

MEDISCH CONTACT

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Hoofdredacteur W. J. Royaards - Redactiesecretaris: J. J. van Mechelen - Bestuur: K. Vaandrager, Deventer, voorzitter; Prof. Dr. A. Kummer, Amsterdam, vice-voorzitter; Dr. C. de Groot, Kon. Wilhelminalaan 22, Gorkum, secretaris; Dr. M. van der Stoel, Voor-
schoten, penningmeester; A. Taminiau, Tilburg - Redactie en abonnementenadministratie Keizersgracht 327, Amsterdam, Tel. 242535.

Dr. Mr. A. DE BOER ERELID DER MAATSCHAPPIJ

Het is geen nieuws als wij vermelden, dat Dr. Mr. H. de Boer erelid geworden is van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, want in het verslag van de op 14 december 1963 gehouden 139ste algemene vergadering heeft men reeds kunnen lezen, dat besloten is collega de Boer tot erelid te benomen. *) Toen dat geschiedde, was collega de Boer opgenomen in het ziekenhuis en stond hij op het punt een operatie te ondergaan, zodat van iedere verdere plichtigheid voorlopig moest worden afgezien.

Nu collega de Boer weer geheel hersteld is en zijn werkzaamheden heeft hervat, is het moment gekomen hem voor de leden van de Maatschappij voor het voetlicht te halen, temeer omdat hem op maandag 24 februari a.s. door het Dagelijks Bestuur in een besloten feestelijke bijeenkomst de officiële oorkonde betreffende het erelidmaatschap zal worden overhandigd uit naam van de leden van de Maatschappij voor Geneeskunst.

* * *

Collega de Boer heeft dit wel verdiend. Toen hij in 1955 voorzitter van de Maatschappij werd, memoreerde Prof. Heringa in Medisch Contact hoe de Boer als homo novus in 1947 in de Maatschappij is gaan deelnemen „aan het werk dat organisatorisch en stijlgevend ligt aan de basis van de herrezen art-sengemeenschap”. Inderdaad een zeer juiste kwalificatie voor het werk waarin de Boer zijn aandeel heeft gehad, maar misschien nog meer voor de wijze waarop hij dat heeft gedaan. Organisatorisch en stijlgevend is hij bezig gebleven tot op de huidige dag.

Wie met de Boer heeft mogen samenwerken is met deze kwalificatie nog niet helemaal voldaan, evenmin trouwens als degene die hem slechts op afstand heeft meegemaakt. Ook in een oppervlakkig contact met deze oud-voorzitter van de Maatschappij is het voor iedereen duidelijk, dat deze een man is, die bereid is zich in te zetten met zijn gehele persoonlijkheid, waarbij verstand, gevoel en wil als om strijd behoefte hebben zich te doen gelden, maar nog meer

om elkaar aan te vullen en te corrigeren. Dat toch is een zeer kenmerkende eigenschap van het nieuw benoemde erelid, die tot uiting komt als hij een eigen standpunt moet bepalen, en die ook opvalt als men de wijze gadeslaat, waarop hij andermans opvatting en houding tegemoet treedt.

* * *

Geen wonder dat de Boer een bruisende aktiviteit is gaan ontplooiën in het bestuurs-kader van onze Maatschappij. Wij zullen ons er niet aan wagen een opsomming te geven van de talloze commissies waarvan hij deel uitmaakte dan wel voorzitter was. Alles wat te maken heeft met de hoogste plicht der artsen, met hun relatie tot de patiënten en met hun onderlinge verstandhouding, heeft steeds zijn grootste belangstelling. Door zijn praktijk als huisarts, de studie in de rechten en zijn later sociaal-geneeskundig werk, is de Boer gevormd tot een figuur, die véél wist en véél begreep. Dat men – ook in het persoonlijke vlak – vaak en dringend een beroep om raad en steun op hem gedaan heeft, is dan ook geen wonder. De waardering voor dat alles – van overheidswege reeds eerder tot uiting gekomen door zijn benoeming tot Officier in de orde van Oranje-Nassau – heeft nu zijn uitdrukking gevonden in het besluit van de algemene vergadering collega de Boer tot erelid van de

BUITENGEWONE ALGEMENE VERGADERING

De aandacht wordt gevestigd op de door het hoofdbestuur uitgeschreven buitengewone Algemene Vergadering ter behandeling van het ontwerp Ziekenfondswet. Deze buitengewone Algemene Vergadering zal worden gehouden op vrijdag 20 maart a.s. te 19 uur in Esplanade te Utrecht.

Voor de beschrijvingsbrief voor deze buitengewone Algemene Vergadering moge worden verwezen naar bladzijde 111 van het voorgaande nummer van Medisch Contact.

Maatschappij voor Geneeskunst te benoemen. Het zichtbaar teken daarvan zal hem op 24 februari a.s. in de vorm van een oorkonde worden overhandigd. Het is begrijpelijk dat men daarmede – nu collega de Boer weer geheel hersteld is – niet heeft willen wachten tot de eerstvolgende algemene vergadering, maar toch zal het velen spijten, dat zij niet in de gelegenheid zijn met een krachtig applaus en een hartelijk gemeente handdruk aan hun gevoelens van instemming uiting te geven.

Het is mede daarom, dat wij deze gelegenheid aangrijpen om het zoeklicht op collega de Boer te laten vallen, in de overtuiging ons de tolk te weten van talloze leden van de Maatschappij voor Geneeskunst als wij hem verzekeren, dat als hem straks de oorkonde door de voorzitter van de Maatschappij zal worden overhandigd, hij zich overtuigd mag houden, dat vele leden van onze Maatschappij in gedachten hun naam onder deze oorkonde hebben geplaatst, vervuld van gevoelens van dankbaarheid, vriendschap en respect.

R.

* Zie M.C. 1963 no. 51/52.

EIGENDOM MEDISCHE GEGEVENS M.O.B.

In Medisch Contact van 25 oktober 1963 schreven wij over de eigendom van medische gegevens, die berusten bij een M.O.B.. Naar aanleiding daarvan ontving de redactie een schrijven, waarin de hoop werd uitgesproken, dat van de zijde van de juristen van de Maatschappij voor Geneeskunst op dit onderwerp nader zou worden ingegaan. Het desbetreffende schrijven is door ons doorgezonden naar het hoofdbestuur van de Maatschappij. Naar wij hopen zal binnen afzienbare tijd van die zijde op dit onderwerp in ons blad teruggekomen worden. – Red. M.C.

INHOUD

19e Jaargang - 21 februari 1964 - No. 8

Dr. Mr. H. de Boer erelid der Maatschappij	115
S. A. de Lange: Medische en ethische problemen rondom de reanimatie	117
Discussie over inlichtingen aan de politie	121
Uit de praktijk	122
Gebruik van Salk-vaccin in Nederland	123
Medic Alert van start	123
Inpoldering en gezondheidszorg	125
Het artsenbestand in Nederland	125
Vrije praktijken en vrije tijd	126
Specialisten in de Bondsrepubliek	126
Maatschappelijk leven en automatisering	127
Wat komt voor roken in de plaats?	130
Nieuwe uitgaven	131
<i>Van het hoofdbestuur:</i>	
Opleiding van specialisten	132
<i>Van de Centrale Besturen van L.H.V. en L.S.V.:</i>	
S.V.B.-tarief 1964	132
Uit de afdelingen	133
Personalia	134

VERKEERSONGEVALLEN

„Ongeveer 65 jaar geleden, in 1899, stierf in de Verenigde Staten van Amerika de eerste mens tengevolge van een verkeersongeval. (Welk soort verkeer wordt bedoeld? – red. M.C.). In steeds sneller tempo zijn anderen hem gevolgd, zodat in 1951 de eerste miljoen verkeersdoden in de Verenigde Staten getreurd moesten worden. Alleen al in 1957 stierven in dat land 38.702 personen door een verkeersongeval, bijna 15.000 méér dan er in datzelfde jaar aan alle besmettelijke ziekten tezamen overleden.

In 1957 telden de 47 aangesloten leden van de Wereldgezondheidsorganisatie 102.552 doden in het verkeer van hun landen, een aantal, dat volgens voorzichtige schattingen voor 1962 op 150.000 geraamd wordt. In ons eigen land kwamen in 1938 780 mensen door verkeersongevallen om het leven. Nu, in 1962, bijna 25 jaar later, 2073 doden: bijna $3 \times$ zoveel, terwijl 32.141 personen zwaar gewond werden uitsluitend door het wegverkeer. Bij een gemiddelde levensduur van 75 jaar en een stationair blijven van de relatieve verkeersveiligheid betekent dit, dat één van elke 80 mensen zijn leven op straat beëindigt en dat één van elke 5 mensen na een verkeersongeval zwaar gewond in een ziekenhuis moet worden opgenomen. In een tijd, waarin wij steeds meer op comfort gesteld zijn, waarin wij voor de kleinste chirurgische ingreep reeds een volledige pijnloosheid eisen en waarin wij onze zakken vullen met tranquilizers, staan wij geconfronteerd met het feit, dat één van elke 80 mensen zijn leven eindigt door bruto geweld en dat één van elke vijf mensen eens, onverwacht, op straat erger toegetakeld zal worden dan bij een middeleeuwse roofoverval. De afscheidsgroet aan het einde van een gezellig avondje, een familiefeestje of een vergadering: „goede reis” krijgt weer dezelfde serieuze betekenis als in het begin van onze jaartelling, toen het reizen zo gevaarlijk geacht werd!” Aldus J. H. M. Berden, zenuwarts te Heerlen, in een voordracht gehouden tijdens het zg. Klein Congres 1963 van de Nederlandse Vereniging voor Openbare Gezondheidsregeling.

VIJFDE THERAPIEDAG EMMAKLINIEK RENKUM

Op zaterdag 29 februari 1964 zal in de Koningin Emma Kliniek te Renkum de vijfde therapiedag worden gehouden. Het onderwerp van deze dag zal zijn: „Gebruik en misbruik van neusdruppels en -spray”. Aanmelding voor deelneming kan geschieden door overmaking van f 10,— op gironummer 958700 van de Koningin Emma Kliniek te Renkum, onder vermelding van: Vijfde Therapiedag.

ARTSENCURSUS DEN HAAG

Het laatste gedeelte van de cursus 1963-1964, georganiseerd door de Vereniging Artsencursus den Haag, begint op 3 maart a.s. en eindigt op 28 april a.s. De cursus wordt steeds gehouden op dinsdagmiddag van 16.30 u. tot 18.00 u.

MEDISCHE EN ETHISCHE PROBLEMEN RONDOM DE REANIMATIE

De materie, die hier aan de orde komt, het probleem van de reanimatie, confronteert ons in het bijzonder met patiënten, die ons over het algemeen niet meer kunnen inlichten over hun eigen zienswijze ten aanzien van de hun geboden therapie. Het zijn niet alleen dood-zieke mensen, maar het zijn tevens mensen, die het bewustzijn hebben verloren. Dit volgt ook uit de omschrijving van het begrip reanimatie in het grote woordenboek van v. Dale: „het weer opwekken der levensgeesten”. Het feit dat de patiënt om wie het gaat niet meer bij machte is de medicus te laten weten wat hij wil; welke therapie hij wél, en welke therapie hij niet meer wil aanvaarden, maakt dat de arts genoodzaakt is om naar eigen initiatief te handelen. De ervaring heeft geleerd, dat de ethische zijde van dit handelen vaak niet eenvoudig is, dat menigeen voor problemen is geplaatst, waarmee hij heeft geworsteld, en dat bij een gegeven situatie de opvattingen ver uiteen kunnen lopen.

De geestelijke instelling van de therapeut speelt bij diens besluitvorming uiteraard een overheersende rol. Wat er uiteindelijk met de patiënt zal gebeuren is, naar ik uit eigen ervaring weet, vaak niet slechts afhankelijk van zijn organische gegevens, maar minstens evenzeer van de instelling van de medicus of medici, onder wiens behandeling hij toevallig komt. Er is in onze menselijke samenleving nu eenmaal een grote verscheidenheid van opvattingen over vele zaken. Dit is een gegeven, waarvan wij in ons maatschappelijk bestel moeten uitgaan. Het is niet mogelijk om alle opvattingen te coördineren tot één rigide richtlijn. Het zal ons ook hier niet gegeven zijn om te komen tot één bepaalde werkwijze, die voor iedereen bevredigend is en die door iedereen kan worden nagevolgd. Wel kan men trachten te komen tot een grotere klaarheid in het eigen denken over deze dingen, waardoor men bij voorkomende gelegenheden beter in staat is om datgene te begrijpen, waardoor men wordt gedreven, en om datgene te doen wat voor het eigen gevoel althans het best het ethische standpunt benadert, dat men als medicus hoort in te nemen. Helaas krijgt men immers uit de casuïstiek niet zelden de indruk, dat ten aanzien van de bewusteloze patiënt wordt gehandeld op een wijze, die suggereert dat er van een werkelijke opvatting in het geheel geen sprake is en dat men zich maar laat drijven en laat leiden door wat het medische toeval brengt. Gaarne zou ik willen trachten de problematiek waarom het hier gaat en die men kort zou kunnen karakteriseren met „stoppen met de behandeling of doorgaan”, te belichten van twee zijden, en wel van de kant van de patiënt en van de kant van de medicus.

