere geval zou weigeren. Ik neem althans aan dat het criterium van de-emoties-van-de-dokter alleen geldt voor de eerste paar keer. Voor

de duidelijkheid herhaal ik nog even dat ik alleen van euthanasie spreek wanneer bij de bedrijver de bedoeling om te doden aanwezig is.

6. Burgmeijer denkt dat „the utmost respect for human life” resultaat is van 2400 jaar nadenken over geneeskunst. Mis. Dit is gewoon een samenvatting van de Hippocratische ethiek. Hij vindt verder dat hij „in een bepaalde situatie (zijn) hoogste respect voor het menselijk leven tot uitdrukking kan brengen door het beëindigen van dat zelfde leven”. Ja, ja, met Burgmeijer kun je alle kanten uit. Maar dit gaat toch echt niet. Het minste wat men kan zeggen is dat die zin een contradictio in terminis behelst. „The utmost respect” – in de Nederlandse versie „absolute eerbied” – staat hier immers (namelijk in de verklaring van Genève respectievelijk Tokio van de W.M.A.) voor niet doden en niet schaden. Ik wil best aannemen dat Burgmeijer hier alleen maar een woordenspelletje heeft willen spelen, toch moge hij bedenken hoeveel sluizen naar bodemloze ellende in de loop der tijden door dit soort drogredenen zijn opengezet.

Literatuur: BURGMEIJER, R.J.F. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1834. – DOES DE WILLEBOIS, J.A. VAN DER (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1106.

Utrecht, oktober 1982

J.A. VAN DER DOES DE WILLEBOIS

BOEKAANKONDIGINGEN

G. GOECKENJAN, *Kontinuerliche Messung des arteriellen Sauerstoffpartialdrucks*. (Anaesthesiologie und Intensivmedizin, Band 137.) 110 bl., 49 fig., 11 tabellen. Springer-Verlag, Berlijn 1981. Prijs: ingen. DM. 78,-.

De zuurstofspanning en de zuurstofverzadiging van het arteriële bloed zijn grootheden van zo grote betekenis dat ze in veel klinische situaties eigenlijk continu bekend zouden moeten zijn. Hoewel sinds de jaren dertig hierover veel onderzoek is verricht, is een ideale methode om een van deze grootheden gemakkelijk, betrouwbaar, nauwkeurig en veilig continu te meten nog niet ontwikkeld. Uiteraard is elke poging om een stapje verder te komen, toe te juichen, en zo moet men het in dit boekje beschreven werk dan ook zien. De auteur beschrijft de eigenschappen en klinische toepassing van een door International Biophysics Corp. Irvine, Cal., op de markt gebrachte monopolaire pO_2 -elektrode. Het is een goud-kathode bedekt met een Hydron-membraan die via een Teflon-canule in een arterie, bijvoorbeeld de A. femoralis wordt gebracht, en verbonden met een op de huid geplakte zilver-zilverchloride-anode. Door de Teflon-canule kan ook de bloeddruk continu worden gemeten en kunnen bloedmonsters worden afgenomen. De polarisatiespanning is 720 mV, de depolarisatiestroom ligt in het nanoampèrebereik. De 90% insteltijd is 50-100 s. Het deel van het boekje over de theorie van de polarografische pO_2 -meting en de cathetereigenschappen is betrekkelijk oppervlakkig, maar wel bruikbaar voor een

eerste kennismaking. Het deel over het klinische gebruik toont dat de methode veilig kan worden toegepast en van veel nut kan zijn bij de bewaking van patiënten met snel veranderende ziektebeelden, bij het goed instellen van een respirator, bij het voorkómen van hypoxie tijdens het uitzuigen van een tracheacanule en tijdens bronchoscopie en in talrijke andere situaties. Het blijft echter een tamelijk bewerkelijke methode, die veel zorg vereist en die toch ook wel vaak een extra belasting vormt voor de patiënt. Voor wie met de methode kennis wil maken, kan het boekje van Goeckenjan zeker van nut zijn.

W.G. ZIJLSTRA

Lupus erythematosus disseminatus. Onder redactie van J. DEQUEKER. 134 bl., fig., tabellen. Acco, Leuven 1982. Prijs: ingen. f 28,-.

Laboratory decontamination and destruction of carcinogens in laboratory wastes: some N-nitrosamines. (IARC scientific publications, no. 43.) Onder redactie van M. CASTEGNARO e.a. 73 bl., tabellen. International Agency for Research on Cancer, Lyon 1982 (voor Nederland: Medical Books Europe, Lochem). Prijs: ingen. Zw.fr. 18,-.

K. HORN, *Kommunalhygiene*. 3e druk. 215 bl., 62 fig., 62 tabellen. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlijn 1981. Prijs: geb. M. 18,-.