

die uiteenlopende gevolgen kunnen hebben voor de gezondheidszorg en de positie van specialisten. Er moet gekozen worden. Hoewel uiteindelijk de overheid en de volksvertegenwoordiging moeten beslissen, zullen ook artsen hun mening moeten laten horen.

Wij zijn benieuwd naar een expliciet standpunt van de schrijver m.b.t. de belangrijke vragen: (1) wel of niet inkrimpen van de opleidingscapaciteit; (2) wel of geen arbeidstijdverkortening voor alle artsen met alle gevolgen van dien?

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Meer J van der. HH specialisten in de WW. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1740-1.

Amsterdam, september 1983

Namens de Part time groep VU,  
R. HELLE  
A.M. KARSCH  
R. OELDERIK

Voorlopig zal de opleidingscapaciteit voor de meeste klinische specialismen moeten worden ingekrompen. Op dit moment zijn de vooruitzichten voor werkloze specialisten minder gunstig dan voor basisartsen. Zo snel mogelijk moet een eind worden gemaakt aan excessieve werktijden van praktiserende specialisten. Financiële regelingen, zoals degressieve tarieven, kunnen dit bevorderen. Ik ben tegen een arbeidstijdverkortening tot onder de 40 à 50 uur voor alle artsen. Binnen de klinische specialistische gezondheidszorg is slechts in beperkte mate ruimte voor part-timers. Ook voor een gedegen opleiding in een klinisch specialisme is een part-time dagtaak meestal ongewenst. Natuurlijk zou de werkloosheid onder artsen kunnen worden beperkt door in de samenleving meer medische problemen te zoeken of te creëren. Behalve deze verwerpelijke mogelijkheid blijft alleen nog over beperking van het aantal medische studenten. Een strengere selectie waarbij inzet en motivering ook een rol moeten spelen, is dan noodzakelijk. Studenten die hun privéleven boven alles stellen doen er beter aan een andere studie dan geneeskunde te kiezen; voor basisartsen met deze opvatting zijn binnen de klinische specialistische geneeskunde geen gereserveerde plaatsen.

Amsterdam, oktober 1983

J. VAN DER MEER

### *Medische aspecten van kernbewapening*

De artikelen van Janse et al.<sup>1</sup> en van Dunning<sup>2</sup> geven ons aanleiding tot de volgende opmerkingen.

Wij waarderen de overzichtelijke en gecompliceerde manier waarop de schrijvers de vrij omvangrijke materie hebben geordend. Verwondering wordt echter gewekt over het feit, dat geneeskundigen, die toch in het dagelijkse medische handelen vele malen te maken krijgen met de noodzaak om symptomatisch en palliatief op te treden, voorbijgaan aan de gedachte van euthanasie als een vorm van uiterst medisch handelen na een atoomramp. We kunnen niet voorbij aan het gegeven, dat de kans op het uitbreken van een kernoorlog steeds groter wordt. Ook in het artikel van Janse et al. wordt dit gesteld, zoals ook dat „een kernoorlog niet te behandelen is, maar alleen voorkomen kan worden”, en „waar therapie faalt is preventie het enige alternatief”. Artsen zullen zich met alle kracht in

moeten zetten om de kernbewapening terug te duwen. Helaas is het recept daarvoor niet ondubbelzinnig duidelijk en verschillen de meningen over de manier waarop men het atoomrisico kan verminderen. Als zich ooit een atoomcatastrofe voordoet, zullen enkelen van ons wellicht nog kunnen beseffen, dat we gefaald hebben.

In de Verenigde Staten zijn er groeperingen die zich op overleven na een atoomramp richten en ook in de redactionele kanttekening van Dunning vinden we de geringe kans op overleving genoemd. Hij meent dat artsen als specifieke verantwoordelijkheid hebben zich af te vragen of hun hulp nog zin en betekenis heeft na een kernoorlog. Ja, we denken van wel, maar dan in de betekenis die door zovelen zorgvuldig buiten discussie gehouden wordt, namelijk hulpverlening aan grote groepen mensen die in stervensnood verkeren, euthanasie als palliatieve taak na een kernramp. De Gezondheidsraad heeft aan het onderwerp niet meer dan enkele regels gewijd.<sup>3</sup>

Waarom gaan zovele artsen, waarom gaat het Tijdschrift, deze vraag uit de weg? In februari 1982 heeft zich een „Werkgroep Uiterst Medisch Handelen” gevormd, die met geringe menskracht aan deze vraag werkt en daarover eerderdaags rapport hoopt uit te brengen (Rapport over de mogelijkheden van euthanasie na een kernramp). De werkgroep meent dat het onderwerp euthanasie na een kernramp bespreekbaar is en ook besproken moet worden.

De kennis met betrekking tot de laatste hulp na een kernramp, die zowel betrekking heeft op fysische, medische, sociale, als op organisatorische aspecten, dient toegankelijk gemaakt en verspreid te worden. Bij de discussie over euthanasie na een nucleaire ramp zou ook het handelen ten aanzien van geestelijk/lichamelijk gehandicapten en kinderen moeten worden betrokken en ook of niet richtlijnen voor het gebruik van euthanatica door leken gepubliceerd dienen te worden. De Werkgroep hoopt dat bestuurlijke organen de discussie zullen opnemen, maar geeft tegelijk een richting aan voor het geval het gesprek op bestuurlijk niveau niet wordt gestart.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Janse MJ, Schene A, Koch K. Medische aspecten van kernbewapening. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1099-103.

<sup>2</sup> Dunning AJ. Laatste hulp. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1103-4.

<sup>3</sup> Gezondheidsraad. Advies inzake euthanasie. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1982.

Leiden  
Amersfoort  
Apeldoorn  
Utrecht  
's-Gravenhage, juli 1983

H. BARENDSEN  
W. BERGER  
M. ROOKMAAKER-VAN LEER  
CH. WAALWIJK  
F. WAFELBAKKER

Het ligt voor de hand dat de briefschrijvers met name in het redactionele commentaar „Laatste hulp” aanleiding hebben gevonden hun werkgroep onder bredere aandacht te brengen. In hoeverre hun rapport een aanvulling vormt op de door ons gerefereerde literatuur zal moeten blijken; het is jammer dat de brief geen bronnen noemt. Ons is over euthanasie na een kernramp geen literatuur bekend, mogelijk een omissie onzerzijds. Toch lijkt het ons gerechtvaardigd dat dit onderwerp in een caput selectum niet primair onze aandacht had. Geen kwestie van „zorgvuldig buiten de discussie houden” dus, doch van prioriteit.

Amsterdam, oktober 1983

M.J. JANSE  
A. SCHENE  
K. KOCH