* * *

Het is mijn overtuiging, dat de verhouding tussen de arts en zijn patiënt, zoals men die in onze streken kent, steunt op een belangrijk principe, en dat is, dat uiteindelijk de patiënt baas is over eigen lichaam. Hij kan alle hem voorgestelde

Op 15 januari 1964 heeft collega S. A. de Lange tijdens de ledenvergadering van de afdeling Rotterdam en Omstreken een voordracht gehouden, getiteld: „Medische en ethische problemen rondom de reanimatie”. Deze voordracht nemen wij hieronder in zijn geheel, zij het met enkele kleine wijzigingen over. Na afloop van de voordracht werd over de inhoud daarvan in een forumbespreking gediscussieerd. Voor een kort verslag van deze discussie verwijzen wij naar de rubriek Uit de Afdelingen in dit nummer van Medisch Contact. Andere artikelen over reanimatie kan men vinden in M.C. no. 29, 1959, pag. 441 en no. 14, 1960, pag. 186, - red. M.C.

behandelingen weigeren, ook al meent de medicus nog zo zeer, dat de voorgestelde therapie van het grootste belang is voor de patiënt. Op het spreekuur levert dit principe weinig moeilijkheden op, de patiënt komt over het algemeen lopend binnen en, indien hem een voorstel niet bevalt, gaat hij weg; soms zal hij zeggen, dat hij zich niet zal laten behandelen, soms zal hij helemaal niets zeggen, maar eenvoudig verdwijnen, omdat hij niet de morele moed heeft om de medicus tegen te spreken. Maar in ieder geval is de ambulante patiënt te allen tijde bij machte zich te onttrekken aan de behandeling. Een uitzondering moeten wij in deze natuurlijk maken, voor de patiënten, die psychiatrisch gezien als niet toerekeningsvatbaar moeten worden gekenschetst. In dit geval moeten toch ook wel zeer rigide normen worden gesteld. De positie van de patiënt in het ziekenhuis heeft echter reeds een moeilijker zijde. In het algemeen liggen de patiënten. Een deel der patiënten is niet in staat op eigen kracht het ziekenhuis weer te verlaten, zij zijn psychologisch gezien al veel meer in een onderworpen positie en het weigeren van een bepaalde ingreep in het ziekenhuis is voor de patiënt al weer aanzienlijk moeilijker dan op het spreekuur. Desalniettemin dient de medicus ook hier de wil van de patiënt beslist te laten prevaleren boven zijn eigen medische inzichten; natuurlijk is het zijn plicht om door overreding te trachten, de patiënt van de juistheid van de hem voorgestelde behandeling te overtuigen, maar wanneer dit niet lukt is in wezen „de kous af”, men zal b.v. geen patiënten die tegenstribbelen naar de operatiekamer geleiden: een uitzondering moeten wij natuurlijk maken voor kinderen, die men van tijd tot tijd zal moeten vangen en bij wijze van spreken zal moeten knevelen om ze een bepaalde behandeling te laten ondergaan. Maar ook hier is de situatie in het westen anders dan b.v. in het oosten, waar allen die daar medisch werkzaam zijn geweest weten, dat soms de wil van het kind een behandeling onmogelijk maakt. Het voorgestelde ingreepje, aanvankelijk door de ouders toegestaan, wordt later soms geweigerd met

een verwijzing naar het „hij wil niet” van het kind. Nu is de weigering van een patiënt om een bepaalde behandeling te ondergaan voor een medicus altijd iets frustrerends. Wij voelen ons ergens in onze eer getast en in het ziekenhuis hebben wij slechts één middel om onze frustratie althans iets te verzachten, en wel door het laten ondertekenen van het bekende briefje, dat de patiënt tegen het advies in het ziekenhuis heeft verlaten.

Wat de kinderen betreft ligt de positie nog iets anders dan bij volwassenen. Het is immers bekend, dat, indien de ouders de behandeling van een kind weigeren en indien het hier gaat om vitale belangen van het kind, een aanvraag aan de kinderrechtster kan worden gedaan om de ouders tijdelijk uit de ouderlijke macht te onttrekken. Op deze aanvraag wordt in ernstige gevallen over het algemeen positief gereageerd. Verder blijft het principe op zich zelf duidelijk. Dat neemt niet weg, dat wij soms in grote moeilijkheden kunnen geraken. Wat te doen bijvoorbeeld met de Jehova-getuige, die noodzakelijk moest worden geopereerd, doch die tevoren bekend maakte dat elke bloedtransfusie definitief van de hand wordt gewezen. Wat doet men in dit geval? Weigert men deze patiënt te opereren? Opereert men deze patiënt toch maar met een groter risico doordat er geen bloed kan worden gegeven? Of opereert men de patiënt en geeft men tijdens de narcose wel een bloedtransfusie, zo het vertrouwen van de patiënt in uw oprechtheid beschamende, zij het dan ook dat dit „om bestwil” gebeurt?

* * *

Het zijn maar vragen, en ieder zal deze vragen op zijn eigen wijze beantwoorden. Wat doet men met een levensgevaarlijk gewonde patiënt, die volkomen compos mentis is en zeker niet in psychiatrische zin ontoerekeningsvatbaar, maar die behandeling weigert, die dus toch uiteindelijk de dood prefereert boven het leven? Een dergelijk geval is 3 jaar geleden in Parijs voorgekomen, toen een jongeman levensgevaarlijk gewond in een van de grote ziekenhuizen werd binnengebracht en zich niet wilde laten overtuigen van de noodzaak van de behandeling van zijn thoraxwonding. De bedoeling van deze man bleek duidelijk: hij wilde degene, die hem zo zwaar had gewond en die inmiddels was gearresteerd, de doodstraf bezorgen. Haat was hier het motief; het hoofd van de chirurgische afdeling, aansprakelijk voor de behandeling van deze man is er niet in geslaagd hem er van te overtuigen, dat hij zich moest laten behandelen. Hij heeft deze man dan ook inderdaad niet laten opereren en de patiënt in kwestie is overleden. Men kan hierover natuurlijk eindeloos van gedachten wisselen, maar ook hier weer is het principe gehandhaafd, dat de patiënt uiteindelijk zeggenschap heeft over eigen lichaam; misschien terecht, misschien ook niet. Natuurlijk komen hierbij ook ter sprake de patiënten, die in de ziekenhuizen werden binnengebracht na een tentamen suicidi. Over het algemeen kan men zeggen, dat zij moeten worden gerekend tot de groep der ontoerekeningsvatbaren en dat het volkomen juist is om te trachten de levensgeesten hier weer op te wekken. Desalniettemin zijn er toch ook bepaalde gevallen, waarbij men zich afvraagt of men te allen tijde het recht heeft om een patiënt na een tentamen suicidi tegen zijn wil in weer naar het leven terug te

geleiden. Het is hier niet de plaats, daar verder over uit te wijden. Toch horen al deze problemen bij de hoofdproblematiek, die wij hier behandelen. De moeilijkheid is nl., dat wij, geconfronteerd met de bewusteloze patiënt, niet weten wat deze patiënt zelf zou willen.

Confrontatie met de bewusteloze patiënt

Wanneer wij worden geconfronteerd met de diep-bewusteloze patiënt, die door beademing, door kunstmatige vochttoevoer, door allerlei andere kunstmiddelen en kunstgrepen in leven wordt gehouden, moeten wij ons af vragen of de verantwoordelijkheid, die wij dragen voor ons handelen misschien gedeeltelijk kan worden opgevangen door de familieleden van de betreffende patiënt. Ligt hier een oplossing van ons probleem? Kunnen wij ons wenden tot het naaste familielid, tot de man of tot de vrouw, tot de kinderen of wie dan ook het naast staat aan de onder onze behandeling zijnde patiënt, om te vragen wat er verder moet gebeuren? Ik meen dat het antwoord hierop heel kort kan luiden: „neen”. Natuurlijk is een gesprek met de familieleden niet alleen wenselijk, maar noodzakelijk. Het zou onmenselijk en daarom onethisch van ons zijn wanneer wij niet met de familieleden over de toestand van de onder onze behandeling zijnde patiënt uitvoerig van gedachten zouden wisselen. Inmiddels blijft de verantwoordelijkheid rusten op onze eigen schouders, wij doen er ook goed aan, om te beseffen, dat de invloed van familieleden ons soms kan leiden tot foutieve beslissingen. Over het algemeen zijn deze familieleden meer dan wij zelf emotioneel geladen, deze emotionele lading kan zich zowel in positieve als in negatieve zin uiten. Er zijn mensen, die hun zieke familielid ten koste van alles in leven willen zien blijven, er zijn er, die menen dat het betreffende familielid een bepaalde mate van invaliditeit later nooit zou kunnen verwerken.

Al deze dingen maken, dat er soms wordt aangedrongen op beslissingen, die niet juist zijn, die ons in de war brengen en die uiteindelijk komen ten detrimente van de onder onze behandeling zijnde patiënt. Overigens maken de familieleden een integrerend deel uit van het leven van de patiënt en wij kunnen hen in zekere zin wel zien als een verlengstuk van deze.

In dit verband zou ik er toch ook nog eens op willen wijzen, dat wij tegenwoordig niet meer de kunst verstaan, de patiënten in hun laatste ogenblikken alleen te laten. Te vaak zien wij een grote groep mensen zitten om een bed, dat bijna niet meer is te benaderen door de infuusstandaarden, de urinaals die er aan hangen, terwijl aan het hoofdeinde nog een beademingsmachine staat of de patiënt verder door een slang met een zuurstofapparaat is verbonden. Laat een stervende, van wie men weet dat er werkelijk niets meer aan te doen is, alleen. Laat deze mens uiterlijk zo normaal mogelijk over aan zijn familieleden. Slechts wanneer men de indruk heeft, dat de familieleden zelf niet rijp zijn voor het laatste ogenblik, heeft het misschien enige waarde om apparatuur te laten hangen, om hen het gevoel te geven dat er tot het laatste ogenblik nog een poging is gedaan de geliefde mens in het leven te houden. In deze meen ik, dat we niet behoeven terug te deinken voor enige komedie. Ik zou hier nog

een uitspraak van Fletcher willen aanhalen: die zei: „De klassieke doodsbescène met liefdevol afscheid plechtig laatste woorden en dergelijke is praktisch een vergeten iets. In plaats daarvan hebben we nu te maken met een comateus object, geïntubeerd en wel, waarmee door technici nog gemanipuleerd wordt tot het laatste ogenblik”. Hij vraagt zich dan ook af of stopzetten van het vitale deel van de behandeling gelijk staat met directe euthanasie en meent van niet, in elk geval niet voor de Amerikaanse wet.

Laten wij medici met ons ouder wordend patiëntenmateriaal ook vooral niet vergeten, dat wat wij doen niet zo spectaculair is als wij zelf wel menen. Het verlengen van het leven, want dat is alles wat wij doen, kan waardevol zijn, wanneer het er op neerkomt dat een patiënt weer terug keert tot een normaal althans min of meer menselijk bestaan. Het verlengen van het sterfbed echter is een afschuwelijke uitvloeisel van onze technomanie en berust ten dele naar mijn stellige overtuiging hierop, dat men in wezen de dood niet meer wil aanvaarden als het natuurlijk einde van alle dingen. De eindigheid van ons leven is een gegeven dat bestond vanaf het moment van conceptie, vanaf de eerste kreet, die wij gaven bij de geboorte.

* * *

Wij leven tegenwoordig naar het lijkt slechts bij de gratie van het idee, dat het leven oneindig is. Dit wordt ook gesuggereerd door reclames, door de cosmetische industrie, niet in het minst door ons medici zelf, en vooral ook door diegenen, die hun publikaties in de populaire bladen laten verschijnen, waardoor de leek wel de indruk moet krijgen, dat het eigenlijk helemaal niet nodig is om dood te gaan. Men kan toch immers „alles” tegenwoordig? En zo kan men dan ook zien dat een volkomen normale en fysiologische doodsstrijd soms ontaardt in een laag bij de gronds gevecht met naalden, infusen, buizen, tegen een macht, waar wij geen van allen tegen zijn opgewassen. Ik zou hier ook willen aanhalen een uitspraak van Dr. Burkens in het blad *Soteria* van november 1959: waarin staat: „Is het à tout prix in leven houden van de patiënt de enige opgave van de arts? Wel de primaire – de enige echter niet. In abstracto is het te stellen, dat tussen passief en actief doden geen wezenlijk verschil bestaat, d.w.z. tussen, waar in dit kan, de dood niet tegenhouden en het doden, de euthanasie zelf. Maar in feite ligt hier een beslissend verschil, nl. of de oorzaak van het sterven onze daad is, of dat buiten ons actief ingrijpen om de dood van de patiënt in elk geval en in de naaste toekomst is te verwachten, en dan geen poging wordt gedaan dit af te wenden.” Hij stelt dan verder, dat er zijns inziens geen plicht bestaat voor de arts het sterfbed actief te verlengen. Ook hier voel ik de behoefte aan een definitie, nl.: wat is een sterfbed en wat is een ziektesituatie, waarbij eventueel nog leven in menselijke zin is te verwachten.

Zo zijn wij ongemerkt van het standpunt van de situatie van de patiënt gekomen op de situatie van de arts, die de patiënt moet behandelen. In dit verband zou ik er op willen wijzen, dat veel bij collegae de mening heerst, dat zij hebben beloofd of gezworen het leven van hun patiënt onder alle omstandigheden te zullen behouden. Dit is niet juist. Zowel in de Nederlandse eed als in de belofte van de W.H.O. staat

slechts, dat de arts steeds „eerbied voor het leven” moet hebben, hetgeen iets geheel anders is dan het klakkeloos behouden van het leven. Eerbied hebben voor het leven kan even goed tot consequentie hebben dat wij berusten in de toestand van de patiënt en hem in vrede laten overlijden, als dat wij met de grootste kracht gaan ingrijpen.

Religieuze zijde van het vraagstuk

Inmiddels heeft men zich ook van religieuze zijde beraden over de vraag, hoe lang men moet doorgaan met het behandelen van bewusteloze patiënten. Er is een interessante uitspraak geweest van paus Pius XII in 1957 naar aanleiding van vragen van Dr. Bruno Haidt anesthesist in Innsbruck, die door het grote aantal ongevalspatiënten dat hij daar behandelde in een innerlijke tweestrijd raakte. Hij heeft de paus de vragen gesteld: „Heeft men het recht of de plicht de moderne apparatuur te gebruiken in alle gevallen, ook als de geneesheer de situatie als hopeloos ziet?” Ten tweede: „Heeft men het recht of de plicht, om de apparatuur uit te schakelen indien na enige dagen geen verbetering in de toestand is opgetreden, ook indien men er zeker van is dat na het uitschakelen in enkele minuten ook het hart zal ophouden met kloppen.” Het gaat hier dus om de zuivere beademing. „Kan men de heilige sacramenten dan nog toedienen?” Kan men een bewusteloze patiënt, van wie de bloedsomloop nog intact is, dank zij de beademing nog beschouwen als de facto overleden, of zelfs de jure overleden?”

Op de eerste vraag wordt geantwoord, dat de mens het recht en de plicht heeft de nodige zorg te besteden aan het lichaam in geval van ziekte, maar hij en ook de familie van de patiënt behoeven daarbij slechts gebruik te maken van die middelen, die op dat ogenblik als „gewoon” worden gezien. In het Franse stuk staat „des moyens qui n'imposent aucune charge extraordinaire pour soi-même ou pour un autre”. Hiertoe rekent Z.H. de Paus de reanimatie dus niet. Er is dus geen plicht om van beademingsapparaten gebruik te maken, dat wil zeggen nu niet, omdat deze apparatuur nu niet als een gewoon middel wordt beschouwd. Maar men weet natuurlijk niet, of dit in de toekomst niet wel het geval zal zijn en dan verandert dus automatisch het standpunt van de katholieke kerk. De tweede vraag is hiermee tevens beantwoord, er bestaat geen plicht de apparatuur aan te laten tot ook de circulatie het heeft opgegeven. De derde vraag wordt door de Paus als de belangrijkste gezien, omdat hiermee ook de validiteit van de sacramenten der stervenden is gemoeid. Hij vraagt van de arts om een preciese opgaaf van het ogenblik waarop de ziel van het lichaam is gescheiden: „il appartient au médecin de donner une définition claire et précise de la mort et du moment de la mort d'un patient qui décède en état d'inconscience.” En dan: „Mais en pratique on tiendra compte de l'imprécision des termes ‚corps’ et ‚séparation’.” Het merkwaardige, wat mij als niet-godsdiensstig mens opvalt, is dus dat het ogenblik van het typisch-metaphysische gebeuren van de ziel, die het lichaam zou gaan verlaten, niet door de clerus wordt bepaald, maar dat in tegendeel de arts hier wordt gezien als degene, die kan zeggen wanneer dat plaats vindt. Overigens heeft de paus eveneens naar aanleiding van genoemde vragen wel aan de arts

gevraagd, te trachten de ademhaling in stand te houden tot de heilige sacramenten zijn toegediend. Mogelijk is deze vraag niet helemaal consequent, gezien de beantwoording van de andere vragen. In een verdere precisering van de derde vraag, die dus luidde: moet men een bewusteloze patiënt, wiens bloedcirculatie nog intact is dank zij de beademing, beschouwen als de facto overleden of zelfs als de jure overleden?, wordt gesteld: is de dood wellicht al ingetreden bv. op het ogenblik dat het schedeltrauma ontstond en de bewusteloosheid en de ademhalingsstilstand optraden, of is de dood pas ingetreden op het ogenblik dat de circulatie ophoudt? De Paus constateerde dat het antwoord op deze vragen niet te vinden is in enig religieus of moralistisch principe, en dus ook niet tot de competentie van de kerk behoort, maar algemene beschouwingen doen hem geloven, dat menselijk leven bestaat, zolang de vitale functies aanwezig zijn; dit als onderscheid van het eenvoudige leven van de organen op zich zelf en het zich manifesteren daarvan op spontane wijze of zelfs met behulp van kunstmiddelen. Dit antwoord is daarom biologisch, zou men kunnen zeggen, intelligent gegeven, omdat bekend is dat men bepaalde organen uit pas overleden patiënten kan nemen en deze kunstmatig nog vrij lang in leven kan houden. Het separaat in leven houden van organen wil dus niet zeggen dat het leven als zodanig nog aanwezig is.

Hiermee is m.i. een belangrijk gegeven aanwezig omdat men omgekeerd zou kunnen zeggen, dat, indien het cerebrum als coördinator van de functies van het lichaam niet meer in staat is zijn functie te vervullen door een te grote beschadiging van welke aard dan ook, men het lichaam moet zien als een verzameling van separaat optredende organen, die weliswaar natuurlijk nog onderling contact kunnen hebben, maar die als zodanig er toch geen aanspraak meer op kunnen maken, een mens te vertegenwoordigen. Zo redenerende is het duidelijk dat men bij de beschouwingen over de reanimatie het cerebrum centraal dient te stellen. De beschadiging van het cerebrum en de mate waarin het cerebrum zich van die beschadiging zal kunnen herstellen zijn bepalend voor ons handelen. En hier openbaart zich dan natuurlijk weer direct de grote moeilijkheid, die wij medici bij de beoordeling van de verschillende toestanden altijd weer ontmoeten, nl. de ontoereikendheid van ons weten in dit opzicht. Niemand van ons kan naar eer en geweten verklaren, nooit voor verrassingen te hebben gestaan in dit opzicht. Die verrassingen kunnen zowel positief als negatief, kunnen zowel aangenaam als onaangenaam zijn. Het is overigens uitzonderlijk moeilijk om menselijk leven te definiëren. Er zijn vele pogingen in deze richting aangewend, eigenlijk in alle tijden al. Men kan het begrip leven hanteren als de tegenstelling tot dood, maar wanneer men bijvoorbeeld zegt, dat de anorganische materie dood is, dan suggereert men hiermee, dat er eventueel ook leven van de anorganische materie mogelijk is. Wanneer men probeert levenskenmerken te formuleren, die te zamen het begrip leven dekken, stuit men steeds weer op bepaalde grensvormen, die men niet kan vangen. Over het algemeen ziet men echter toch, dat de filosofen er toe over zijn gegaan om dan maar een aantal kenmerken te formuleren die te zamen het begrip menselijk leven zouden vormen. De mens is hierbij uiteraard anthropocentrisch aan de gang geweest. Men kan dit in

zekere zin al in de Bijbel vinden wanneer er staat dat God de mens schiep naar zijn evenbeeld, een typisch anthropocentrische gedachtegang, die ook eigenlijk in zijn concreetheid nauwelijks houdbaar is. Aristoteles noemde de mens *anima rationalis*, het dier *anima sensitiva* en de planten *anima vegetalis*. Linnaeus zei: planten groeien, dieren groeien en voelen, mensen groeien, voelen en denken. Uit deze regels zou volgen, dat de mens als zodanig op zou houden te bestaan, wanneer de potentie tot denken vervallen is. Het niveau van de gedachte moet hierbij buiten beschouwing blijven, want het is duidelijk dat ook bijzonder eenvoudig denkende mensen mensen zijn. Maar is de mens dan geen mens indien hij niet meer in staat is te denken? Ja, onder bepaalde voorwaarden wel; iemand die in narcose is, iemand die kortdurend bewusteloos is door een hersenschudding, maar daarna zich weer normaal manifesteert, is natuurlijk in de tijd, dat hij niet dacht, ook mens. Een embryo, dat zich zal ontwikkelen tot een normaal mens, is uiteindelijk ook een mens, en wordt als zodanig ook door de wet erkent en beschermt. Ik meen daarom, dat het juist is in de definitie van het mens-zijn het denken te vervangen door de „potentie tot denken”. Is deze potentie niet meer aanwezig, dan meen ik dat van menselijk leven geen sprake meer is. In dat geval hebben wij ook als medici niet de plicht dat leven in stand te houden. Een moeilijkheid wordt nog gevormd door de vraag, wat denken eigenlijk is. Het is niet mogelijk denken te definiëren als een proces van bewust verwerken van zintuiglijke prikkels tot geestelijk materiaal, dat aan een tweede kan worden overgedragen. Immers, hiermee zouden wij bepaalde categorieën van *mensen*, die voor ons duidelijk als zodanig herkenbaar zijn, uitschakelen; ik denk hierbij bijvoorbeeld aan gevallen van afasie. Dit maakt, dat wij blijven zitten met een kreupele definitie, waarmee wij het helaas toch zullen moeten doen: nl. dat denken is het *bewust* verwerken van zintuiglijke prikkels. Het is niet onmogelijk, dat wij met deze definitie ook een aantal hogere zoogdieren in het menselijk leven hebben betrokken. Wij zullen daarin moeten berusten en wij zullen deze zoogdieren *zelfs* mischien wel excuus moeten vragen voor deze aanmatiging.

Terugkomend bij de bewusteloze patiënt zou men de volgende richtlijn kunnen poneren:

Zolang er kans bestaat op terugkeer van bewustzijn is er geen probleem: de medicus heeft dan de *plicht* alle middelen, die tot zijn beschikking staan, aan te wenden om het organisme in leven te houden.

Is deze kans echter menselijkerwijs gesproken afwezig, dan vervalt deze plicht. Het is duidelijk, dat de zwaarte van de beslissing, die moet worden genomen, het wenselijk maakt, dat er een communis opinio onder de behandelende artsen heerst.

Ten slotte nog één opmerking: onze beschouwingen zijn in hoge mate vastgehaakt aan de zo spectaculaire beademing. De door mij naar voren gebrachte opvatting geldt echter in even sterke mate voor het kunstmatig voeden, van vocht voorzien, het automatische bestrijden van elke infectie bij de irreversibel comateuze patiënt. Indien we eenmaal de overtuiging hebben dat het coma zal blijven, laat ons dan de moed hebben (ook tegenover het verplegend personeel) de consequenties te trekken, ook bij de patiënt, die nog zelf ademt, door alle kunstmatige toedieningen te stoppen.

INLICHTINGEN AAN DE POLITIE

Het geval „Uit de praktijk” in M.C. d.d. 24 januari 1964, komt mij niet moeilijk voor. Overal zal de politie naar de naam van een verkeersslachtoffer vragen. Dit is geen geheim, ook geen beroepsgeheim. Dat de recherche bij de man thuis een ontdekking doet is voor elke opsporingsambtenaar de gewoonste zaak van de wereld. Dit gebeuren ligt ook buiten het ziekenhuisterrein.

In het artikel komt de principiële vraag naar voren, of en in hoeverre het ziekenhuis kan dienen als verlengstuk van het politie-apparaat.

In wezen is het ziekenhuis voor de politie het terrein van de politie-arts. Deze kan bepalen, wat wel en wat niet onder het beroepsgeheim valt. Hier geldt immers de regel, dat een getroffene of patiënt, die zich wendt tot enig geneeskundige, zich niet wendt tot de politie. Politieverhoor in een ziekenhuis kan daarom alleen met instemming van de patiënt plaatshebben. Omgekeerd is het ziekenhuis uiteraard geen heilige schuilplaats. De politie mag weten, of iemand, die zij zoekt, zich daar wel of niet bevindt. Wel is een politiepost (dit als voorbeeld) voor een ziekenzaal een onding. Wil de politie ontvluchting voorkomen, dan kan zij overplaatsing gelasten naar een ziekenafdeling van een huis van bewaring. Over de klinische mogelijkheid hiertoe beslist (in overleg met de behandelend geneesheer) de politie-arts.

Hoe staat het met de zwijgplicht van deze politie-arts? Deze heeft een ambtelijke opdracht (welk letsel? levensgevaar?). Die vragen kan hij uit eigen onderzoek beantwoorden. De patiënt dient wel te weten, wie hij is, d.w.z. de politie-arts dient zich als zodanig bekend te maken. Deze functionaris is evenwel geen opsporingsambtenaar. Tevens moet de patiënt elke dokter kunnen vertrouwen. Hieruit volgt, dat hetgeen deze arts buiten zijn opdracht ontdekt of te weten komt voor hem evenzeer beroepsgeheim is, tot dat de getroffene hem na overleg, bewust van zijn zwijgplicht ontslaat. Als een politie-arts in functie aan de justitie meedeelt, dat iets valt onder het beroepsgeheim, zal dit als regel door de rechter worden aanvaard; het zal althans niet mede leiden tot strafvervolgung. Wel kan het nuttig zijn, als de politie-arts de justitie meedeelt of enig spoor juist, danwel onjuist (meer niet) is. Dit voorkomt, dat terwille van de geheimhouding spelletjes worden gespeeld. Overleg met collegae-artsen in het ziekenhuis is in haast alle gevallen gewenst, en vanwege het bovengezegde ook niet nadelig.

Hier komt weer een ander probleem naar voren. Het beroepsgeheim dient in de eerste plaats tot bescherming of veiligstelling van het beroep, daarnaast ook van de patiënt. D.w.z. (een gewoon menselijke regel), dat iemands gezondheid belangrijker wordt geacht, dan het sociale belang van de opsporing van enige verdachte. Het belang van iemands gezondheid is bovendien een sociaal belang. Maar ook de justitie heeft een sociaal-sanerende functie. Hier ligt een raakpunt. Pleegt iemand een misdrijf door of uit aanleg, dan is, sociaal gezien, ingrijpen noodzaak. Hier kan therapie worden bedreven. In dezelfde mate is de patiënt minder strafbaar. Er zijn andere gevallen, waarin de delinquent de draagwijdte van zijn asociale handelen niet overziet. Al-

weer kan de politie-arts een brug slaan tussen patiënt en strafrechter. Daaruit volgt, dat het beroepsgeheim nooit absoluut kan zijn. Waar het belang van de patiënt eindigt en dat van de samenleving begint, kan alleen door overleg tussen politie-arts en rechter (aan de hand van medische ethiek en jurisprudentie) worden uitgevochten.

Gevolg van deze conclusie is, dat de politie-arts zich over bepaalde hoofdstukken uit de medicina forensis moet hebben georiënteerd. Juist dan is hij de schakel, die én door de collegae-artsen én door de justitie kan worden aanvaard. De eersten ontlast hij van minder aangename bemoeiing met de justitie; de tweede verschaft hij waardevolle gegevens, die de moeilijke taak van de strafrechter kunnen verlichten.

Venlo, 31 januari 1964.

Dr. Th. Botman

Aan de discussie over „Inlichtingen aan de Politie” zou ik gaarne het volgende willen toevoegen:

Het komt mij voor, dat er een neiging bestaat aan het beroepsgeheim een ongewenste uitbreiding te geven. Een arts is m.i. slechts verplicht het stilzwijgen te bewaren over zaken, die hij beroepshalve te weten is gekomen: door vertrouwelijke mededelingen of door het onderzoek van een patiënt.

Met name dus over *geheimen*, die de patiënt tegenover zijn dokter heeft losgelaten, om deze laatste in staat te stellen zijn gezondheid te behartigen. Daarenboven kan een patiënt aan de arts geheimhouding verzoeken van andere zaken, die buiten deze vertrouwelijke sfeer vallen: bijvoorbeeld het feit, dat de patiënt de arts bezocht heeft.

Zeker buiten de vertrouwelijke sfeer vallen mededelingen omtrent naam, adres, leeftijd, burgerlijke staat, beroep en dergelijke. Deze gegevens worden door iedereen geregeld verstrekt zonder enige terughoudendheid; waarom zou de arts verplicht zijn, deze geheim te houden?

Het beroepsgeheim moet zeker niet zover gaan, dat een misdadiger hierdoor tegen de maatschappij beschermd zou worden, en dat de politie bij het opsporen van misdadigers belemmerd wordt. Iedere burger, die de politie hindert bij het uitoefenen van haar taak maakt zich medeplichtig aan de misdaad. Het is mij niet duidelijk, waarom dit voor de medicus niet zou gelden.

Degenen, die blijven twifelen of zij gerechtigd zijn bepaalde, niet vertrouwelijke, inlichtingen over hun patiënten aan de politie te verstrekken, mogen gewezen worden op de mogelijkheid dit schriftelijk te doen. Immers, men kan zich dan later altijd tegen een aanklacht verweren door aan te tonen, welke inlichtingen verstrekt werden. En men kan wijzen op het gebruik om „Pro Justitia” schriftelijk veel verder gaande inlichtingen omtrent aard van het letsel en levensgevaar te verstrekken.

Wanneer ik in de positie van „Ziekenhuisdirecteur” had verkeerd, zou het mij genoeg hebben gedaan, dat er weer een dief was gepakt, en zou ik de klacht van de delinquent rustig naast me neer hebben gelegd, omdat het beroepsgeheim hier in het geheel niet in het geding was.

J. de Lange, neurochirurg

Amsterdam, 8 februari 1964.



Zeer geachte Plattelandsarts,

In de eerste plaats: veel dank voor uw terechtwijzing. Nee, ik had het niet in de gaten. Ik hoop er mijn voordeel mee te doen en zodoende een streepje wijzer te worden. Mijn man en ik zijn het geheel eens met uw zienswijze op de positie van de doktersvrouw. Het is zelfs of ik mijn man hoor spreken, zij het dan in uw vormgeving. Weliswaar spreken wij nooit in termen van mijn praktijk of jouw praktijk; wij voelen de praktijk als een zorg voor ons samen, in die zin, dat mijn man uiteraard het medische, dus grootste en eigenlijke deel geheel op zijn schouders neemt en mij de niet-medische-, de assistentenwerkzaamheden en de klusjes opdraagt.

Van mijn ondeskundigheid ben ik mij terdege bewust. Dat proces is jaren geleden in gang gezet door een ander lesje van een collega van u. Als er destijds iemand uit de kring vertrok, was het gewoonte dat hij „uitgegeten” werd door de collegae met hun vrouwen. Het was bij zo’n gelegenheid dat ik aan tafel naast een oude dokter zat. Althans toen in mijn ogen oud, want ik was pas 23. Hij moet ongeveer 50 geweest zijn. „En mevrouw” vroeg hij, „zit u allang in X? Heeft uw man een drukke praktijk?” „Al een jaar, dokter,” zeg ik, „ja hij heeft het erg druk, het is een grote praktijk” „Doet u wel eens iets voor uw man?” vraagt hij verder. Ik ijverig opsommen wat ik wel allemaal deed: patiënten te woord staan natuurlijk, de boekhouding, eerste hulp verlenen als mijn man niet thuis is. „Zozo” knikt hij, „zozo, u weet er

dan zeker al aardig wat van”. Hij was waarschijnlijk een goed psycholoog die mij er regelrecht in liet tuinen, want ik antwoordde prompt: „Jaja, ik weet er al aardig wat van”. „Zozo” zegt hij weer, nu lichtelijk geamuseerd, „nu, dan weet u meer dan ik, want ik kom hoe langer hoe meer tot de conclusie, dat ik er eigenlijk maar weinig van weet, hahaha!”

Daar dit je dan, verslagen... Maar niet voor lang. Gewoon je lesje leren dat je thuisbezorgd krijgt, bij stukjes en beetjes rijpen, verder!

Ik neem ook uw les gaarne ter harte, maar toch, maar toch... heb ik het gevoel dat sommige van de doktersvrouwen die zich „als een barrière stellen tussen hun man en zijn praktijk” tekort wordt gedaan. De vraag die mij dikwijls bezighoudt is: waarom gedragen zij zich zo of anders gezegd: waarom trekken sommige vrouwen zo aan hun man? Er is natuurlijk een heel scala van antwoorden mogelijk op deze vraag van het simpelste: louter bemoeizucht, – fout, verkeerd – tot een zeer complex: uit nood.

Ik ben hier nog lang niet over uitgedacht, nog lang niet.

Een collega huisartsenvrouw vertrouwde mij eens toe, dat de praktijk haar voorkwam als een vijandige amorfe massa, die elke dag weer kwam opzetten als een veelkoppig monster. En al die koppen namen steeds een stukje van haar man mee, totdat er tenslotte niets meer van hem over zou zijn. Overdreven? Misschien wel. Toch was zij een flinke en reële vrouw, die het veel te druk had met haar zes opgroeiende kinderen om „kinderachtig” te zijn, of „kleinzerig”. Trok zij teveel aan hem? Waarschijnlijk wel. Waarom? Misschien voelde zij intuïtief dat er iets mis ging. Het ging ook mis. Kort daarop had haar man een break-down, die hem een half jaar uitschakelde.

Ik ken een andere doktersvrouw, die somwijlen door haar man wordt afgesnauwd op een manier die geen enkele ondergeschiedte zou nemen. Zij wel. Zij weet, dat er met ruzie niets wordt bereikt. Zij is een ingetogen en bescheiden vrouw, iemand die zo niet opvalt, zodat je wel kunt begrijpen, dat de nood hoog gestegen is, voor zij ertoe kwam iets van haar zorgen prijs te geven. Hij besteedt al zijn tijd en een deel van zijn nachtrust aan de praktijk. ’s Morgens is hij niet uit bed te krijgen. Hij praat veel en lang met zijn mensen. Elke patiënt vindt een begrijpend en geduldig man tegenover zich. Zij niet. Geen tijd. In zulke gevallen kan ik mij voorstellen dat een doktersvrouw een barrière wordt. Natuurlijk is het niet de goede manier en het kan zo nooit tot een oplossing komen. Haar houding is een symptoom van een interne disharmonie. Persoonlijk heb ik de overtuiging dat meerdere doktersvrouwen zich in een dergelijke situatie bevinden.

Wat uw aquarelletje betreft: t’is aardig van kleur, maar niet voldoende uitgewerkt. Want, me-lieve-man, kijkt die dokter in kwestie dan niet, steeds als hij thuiskomt van visites, eerst op de lei waar hij toch langs komt, of er iets is geweest? Er kan toch een spoedboodschap opstaan? Of schrijft zij niet consequent alle binnengekomen boodschappen en telefoontjes op? Hoewel, als er niets opstaat, zal hij met zijn jas nog aan, ofschoon eigenlijk overbodig, toch nog wel gevraagd hebben, voor de zekerheid, of gewoon als groet: „Niet geroepen van Legendijk?”

Met verschuldigde hoogachting,

Huisartsenvrouw.

MAATSCHAPPIJ AGENDA

- 5 maart — Vergadering Centraal Bestuur
L.S.V. met districtsvoorzitters
- 11 april — Ledenvergadering L.S.V.
- 12 juni — Ledenvergadering L.H.V.
- 4 juli — Alg. Vergadering der Maatschappij
- 17 september — Vergadering Centraal Bestuur
L.S.V. met districtsvoorzitters
- 8, 9, 10 oktober — Ledencongres der Maatschappij
- 24 oktober — Ledenvergadering L.S.V.
- 13 november — Ledenvergadering L.H.V.
- 21 november — N.H.G.-congres
- 28 november — Ledenvergadering L.A.D.
- 19 december — Alg. Vergadering der Maatschappij

GEBRUIK VAN SALK-VACCIN IN NEDERLAND

Onlangs heeft het Tweede Kamerlid de heer Bruggeman (P.S.P.) de volgende schriftelijke vragen gesteld aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid:

1. Is het waar, dat alleen in Nederland in de strijd tegen kinderverlamming uitsluitend gebruik wordt gemaakt van Salk-vaccin – behalve incidenteel op Tholen –, terwijl in alle andere landen een intensieve propaganda gemaakt wordt voor Sabinvaccin en dit ter beschikking van de artsen gesteld wordt?

2. Zo ja, kan de staatssecretaris mededelen welke beweegredenen ertoe geleid hebben om het Sabinvaccin niet te gebruiken?

3. Kan de staatssecretaris mededelen, of het juist is, dat het Sabinvaccin niet ter vrije beschikking staat van artsen, die dit vaccin – naar hun oordeel beter aan het gestelde doel beantwoordend – willen gebruiken?

4. Zo de staatssecretaris vraag 3 bevestigend moet beantwoorden, wat is hiervan de beweegredenen?

De staatssecretaris heeft op deze vragen thans het volgende antwoord:

1. Van de negentien landen welke zijn aangesloten bij de Association Européenne contre la Poliomyélite werd voor algemene toepassing in 1963 uitsluitend Salkvaccin gebruikt door Nederland, Finland, Zweden, Frankrijk, Griekenland, Portugal en Spanje.

In Denemarken werd zowel Salk- als Sabinvaccin (oraal) gebruikt; in elf Europese landen vond uitsluitend Sabinvaccin toepassing. In 1958–1959–1960–1961 en 1962 bedroeg dit aantal 0 resp. 2, 4, 7 en 9.

De vaccinkeuze in die negentien Europese landen kan over de jaren 1958–1963 uit de volgende tabel worden afgelezen:

Landen		'58	'59	'60	'61	'62	'63
Tsjechoslowakije	s	s	o	o	o	o	o
Oost-Duitsland	s	s	o	o	o	o	o
Hongarije	s	o	o	o	o	o	o
Finland	s	s	s	s	s	s	s
Roemenië	s	s	s	o	o	o	o
Zweden	s	s	s	s	s	s	s
Polen	s	o	o	o	o	o	o
Denemarken	s	s	s	s	s	s	o
Zwitserland	s	s	s	o	o	o	o
Oostenrijk	s	s	s	o	o	o	o
Nederland	s	s	s	s	s	s	s
West-Duitsland	s	s	s	s	o	o	o
Engeland	s	s	s	s	o	o	o
België	s	s	s	s	s	o	o
Frankrijk	s	s	s	s	s	s	s
Griekenland	s	s	s	s	s	s	s
Portugal	s	s	s	s	s	s	s
Spanje	s	s	s	s	s	s	s
Italië	s	s	s	s	s	o	o
Aantal landen: Salk (= s)		19	17	15	12	10	8
oraal (= o)		0	2	4	7	9	11

2. In Nederland werd op grond van de bereikte resultaten met het Salkvaccin nog geen aanleiding gevonden over te gaan op oraalvaccin. De gezondheidsraad heeft tot nu toe geen advies uitgebracht waarin geadviseerd werd oraalvaccin – anders dan in incidentele gevallen – toe te passen.

3. Het is juist dat Sabinvaccin niet ter vrije beschikking staat van de artsen.

4. Het Sabinvaccin is onder de huidige omstandigheden niet geschikt voor vrije toepassing voor individuele artsen: het moet doelbewust en in georganiseerd verband worden gebruikt.

De bijzondere betekenis van het Sabinvaccin – de mogelijkheid tot het terugdringen van de virusverspreiding – komt op de meest efficiënte wijze tot haar recht door massale toediening binnen een kort tijdsbestek aan daarvoor in aanmerking komende bevolkingsgroepen.

MEDIC ALERT VAN START

In de loop van 1963 werd de stichtingsakte gepasseerd van de Stichting Medic Alert Nederland. Het voorzitterschap wordt bekleed door Jhr. Dr. W. J. Quarles van Ufford te Utrecht, het secretariaat is in handen van mevr. N. A. O. van der Hoeven-Wegener Sleswijk, arts, van Aerssenstraat 76 te den Haag. De bedoeling van deze stichting is verschillende groepen mensen van armbanden of kettingen met het Medic Alert-embleem te voorzien. Op de achterzijde van het embleem bevindt zich een korte aanduiding van de ziekte of overgevoeligheid terwijl er bovendien een telefoonnummer op staat vermeld. Dit is het telefoonnummer van het Roode Kruis Ziekenhuis te den Haag. Hier berust een register op nummer (dat correspondeert met een nummer op ieder plaatje). In dit register zijn nadere bijzonderheden over de patiënt opgenomen. Deze bijzonderheden worden op aanvraag aan de behandelend arts verstrekt. De vier categorieën patiënten zijn:

a. patiënten, overgevoelig voor een bepaald geneesmiddel, bijvoorbeeld sera, antibiotica enz.;

b. lijdens aan bepaalde chronische ziekten die voortdurend een behandeling nodig hebben (diabetes, epilepsie, enz.;

c. patiënten, behandeld met anticoagulantia of corticosteroiden;

d. mensen die veel onderweg zijn en graag hun bloedgroep bij zich dragen, hierbij ook diegenen die tegen tetanus zijn geïmmuniseerd en die bij ongeval slechts een „injection de rappel” nodig hebben.

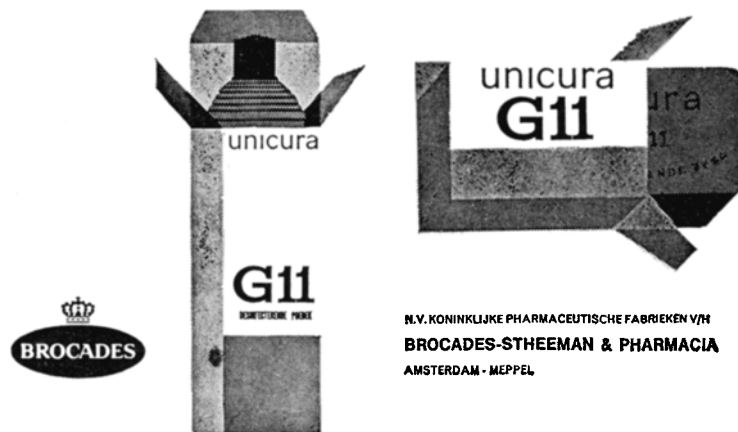
De totale kosten voor de patiënt bedragen f 10,—. Hiervoor ontvangt hij dus de gegraveerde armband of halsketting, is hij of zij opgenomen in het register in het Roode Kruis Ziekenhuis en worden, indien hem in het buitenland een ongeluk overkomt, de internationale telefoonkosten door de stichting Medic Alert gedragen. De stichting zoekt de betreffende artsen patiënten bij de invulling van hun formulieren voor het medische gedeelte enigszins behulpzaam te willen zijn. Zij ontvangen allen binnenkort een aanvraagkaart voor Medic Alert formulieren.

unicura

G11

zeep en huidpoeder met hexachlorofeen als desinfectans

Reeds vele jaren wordt door de artsen het belang van een wèrkelijk desinfecterende zeep ingezien. Met een dergelijk produkt immers kan de desinfectie van de huid beter en sneller geschieden zonder de omslachtige procedure te volgen, die anders noodzakelijk is. Naast G11 zeep is nu tevens een huidpoeder dat G11 bevat in de handel gebracht. Het gebruik hiervan ondersteunt de desinfecterende werking van de zeep. Voor pre-operatieve handendesinfectie en voor het dagelijks gebruik in de praktijk; voor de baby-verzorging en de profylaxe van mastitiden en stafylokokkeninfecties; bij de behandeling van intertrigo, carbunkels en furunkels; als desodorans bij overmatige transpiratie.



INPOLDERING EN GEZONDHEIDSZORG

Onder deze titel schreven wij in september 1962*) over het beëindigen van het werk van de Ministeriële Commissie inzake de gezondheidszorg in de Zuiderzee polders. Wij spraken toen de hoop uit, dat het rapport van deze commissie spoedig de ministerraad zou passeren en worden vrijgegeven voor publicatie. Thans kunnen wij de lezer mededelen dat een en ander nu heeft plaatsgevonden en dat het bedoelde rapport is opgenomen in het – enkele weken geleden verschenen – decembernummer van de „Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid”***).

Het rapport vangt aan met een uiteenzetting over wat aan de instelling van de commissie (op 19 november 1954) is voorafgegaan, de beschrijving van de essentie van de plannen van Prof. Tuntler en Prof. Waszink, die ontstonden als bezinning op de gezondheidszorg als geheel met als grondgedachte het coördineren van preventieve en curatieve zorg in de persoon van de huisarts, waarbij ook de mogelijkheid van het verrichten van wetenschappelijk werk door de huisarts een uitgangspunt is geweest. In het rapport treft men vervolgens de rede aan van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, gehouden bij de installatie der commissie en het antwoord daarop van de directeur-generaal, Prof. Dr. Muntendam die aanvankelijk als voorzitter optrad, later opgevolgd werd door collega Dijkhuis, hoofdinspecteur van de Volksgezondheid.

In een volgend hoofdstuk van het rapport worden voorstellen gedaan betreffende een proefneming met een nieuwe vorm van gezondheidszorg, waarbij in afzonderlijke hoofdstukken aandacht wordt geschonken aan probleemstelling en richtlijnen, aan de bepaling van de grenzen van de proefneming, aan de praktische uitvoering, de voorwaarde van samenwerking waaraan voldaan moet worden en tenslotte aan de organisatie en financiering. Van hetgeen in het 25 pagina's tellende verslag van de studie over deze onderwerpen wordt medegedeeld, wordt de volgende samenvatting gegeven.

Als gebied ter beproeving van een te ontwerpen nieuwe vorm van gezondheidszorg is een der Zuiderzeepolders, Oostelijk Flevoland, gekozen. Ten eerste omdat de samenstelling van de bevolking en de bijzondere bestuursvorm in de kolonisatie-periode van deze polders gunstige mogelijkheden bieden voor de organisatie, ten tweede omdat de inkomende bevolking, losgemaakt uit hun vertrouwde omgeving en komende in een aanvankelijk leeg gebied, meer dan normaal behoefte zal hebben aan een integrale gezondheidszorg.

Het rapport geeft slechts grote lijnen aan. De huisarts zal, deels in samenwerking met anderen, naast zijn curatieve zorg, welke niet van de curatieve zorg van de huisarts op het oude land zal verschillen, volledige preventieve zorg aan zijn patiënten geven en op deze wijze de aan hem toevertrouwde gezinnen begeleiden. Om hiervoor tijd vrij te kunnen maken zullen de praktijken een betrekkelijk laag zielen aantal hebben. De vrije artskenkeuze zal hier volledig gehandhaafd blijven.

Bij de uitvoering wordt een hoge mate van flexibiliteit

noodzakelijk geacht. Anderzijds moet er voor worden gewaakt, dat de grondbeginselen gehandhaafd blijven. Dit bracht de Commissie er toe een organisatorische en bestuurlijke vormgeving aan te bevelen, bestaande uit een curatorium op landelijk niveau werkend, met de taak de grote lijnen te bewaren, met daarnaast een dagelijks bestuur, het Openbaar Lichaam, de plaatselijke werkers en de bevolking vertegenwoordigend, en waarin voorstellen tot koerswijziging kunnen worden uitgewerkt.

De duur van de bijzondere vorm van gezondheidszorg is niet bepaald. De bijzondere organisatievorm zal in eerste instantie blijven bestaan zolang de kolonisatie van de polder duurt. Hierna zal, naar de opstellers van dit rapport hopen, een toestand zijn ontstaan, waarbij op andere basis een continuering van deze vorm van gezondheidszorg mogelijk zal zijn.

De bijzondere materiële voorzieningen op het gebied van

HET ARTSENBESTAND IN NEDERLAND

Een onlangs verschenen bulletin van de Geneeskundige Hoofinspectie (ghi-bulletin) is gewijd aan het artsenbestand in Nederland. Men vindt daarin elf tabellen en tien figuren, die gegevens bevatten over het aantal geneeskundigen per groep van de bevolking, over de leeftijdsopbouw van de geneeskundigen en de spreiding van geneeskundigen over het land. De artsen zijn ingedeeld in de categorieën: huisartsen, specialisten, overige geneeskundigen en rustenden.

De geneeskundig Hoofinspecteur schrijft in een inleiding, dat de registratie van artsen bij de Hoofinspectie in de afgelopen jaren een zodanige perfectie heeft bereikt, dat het verantwoord is daaruit mededelingen te doen. Hij merkt ook op, dat deze registratie toch nog wel onnauwkeurigheden zal bevatten en aanvullingen behoeft. Zo is bijvoorbeeld de categorie „overige artsen” nog een verzamelbegrip. Daaronder vallen zowel afgestudeerde artsen die wel zijn geregistreerd maar hun bestemming nog niet hebben gevonden, alsook degenen die een ambtelijke functie bekleden.

Van de gegevens die het bulletin verstrekt nemen wij er hier enkele over. Het aantal geneeskundigen per 10.000 inwoners bedraagt voor het gehele land 11,1; huisartsen zijn er 4,0, specialisten 3,5 en overige geneeskundigen 3,7 per 10.000 inwoners. Het totaal aantal artsen is 14.488. De verdeling hiervan is als volgt: huisartsen zonder apotheek 3.088, huisartsen met apotheek 1.561, (totaal: 4.649), specialisten 4.070, overigen 4.308, rustenden 1.461. Van de groep artsen beneden 30 jaar is nog slechts 9 procent huisarts en 0,5 procent specialist. Ruim 90 procent van deze groep is ingedeeld in de categorie „overigen”; deze jonge artsen moeten voor een groot deel hun bestemming nog vinden.

de gezondheidszorg zullen, naar de overtuiging van de opstellers van het rapport, moeten worden gefinancierd door het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, op dezelfde wijze als het Ministerie van Verkeer en Waterstaat de bijzondere voorzieningen, samenhangend met de inpoldering en kolonisatie voor zijn rekening neemt.

Zodra de draagkracht van de poldergemeenschap enigszins met die van het omgevende land te vergelijken zal zijn, dienen de lasten vanzelfsprekend door de bevolking te worden overgenomen. De overgang van de min of meer kunstmatige maatschappij, welke zal functioneren zolang het Openbaar Lichaam aanwezig is, zal zorgvuldig moeten worden uitgekozen en voorbereid, opdat aansluiting bij de bestaande, dan hopelijk in dezelfde richting geëvolueerde toestand in het oude land, zal kunnen plaatsvinden.

* * *

Zoals reeds bericht in M.C. van 20/27 december 1963 is inmiddels op 4 december jl. de „Stichting Gezondheidszorg Oostelijk Flevoland” opgericht, in welke stichting ook de Maatschappij voor Geneeskunst is vertegenwoordigd. Als voorlopig bestuur van deze stichting treedt – totdat de in het rapport aanbevolen bestuursvorm zal zijn gerealiseerd – de adviescommissie op die het rapport heeft samengesteld.

*) M.C. 1962 no. 38 pag. 607. Tengevolge van een storende zetfout moeten de regels 11 t m 14 van de rechterkolom gelezen worden onder aan de linkerkolom.

**) De Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid te 's-Gravenhage (Parkweg 10-14) is bereid belangstellenden gratis een overdruk van dit rapport toe te zenden.

VRIJE PRAKTIKANTEN EN VRIJE TIJD

Uit de beschouwing van het Eerste Kamerlid de heer Kranenburg (C.H.U.) bij de behandeling van de begroting 1964 van Sociale Zaken en Volksgezondheid knippen wij (uit de Handelingen) de volgende passage:

„Mijnheer de voorzitter! Het terrein van de gezondheidszorg is uitgebreid en heeft vele kanten. Wanneer we het beeld van deze tijd beschouwen, dan komt vooral de huisarts, doch ook de specialist en de tandarts achteraan. Hier wordt niet bedoeld de wetenschappelijke kennis en het behartigen van de volksgezondheidsbelangen, maar de organisatievorm van de praktijk en de wijze, waarop getracht wordt te komen tot een veel kortere werktijd. Het aantal regelingen voor vakantie, voor de zondag, voor het weekend en hier en daar ook wel voor de doordeweekse avonden, neemt toe, doch zal geen oplossing bieden om als mens van de moderne tijd de wens naar vrije tijd en recreatie op deze wijze voldoende te bevredigen.

Al moge dan het werken van zeven dagen in de week met nachtelijke onrust iets korter zijn geworden, de oplossing is moeilijk denkbaar, wanneer niet een vorm van samenwerking wordt gevonden. Met Prof. Hornstra ben ik van mening, dat arbeidsverkortening en beklemtoning van de vrije tijd niet halt houden bij de sector van de materiële productie, doch evenzeer bezit zullen nemen van de sector van de menselijke dienstverlening, hetwelk betekent, dat vrije prakti-

kanten op medisch en tandheelkundig gebied de kwesties omtrent de vrije tijd ernstig onder ogen zullen moeten gaan zien.

Het moet van belang worden geacht, zonder dat dit als inmenging in het vrije beroep moet worden beschouwd, dat hieromtrent in het belang van praktikant en patiënt door de bewindslieden een, aan duidelijkheid niets te wensen overlatend, advies wordt verstrekt.”

SPECIALISTEN IN DE BONDSREPUBLIEK

Aan een artikel getiteld „Das Facharztwesen der Bundesrepublik” in Deutsches Ärzteblatt, Ärztliche Mitteilungen van 8 februari jl. ontleen wij de volgende gegevens:

Bij besluit van de 59ste Duitse Artsendag worden onderstaande specialismen erkend. Achter de specialismen treft men aan hoeveel jaren de (minimum-)opleidingstijd hiervoor is:

1. Innere Krankheiten	5 Jahre
2. Lungenkrankheiten	4 Jahre
3. Kinderkrankheiten	4 Jahre
4. Nerven- und Gemütskrankheiten	4 Jahre
5. Haut- (Dermatologie) u. Geschlechtskrankheiten	3 Jahre
6. Chirurgie	5 Jahre
7. Orthopädie	4 Jahre
8. Urologie oder Krankheiten der Harnwege	4 Jahre
9. Mund- und Kieferkrankheiten	3 Jahre
10. Neurochirurgie	5 Jahre
11. Frauenkrankheiten u. Geburtshilfe	4 Jahre
12. Augenkrankheiten	3 Jahre
13. Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	3 Jahre
14. Anästhesie	4 Jahre
15. Röntgen- und Strahlenheilkunde	4 Jahre
16. Laboratoriumsdiagnostik	4 Jahre

De verdeling over de verschillende specialismen, onderverdeeld naar vrij gevestigde specialisten en hen die aan een ziekenhuis zijn verbonden, is als volgt:

	in freier Praxis	in Kranken- häusern
a) Anästhesie	14	152
b) Augenkrankheiten	1743	178
c) Chirurgie	1303	2468
d) Frauenkrankheiten u. Geburtshilfe	2089	914
e) Hals-Nasen-Ohren	1788	238
f) Haut- u. Geschlechtskrankheiten	1369	223
g) Innere Krankheiten	4077	2801
h) Kieferchirurgie	71	38
i) Kinderkrankheiten	1713	705
j) Laboratoriumsdiagnostik	107	100
k) Lungenkrankheiten	592	646
l) Nerven- u. Gemütskrankheiten	924	877
m) Orthopädie	808	240
n) Röntgen- u. Strahlenheilkunde	705	452
o) Urologie	359	156
p) Neurochirurgie	3	56

MAATSCHAPPELIJK LEVEN EN AUTOMATISERING

Computers in dienst van het menselijke geheugen

Wij leven in vele opzichten in een ongekend boeiende tijd. De verrassend snelle ontwikkeling van de natuurwetenschappen en een van de voornaamste toepassingen daarvan, de techniek heeft onze wereld in korte tijd vrij radicaal veranderd. Onze wijze van leven, werken, denken en voelen, onze wijze van bestaan wordt sterk beïnvloed en soms wellicht beheerst door de techniek, een woord dat eigenlijk pas in onze tijd een zeer concrete en voor de existentie van de mensheid van tegenwoordig bijna conditionele grootheid aangeeft.

Het merkwaardige is, dat wij ons hiervan in het gewone dagelijkse leven nauwelijks bewust zijn, we aanvaarden tamelijk voetstoots en laten het aan enkele deskundigen over de consequenties van al deze veranderingen als probleem te stellen, zoals overigens ook deze veranderingen zelf het gevolg zijn van het denkwerk van enkelen. Tegelijk met de aanvaarding ervan zijn we weinig bereid ons deze veranderingen te realiseren en onze wijze van bestaan en denken als geheel zodanig te herzien, dat we de technische ontwikkelingen gemakkelijk kunnen blijven beheersen. De technische ontwikkeling lijkt de maatschappelijke vooralsnog ver voor te zijn.

Op enkele aspecten van de techniek – de mechanisering en automatisering –, op de plaats van de mens daarin en met name op de modernste en voor de toekomst wellicht meest belangrijke vorm daarvan, de elektronische informatieverwerking, wordt hier iets nader ingegaan. De bedoeling is daarbij allerminst een naar volledigheid tenderend overzicht te geven; dit artikel wil niet meer zijn dan een journalistieke inventarisatie.

Aanvankelijk werd in de industrie voornamelijk het productieproces gemechaniseerd, terwijl daarbij hier en daar ook sprake was van werkelijke automatisering. Later drong de mechanisatie ook in de administratieve afdelingen van de bedrijven door. En in de laatste jaren heeft ook daarin de automatisering – die in de administratieve sector elektronische informatieverwerking wordt genoemd – haar intrede gedaan. Mechanisering en automatisering hebben de werkzaamheden sterk beïnvloed: er ontstonden nieuwe functies, de interne organisatiestructuur moest worden veranderd. Mede door de grotere aandacht voor produktontwikkeling, marktonderzoek, industriële vormgeving, bedrijfsorganisatie, beloningstechnieken, vakopleiding, personeelsbeleid en verkoopplanning ontstond de vraag naar specialisten op diverse niveaus. De bedrijfsstructuur werd daarmee steeds ingewikkelder en ondoorzichtiger en alleen al een doeltreffende leiding ging steeds groter aandacht voor menselijke verhoudingen eisen. De steeds verder verdeelde specialisaties en verder uitgebreide automatisering leiden er o.a. toe, dat de mens werk doet dat in geen ver-

houding staat tot zijn capaciteiten, die hij van nature heeft meegekregen of door studie heeft verworven. Aan zijn drang naar zelfstandige arbeid en eigen verantwoordelijkheid werd steeds minder voldaan.

Het bedrijfsleven heeft, soms gedwongen door de krappe arbeidsmarkt, vaak ook uit begrip voor de noodzaak van verbetering van de arbeidsverhoudingen en ook omdat het tot een zo hoog mogelijke produktiviteit moest komen om opgewassen te zijn tegen de sterke binnen- en buitenlandse concurrentie, zich intensief bezig gehouden met die menselijke verhoudingen; het werd daarbij gesteund door publicaties, congressen en wetenschappelijke onderzoeken.

Tot dusverre heeft men het voornamelijk gezocht in een behoorlijk loonniveau, vele genuanceerde sociale voorzieningen, verbetering van de werkomgeving, ideeën-bussen, personeelsorganen, moderne kantines enz. Op zichzelf zijn dit belangrijke verbeteringen, die het werken prettiger hebben gemaakt. Toch blijken bij de uitvoerende arbeid in fabriek en op kantoor de aard van die arbeid en de mate van verantwoordelijkheid daarbij een steeds grotere rol te gaan spelen en zelfs te prevaleren boven verder gaande sociale voorzieningen of hogere lonen. Dit probleem van de mens, die zich niet voldoende kan ontplooiën, is actueel.

Onderzoeken hebben uitgewezen, dat de mens die in een sterk centralistisch geleide onderneming, een taak krijgt toegewezen, waarbij hij maar een uiterst klein deel van zijn vermogens behoeft aan te spreken, zich gaat verweren. Diverse verschijnselen – zoals ongeïnteresseerdheid, onverschilligheid, lage prestatie, de informele organisatie en een sterk materiële instelling, culminerend in een toegespitste belangstelling voor het loonniveau – vormen de afweermechanismen tegen de formele organisatie, die geen ruimte laat voor een zekere verantwoordelijkheid, vrijheid en creativiteit. Vaak werden de verschijningsvormen van deze afweermechanismen gezien als bewijs, dat de betrokkenen niet de potentie hadden en ook niet de behoefte om ander werk te doen en dat hun interesse uitsluitend naar een steeds hogere materiële beloning ging.

Uitvoerige enquêtes en sommige experimenten geven echter aan, dat ieder mens behoefte heeft ook of juist in zijn werk zijn menselijke capaciteiten te gebruiken.

Verdere experimenten zijn zeker gewenst, niet alleen uit menselijke overwegingen, niet alleen omdat voor die functies waar het hier om gaat op den duur onvoldoende gegadigden zouden zijn, niet alleen omdat de gevolgen van de afwerende houding een bewust laag gehouden produktiviteit tengevolge hebben, maar vooral ook omdat gebleken is, dat de instelling, die deze mensen zich bij hun werk in het bedrijf eigen hebben gemaakt, duidelijke gevolgen heeft voor hun houding

buiten dat bedrijf, bij hun eigen levenshouding en bij de opvoeding van de kinderen.

Een verbetering moet worden gezocht – en wordt al gezocht – in een minder centrale leiding en in taakverruiming.

* * *

Automatisering in de productie betekent een zelfwerkend proces, waarvan het verloop zich weerspiegelt in de controlekamer, waar in de wanden meet- en registratie-apparatuur is ingebouwd. Bij deze produktievorm zijn weinig mensen betrokken, voornamelijk onderhoudspersoneel en enkele operators, mensen, die in de controle kamer de gang van zaken moeten volgen. Die operators moeten aan nog al aparte eisen voldoen. Verreweg het grootste deel van hun werktijd behoeven ze weinig uit te voeren, alleen als er iets gebeurt moet snel en terzake worden ingegrepen. Geestdodende inactiviteit naast plotselinge werkzaamheid met een grote verantwoordelijkheid. Bij de selectie spelen daarom de hobby's van de kandidaten een grote rol. Die hobby's moeten een werkelijk ontspanning mogelijk maken.

De geautomatiseerde apparatuur in de niet-productiesector – de elektronische informatieverwerkende machine, kortweg *computer*, vraagt per eenheid (gemiddeld, want ze zijn er, in allerlei formaten) tussen de 15 en 20 specialisten, waarvan 40 % programmeurs, 25 % operators, 20 % vooronderzoekers en 15 % onderhoudsmensen.

Het nog jonge verschijnsel *computer* – in 1957 werd het eerste exemplaar op het Europese continent geplaatst – is nog in volle beweging. Uit een onderzoek, dat begin 1963 is afgesloten, bleek dat er eind 1961 in Europa ruim 1500 computers waren geplaatst en meer dan 1400 besteld. In de VS stonden er toen bijna 7500. Deskundigen verwachten, dat het aantal machines in 1970 in de huidige E.E.G.-landen ongeveer 10 maal zo groot zal zijn en dat het aantal computerspecialisten dan zal zijn toegenomen (van een 20.000 nu) tot een 300.000; daarbij zullen indirect zeker een 4 miljoen mensen betrokken zijn. Een ruwe raming voor Nederland komt tot 700 computers met 14.000 specialisten en 200.000 mensen, die er directe invloed in hun werk van ondervinden.

We moeten ons bij deze cijfers realiseren, dat het hier alleen om de computers gaat, de machines voor de elektronische informatieverwerking dus en niet om de automatisering van het productieproces. Bij de gehele automatisering zijn aanzienlijk meer mensen betrokken.

Belangrijke sectoren, waar in Nederland al van computers gebruik wordt gemaakt, zijn de industrie, de service bureaus, banken, giro-instellingen, verzekeringsmaatschappijen, handel, vervoerbedrijven, openbare nutsbedrijven en de rijksoverheid. Onder de vele sectoren, die naar verwachting de komende tien jaar met de administratieve automatisering zullen beginnen vallen ook kruisverenigingen, ziekenhuizen en ziekenfondsen.

Het automatiseringsverschijnsel in het bedrijf heeft verschillende belangrijke gevolgen van sociologische of sociaal-psychologische aard, waarvan er hier een aantal in punten is samengevat.

– het optreden van nieuwe specialisten, die direct bij de technische apparatuur zijn betrokken, de operators, de onderhoudsmensen, de programmeurs etc.

– minder uitvoerend personeel in de fabriek en op de administratieve afdelingen.

– minder middenkader – de chefs van de mensen uit het vorige punt.

– minder middenkader en dus minder promotiekansen.

– onderbreking van de opvolgingslijnen door het hiaat tussen de lagere en de hogere leidinggevende functionarissen waardoor de interne voorziening bij de opvolging van het topkader wordt bemoeilijkt.

– minder behoefte aan lijnfunctionarissen (de leiders van de afdelingen en de groepen), en een sterke toeneming van de behoefte aan staffunctionarissen (specialistische adviseurs of onderzoekers), vooral ook omdat naast de technische, economische en juridische deskundigen, nu ook sociologen, psychologen en maatschappelijke werkers hun intrede in het bedrijf doen.

– toeneming dus van de staf in kwantiteit, maar ook in kwaliteit en door de aard van deze groep – vaak academici – ook vergroting van de invloed van de staf.

– er zullen dus meer stafmensen in de top komen en van die stafleden zullen de nieuwe ideeën moeten komen. Creativiteit is hier essentieel, maar ook integratie. Met andere woorden het wordt een nieuwe opgave om die specialisten op uiteenlopende vakgebieden – die tijdens hun studie vaak tussen de muurtjes van hun vak zijn gehouden – werkelijk te laten samenwerken, om ze begrip te laten krijgen voor elkaars werk, voor de interdependentie van de problemen die hier spelen en tenslotte om tot een synthese te komen van alle ontwikkelingen en adviezen.

– de aard van de organisatiestructuur, zoals die tot dusverre is gegroeid impliceerde een grote waardering voor de lijnfunctionarissen. Nu zal ook het begrip moeten groeien, dat leden van het stafpersoneel even belangrijk en vaak zelfs belangrijker kunnen zijn dan hoge lijnfunctionarissen. Het statusverhogende karakter van een leidinggevende functie doet vele stafleden thans voor de verleiding bezwijken om van een staffunctie in een leidinggevende functie over te stappen. Dat statusverhogende effect is bezig een loos overblijfsel te worden van een situatie die geen werkelijkheid meer is.

Stafleden met de mentaliteit, die past bij hun werk, moeten de creatieve figuren zijn, die onmisbaar zijn voor een noodzakelijk bedrijfsbeleid. Stafleden zullen vaak door hun instelling minder geschikt zijn voor een lijnfunctie.

* * *

Automatisering betekent, dat tal van functies zullen verdwijnen, andere (specialistische) functies ontstaan, maar dan op een hoger niveau. Veel van de betrokken mensen zullen een andere functie in het eigen of in een ander bedrijf kunnen krijgen, soms na om- of bijscholing. Vele mensen zullen door capaciteiten of leeftijd het andere, vaak hoger, niveau niet kunnen halen, vooral ook omdat omscholing of tewerkstelling in een ander bedrijf bij een grote categorie op een weinig vruchtbare instelling zal stuiten.

Het is nog niet duidelijk hoe groot deze frictiegroep zal zijn. In Europa – met de over het algemeen krappe arbeidsmarkt – ligt de situatie gunstiger dan in de VS, waar het arbeidsaanbod in grote categorieën veel sterker is dan de vraag.

De computer biedt een wijd veld van toepassingsmogelijk-

heden. Naast de numerieke toepassingen – optellen, aftrekken en vermenigvuldigen ligt een belangrijk toepassingsgebied bij de niet-numerieke mogelijkheden, het vertalen, het excerpieren van wetenschappelijke literatuur, documentatie, het controleren van wetten, het stellen van medische diagnoses en het onderwijs. De computer komt eigenlijk juist op tijd, want het wordt steeds moeilijker zo niet onmogelijk om een behoorlijk overzicht van de stand van de wetenschap te behouden, vooral in snel evoluerende sectoren, als de chemie, kernenergie, maar zeker ook in andere takken van wetenschap, als psychologie, sociologie en de medische wetenschappen. Die moeilijkheden hebben enerzijds betrekking op de grote hoeveelheden van gepubliceerde wetenschappelijke onderzoeken – er verschijnen jaarlijks meer dan een miljoen technische publikaties in zestig talen, om maar een ruwe schatting weer te geven – en anderzijds op de ontoegankelijkheid van dergelijke studies, wanneer ze in talen zijn geschreven, waarvan het aantal kenners buiten de landen zelf gering is, zoals bijvoorbeeld het Russisch en het Japans.

In de VS, in Rusland en ook in Westeuropa is men nu al een aantal jaren bezig om met behulp van computers te vertalen. Hoewel met de resultaten al wel kan worden gewerkt komt er nog geen perfecte vertaling uit de bus.

Bij diagnostische toepassingen worden de ziekteverschijnselen in de computer gevoerd. De machine kan dan een aantal suggesties presenteren, waaruit de arts kan kiezen. Deze proefnemingen bevinden zich nog in het laboratoriumstadium, maar ook hier liggen de toepassingsmogelijkheden in het nabije verschiet.

Ook bij het excerpieren van literatuur door middel van de computer, een nog ingewikkelder onderwerp dan de vertaling, zijn al belangrijk vorderingen gemaakt, al zijn de resultaten nog lang niet ideaal. De op die manier verkregen uittreksels kunnen in verkleinde vorm in het „geheugen” van de machine worden geborgen. Wanneer inlichtingen over een bepaald onderwerp worden gewenst, kan de machine snel een vergelijking maken tussen de gecodeerde kenmerken van de publikatie en de ook in codevorm weergegeven kenmerken van het betreffende interessegebied. Technisch is het dan mogelijk (dit is al verwezenlijkt) om de betrokken excerpten in de vorm van een micro-afdruk uit te voeren. Hier liggen de mogelijkheden dus op twee terreinen – enerzijds het maken van een uittreksel en anderzijds het selecteren van de in het geheugen opgeborgen excerpten naar aanleiding van het ingevoerde interessegebied.

* * *

Hoewel de computer vele taken van de mens kan overnemen en steun kan bieden op terreinen, die de mens niet meer aan kan, of op geheel nieuwe gebieden, die tot dusverre nog niet werden betreden, zijn de mogelijkheden van deze machine toch niet onbegrensd. Er zal altijd een gebied blijven, waar de computer faalt, het terrein van de specifiek menselijke eigenschappen, als

- het nemen van initiatief
- het ondergaan, tonen en verwerken van emoties
- verbeeldingskracht
- creativiteit.

Op de vooruitgeschoven post, die het bedrijf in de reeks

samenlevingsvormen inneemt blijkt de toenemende betekenis van juist deze eigenschappen. En ook bij de hele maatschappelijke ontwikkeling zijn het juist deze eigenschappen, die het accent krijgen.

Het is de machine, die onder meer fysieke taken van ons overneemt en die ons toch al beperkte geheugen voor een belangrijk deel kan vervangen. Illustratief in dit verband is de mening van Prof. Dr. A. de Froe, hoogleraar in de anthropobiologische en menselijke erfelijkheidsleer in Amsterdam, onlangs in een rede uitgesproken. Hij stelde, dat de hoogste betekenis van ons zenuwstelsel niet het geheugen is, maar het ontwerpen, de vindingrijkheid. Door ons geheugen te gebruiken voor allerlei wat wij waarschijnlijk niet werkelijk behoeven te weten, beperken wij onze hoogste vermogens, de wetenschappelijke en artistieke creativiteit. Wij moeten ons geheugen gebruiken voor die kennis die niet in boeken staat en toch de moeite waard is. Het is in hoge mate dwaas om wat in boeken en tijdschriften is vastgelegd nu ook nog aan ons onbetrouwbare geheugen toe te vertrouwen. Ons tegenwoordig inzicht in de functie van het zenuwstelsel vraagt van het onderwijs de leerling de tijd te gunnen zijn geheugen niet onnodig te belasten en zijn rechter hersenhelft niet ongebruikt te laten. Voor dit laatste kan het bewegingsonderwijs zorgen. Tot zover Prof. de Froe.

* * *

Het merkwaardige van de hele maatschappelijke ontwikkeling is het vertragende element, het sneeuwbal-effect.

De motor was de technische ontwikkeling, die het eerst in de industrie tot uiting kwam en later in de dienstensector. Die ontwikkeling voltrok zich daar zo snel en werd daar zo sterk uitgebuit, omdat de omstandigheden dwongen tot een optimale vooruitgang, omdat er duidelijk sancties waren op een achterblijven. Een bedrijf, dat niet mee doet, blijft niet langer bestaan. Dat sanctie-effect heeft in andere vormen van samenleving een veel minder ingrijpend karakter of ontbreekt zelfs geheel.

Daarom is de ontwikkeling in het bedrijfsleven, zowel wat de technische, de economische, de sociologische als de sociaalpsychologische aspecten betreft zo sterk. Deze situatie maakt het ook begrijpelijk, dat andere samenlevingsvormen – het gezin, de kerk, de vakbonden, het onderwijs en sommige particuliere- of overheidsinstellingen, achterblijven.

De eisen, die de ontwikkeling in de voorposten stelt en de nieuwe mogelijkheden, die zijn ontstaan, zijn echter ook van invloed op die vormen. Het is alleen op die voorposten zo snel gegaan, dat ook de maatregelen in de andere groepen om versnelde aanpassing vragen. De beste steun daarbij zijn adequate opvoeding, vorming en opleiding. Het onderwijs in al zijn geledingen zal daarbij een belangrijke rol spelen. Het onderwijs is echter door zijn positie en structuur een schoolvoorbeeld voor een behoudend klimaat. Het zal zich moeten aanpassen, niet domweg aan de nieuwe eisen, maar het zal een nieuw en eigen antwoord geven op de veranderingen, die zich in de maatschappelijke constellatie hebben voltrokken en die zich in nog duidelijker verschijningsvorm zullen voordoen.

H. J. Wiggelaar, Journalist

WAT KOMT VOOR ROKEN IN DE PLAATS?

Velen zullen in de dagbladen reeds in verkorte vorm hebben gelezen wat Prof. Querido (P.v.d.A.) in de Eerste Kamer bij de behandeling van de begroting voor 1964 van Sociale Zaken en Volksgezondheid met betrekking tot de rookgewoonte heeft opgemerkt. Na lezing van de woordelijke tekst van zijn betoog in de tijds verschenen Handelingen der Eerste Kamer hebben wij ons niet kunnen onttrekken aan de indruk, dat de strekking van Prof. Querido's beschouwing tengevolge van de voor de dagbladen noodzakelijke verkorting enig geweld zou kunnen zijn aangedaan. Het leek ons in elk geval niet onaardig de lezers dit deel van de rede van de hoogleraar over de „brandende” kwestie volledig onder ogen te brengen. Hier volgt wat Prof. Querido blijkens de Handelingen heeft gezegd:

„Wat betreft de bestrijding van kanker, in het bijzonder door het roken veroorzaakt, heeft de regering blijkbaar – in tegenstelling tot zovele andere vraagstukken – een beleid bepaald. De kracht van dit beleid wordt echter wel wat twijfelachtig, als men – in het antwoord van januari 1964 aan de heer Westerterp – als eerste opmerking van de staatssecretaris over deze kwestie leest, dat hij „met bijzondere belangstelling initiatieven” – blijkbaar van niet-regeringszijde – „gadeslaat”.

Het beleid wordt zeker niet minder twijfelachtig, als wij in de memorie van antwoord lezen, dat gehoopt wordt op een

passende activiteit van het bedrijfsleven. Moeten wij hierbij – mede in verband met het feit, dat geen reclameverbod te verwachten is – denken aan een campagne in de geest van: „elke dag één glaasje”? Overigens wordt – blijkbaar niet zonder enige voldoening – erop gewezen, dat de voorgestelde verhoging op de omzet van sigaretten niet losstaat van het feit, dat het een voor de gezondheid schadelijk artikel betreft.

Mijnheer de voorzitter! Ik vind het ronduit onzedelijk, de schadelijkheid voor de gezondheid van een artikel te trachten te compenseren door prijsverhoging, te meer omdat een eventuele vermeerderde opbrengst niet aan de bestrijding ten goede zal komen. Maar goed, de regering heeft de bestrijding van kanker als gevolg van roken tot een programmapunt gemaakt en ziet als voornaamste middel een poging om tot een drastische verandering van de volksgewoonte te komen. Zij wil dit doen door middel van voorlichting. Ik heb persoonlijk wel een idee over de resultaten, die langs deze weg bereikt zouden kunnen worden, maar ik wil dit op het ogenblik niet uitspreken, omdat mij dit niet fair lijkt tegenover hen, die deze voorlichtingscampagne ondernemen.

Ik mag misschien alleen aan een recent grapje uit de V.S. herinneren. Na het verschijnen van het grote rapport over het verband tussen longkanker en roken van de Surgeon General zijn 7 van de 10 rokers opgehouden . . . met de krant te lezen.

Ik wil echter in het algemeen de juistheid van een voorlichtingscampagne niet ontkennen; voorlichten is altijd goed.

Wel zouden de vragen gesteld kunnen worden, of voorlichting alléén voldoende geacht kan worden, of de regering niet reeds tal van andere mogelijkheden van ingrijpen voor ogen staan en of misschien niet met al te groot respect om de belangen van de sigarettenindustrie wordt heengelopen.

Ik wil deze vragen echter niet verder vervolgen, mijnheer de voorzitter, omdat ik een andere vraag prealabel acht: zijn wij inderdaad op de goede weg, als wij ernaar streven, het optreden van longkanker te bestrijden door middel van het drukken van het tabaksgebruik, door welk middel dan ook? Dit lijkt misschien een heel vreemde vraag, die ik dan ook nader zal toelichten.

Behalve dit ongelukkige verband, dat tussen roken en longkanker bestaat, kan toch moeilijk worden ontkend, dat roken één van de zindelijkste van alle menselijke ondeugden is. Roken geeft niet de sociale ontworteling van het alcoholmisbruik, mist de gevaren van de seksuele uitpattingen, bergt ook niet de lichamelijke en geestelijke ontredde in zich van de verslaving aan verdovende middelen, noch ook de morele en financiële consequenties van de goklust. Wij kunnen er zeker van zijn, gezien de menselijke natuur, dat, wanneer het roken achterwege gelaten wordt, er iets anders voor in de plaats komt, en gezien de grote onschadelijkheid van het roken, behalve dan natuurlijk de bedreiging met longkanker, is het bijna zeker, dat er iets meer schadelijks voor in de plaats moet komen. Ligt het daarom niet veel meer voor de hand – naast uiteraard een voorlichting en het toepassen van de algemene geestelijk-hygiënische stelling, dat men van geen enkele gewoonte de slaaf moet worden – te



„Sorry Chief . . . I'll have to put you on a vegetable diet”.

trachten de schadelijke stoffen uit de tabak te isoleren en te verwijderen? Indien dit doel met alle middelen van de moderne wetenschap zou worden nagestreefd, ben ik ervan overtuigd, dat dit in betrekkelijk korte tijd moet gelukken. De grote onderzoeken, die tot nu toe hebben plaatsgehad, zijn hoofdzakelijk door de industrie gedaan en hebben daarom maar een betrekkelijke waarde. Vandaar dat ik geloof, dat de sleutel van het vraagstuk van de longkanker wetenschappelijk onderzoek is en dat ik meen, dat de Nederlandse regering hiervoor veel te weinig geld beschikbaar stelt. Hier ligt zonder de minste twijfel een regeringsverantwoordelijkheid. Vandaar ook de suggestie – waarop geen reactie in de memorie van antwoord te vinden is – om de tabaksaccijns, die het afgelopen jaar f 500 mln. bedroeg, enkele procenten te verhogen. Niet met het doel om hierdoor de verkoop te drukken, want daar geloof ik niets van, maar met het doel om dit geld vrij te krijgen voor het noodzakelijke wetenschappelijke onderzoek door middel van een bijdrage van de gebruikers. Dit voorstel, waarop ik alsnog gaarne een antwoord zou ontvangen, is heel wat bescheidener en, naar ik meen, ook logischer dan de Franse maatregel, die 1/2 pct. van de defensiebegroting voor dit doel reserveert.”

DURE KRAAMHULP

„Het is met betrekking tot de volksgezondheid verontrustend hoe de kosten in de dienstverleningssector toenemen. Ik zou in dit verband willen wijzen op het duurder worden van de kraamhulp. Op een congres van het Gelderse Wit-Gele Kruis werd gesteld, dat tien dagen kraamhulp op f 150 komt, men vreest een terugval van de gediplomeerde kraamverzorgster naar de herintrede van de ondeskundige baker en de buurvrouwenhulp, omdat de kosten te duur worden. Hoe denkt de minister over dit euvel en hoe denkt hij dit te bestrijden? Op zijn minst zou daar toch een verhoging van de kraamgelduitkering tegenover moeten staan, die nog altijd hetzelfde bedraagt.”

Mevr. van Ommeren-Averink (C.P.N.) in de Eerste Kamer bij de behandeling van de begroting van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

NIEUWE UITGAVEN

Het ziekenhuiswezen nu en morgen

Het verslagboek van het congres, dat het Katholiek Ziekenhuiswezen op 26, 27 en 28 september 1963 heeft gehouden. Het boek bevat de volledige teksten van de toespraken en voordrachten die toen zijn uitgesproken, benevens enkele foto's. Wij noemen hier de onderwerpen, die werden behandeld: De mens in het ziekenhuis, Inventarisatie van de behoeften op het gebied van het ziekenhuiswezen, De kosten van het ziekenhuiswezen in het geheel van de gezondheidszorg, Het beroep van het ziekenhuiswezen op het beschikbare arbeidspotentieel, De pastorale vorming van de geestelijke verzorgers in de inrichting, Het ziekenhuis in de maatschappij.

Het verslagboek is zolang de voorraad strekt verkrijgbaar bij het Centraal Bureau voor het Katholiek Ziekenhuiswezen, Badhuisweg 72, den Haag. Prijs: f 3,—.

Riskante gewoonten en zorg voor eigen welzijn

Bij J. B. Wolters te Groningen is een al door zijn omvang indrukwekkende (516 pagina's) studie verschenen, getiteld: „Riskante gewoonten en zorg voor eigen welzijn”. Ondertitel: „Een structureel-sociologische analyse van het roken en het drinken alsmede van enkele maatschappelijke aspecten van het zich psychisch-welbevinden bij een steekproef uit de Nederlandse bevolking”. Auteur: Prof. Dr. I. Gadourek, hoogleraar in de sociologie te Groningen. Een statistisch aanhangsel werd samengesteld door Ch. A. G. Nass, hoofd afdeling statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (N.I.P.G.). Het boek kwam tot stand in samenwerking tussen het N.I.P.G. te Leiden en het Sociologisch Instituut van de Rijksuniversiteit te Groningen. Prijs: f 37,50.

Het hoofdthema van het boek wordt gevormd door de volgende acht probleemgebieden:

Hoe zijn de rook- en drinkgewoonten te omschrijven in de termen van de sociologische categoriën?

Hoe intensief zijn de rook- en drinkgewoonten en in welke mate komen zij bij de Nederlandse bevolking voor?

Welke is de plaats van deze gewoonten in de sociale structuur in Nederland, hoe staat het met de sociale ecologie van het roken en drinken?

Welke sociale factoren dragen bij tot de verspreiding van deze gewoonten onder de bevolking?

In welke mate wordt de sociale normativiteit betrokken op het roken en drinken? Welke aspecten hiervan worden door de bevolking goed- en welke afgekeurd?

In welke mate bestaat er bij onze bevolking bewuste zorg voor eigen welzijn? Is er bereidheid tot onderlinge hulpverlening?

Is er besef omtrent de mogelijke schadelijke gevolgen van het roken en het drinken? In welke mate is dit besef in verband te brengen met de voorlichting op dit gebied? Zijn er sociale factoren aan te duiden die de werking van een voorlichtingscampagne belemmeren?

Welke andere onderwerpen vormen een zorgen-thema voor de bevolking, welke voornaamste sociale factoren belemmeren in onze tijd het zich psychisch wel-bevinden der mensen?

In deze aankondiging willen wij nog wijzen op een ietwat merkwaardig dualisme wat betreft de uitgave van het boek. Uiterlijk lijkt het boek een populaire bijdrage tot allerlei acties tegen het roken; getuige al de verkorte titel op de omslag („Riskante gewoonten”). De flap houdt dit nog vol; men treft daar uitroepen aan als: Wist u, . . . en dat, . . . Maar is het u ook bekend, dat . . . Verder is het echter in allerlei opzichten een zwaar wetenschappelijk werk.

VRAAG EN AANBOD

De anesthesist C. M. Ultee, Mahaaieweg 9a, Willemstad, Curaçao, zoekt wegens periodiek buitenlands verlof een waarnemer van 1 juli a.s. tot medio december 1964. Het Bureau Waarneming der Maatschappij kan geïnteresseerden daarover nadere inlichtingen verstrekken.

Dr. R. W. Crocket, 13 Balgore's Crescent, Gidea Park, Romford, Essex, zou begin april een jongedame „au pair” in zijn huis willen ontvangen, die tegenover behulpzaamheid bij drie kinderen de gelegenheid krijgt Engelse taalcursussen te volgen. Romford ligt ongeveer 12 km van Londen.

In een groepspraktijk van artsen in Lagos bestaat gelegenheid voor een Nederlands (huis)arts werkzaam te zijn voor een periode van 12 of 18 maanden, welke periode kan worden gecontinueerd. Geïnteresseerden kunnen zich richten tot Dr. J. P. Frooisher Hummel, the Farmain Hotel, Fort Road, St. Peter Port, Guernsey, Channel Islands (tel. St Martin 7763).

OPLEIDING VAN SPECIALISTEN

Ingevolge artikel 1008, lid 4, van het huishoudelijk reglement der Maatschappij wordt hieronder het besluit no. 3-1963 van het Centraal College gepubliceerd.

Het besluit heeft rechtskracht verkregen op 7 februari 1964.

BESLUIT VAN HET CENTRAAL COLLEGE NO. 3-1963 ALGEMENE BEPALINGEN.

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 16 december 1963,

overwegende

dat een besluit van het Centraal College, behoudens indien de minister van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen te kennen heeft gegeven tegen het besluit overwegende bezwaren te hebben, rechtskracht verkrijgt 3 maanden nadat het ter kennis van de minister is gebracht, of zoveel eerder als de minister, na advies van het hoofdbestuur der Maatschappij voor Geneeskunst of na verloop van 2 maanden, uitdrukkelijk te kennen geeft geen overwegende bezwaren te hebben,

dat het in het belang van de rechtszekerheid noodzakelijk is te bepalen of en in hoeverre besluiten van het Centraal College, welke rechtskracht hebben verkregen, al dan niet terugwerkende kracht hebben,

gehoord de Specialisten Registratie Commissie,

gelet op artikel 1007 lid 2, sub a, en artikel 1008 van het huishoudelijk reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst,

heeft besloten

artikel 1

een besluit terzake van de eisen te stellen aan de opleiding van specialisten is slechts verbindend voor opleidingen begonnen na het tijdstip waarop het van kracht wordt, tenzij degene die in opleiding is, de voorkeur geeft aan de bij het desbetreffende besluit vastgestelde eisen, een en ander voorzover in het besluit niet uitdrukkelijk anders wordt bepaald,

artikel 2

aan een besluit kan door geen handelingen of overeenkomsten zijn kracht worden ontnomen,

artikel 3

een besluit kan alleen door een later besluit, voor het geheel of gedeeltelijk, zijn kracht verliezen of worden gewijzigd,

heeft voorts besloten

de bovenstaande artikelen zijn eveneens van toepassing op het besluit no. 1-1963, genomen door het Centraal College in zijn vergadering van 14 september 1963, terzake van de opleiding van specialisten voor het specialisme verloskunde en gynaecologie, en op het besluit no. 2-1963, genomen door het Centraal College in zijn vergadering van

23 september 1963, terzake van de opleiding van specialisten voor het specialisme ziekten van hart en bloedvaten (cardiologie).

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten.

Amsterdam, 19 december 1963.

N.B. Het besluit no. 1-1963 (verloskunde en gynaecologie is gepubliceerd in M.C. no. 4/1963, bladz. 63.

Het besluit no. 2-1963 (cardiologie) is gepubliceerd in M.C. no. 5/1963, bladz. 79.

S.V.B.-TARIEF-1964

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging deelt mede, dat in de ledenvergadering dezer vereniging, d.d. 13 december 1963 een herziening van het S.V.B.-tarief voor huisartsen werd goedgekeurd (zie M.C. 1963, pag. 937).

Deze herziening luidde als volgt:

volgno.	1-1-1960	1-1-1964
1	f 4,50	f 4,50
2	f 3,—	f 4,—
3a	f 3,30	f 3,50
3b	f 3,60	f 4,—
4	f 2,10	f 2,80

Inmiddels zijn echter begin 1964 nieuwe onderhandelingen begonnen tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Landelijke Specialisten Vereniging enerzijds met de S.V.B. anderzijds, zulks mede met het oog op de in dit jaar te verwachten loon- en prijsontwikkeling.

In verband hiermede worden de huisartsen en specialisten verzocht

- al hun nota's wegens verrichtingen, welke vóór 1 januari 1964 zijn uitgevoerd, op basis van het oude tarief bij de S.V.B. in te zenden, opdat de periode van het oude tarief geheel kan worden afgerekend,
- hun nota's wegens verrichtingen, welke vanaf 1 januari 1964 zijn uitgevoerd, in portefeuille te willen houden, totdat het (definitieve) tarief 1964 bekend is, waarna deze nota's op basis van het nieuwe tarief kunnen worden ingezonden.

Een overdruk van deze publikatie zal door de goede zorgen van de S.V.B. aan alle ingeschreven deskundigen worden toegezonden.

Namens het C.B. der L.H.V.
J. A. de Jong, arts.
Namens het C.B. der L.S.V.
G. A. M. Hunfeld, chirurg.

Afdeling Rotterdam en Omstreken

Op 15 januari 1964 heeft collega S. A. De Lange tijdens de ledenvergadering een voordracht gehouden getiteld: „Medische en ethische problemen rond de reanimatie”. (Deze rede is in dit nummer van Medisch Contact afgedrukt op pag.117). De discussie, die in een forumbespreking op deze voordracht volgde, was zeer levendig en werd door Prof. J. W. G. ter Braak met een waarlijke meesterhand geleid.

Behalve verschillende medische aspecten, o.a. wanneer is een patiënt dood, kwamen ook de juridische en pastorale kanten van de reanimatie duidelijk aan de orde.

Pastor van Kleef gaf als zijn mening, dat de reanimatie niet in alle gevallen moet worden doorgevoerd, b.v. niet als wij weten, dat er een hersenbeschadiging overblijft. Behalve de genade om te leven is er ook de genade om te sterven en voor de gelovigen een leven na de dood, dat mogelijk groter is, dan het aardse leven. Het antwoord van Dr. van Weerden hierop is, dat wij nooit weten óf er een beschadiging zal overblijven.

Mr. Potter van Loon meent, dat er juridisch nog weinig problematiek ligt. De grens tussen leven en dood is juridisch zeer moeilijk. De wet neemt aan, dat iemand dood is, als er lijfverstijving is opgetreden. Het niet reanimeren of staken van een reanimatie, zal een medicus niet kwalijk te nemen zijn; hij beneemt iemand immers niet opzettelijk van het leven. Volgens collega van Weerden is dit nog een jonge wetenschap, de ervaring nog vrij gering.

In principe wordt reanimatie steeds geprobeerd. Zekere doodsteken zijn moeilijk aan te geven, zelfs symptoom van Tonelli niet bewijzend (dit is vervormbaarheid der pupillen na het intreden van de dood). Sterven is ook geen proces van enige seconden, maar van uren. Het is zeker dat verschillende organen wel tot 4 uur na de dood kunnen leven.

Professor ter Braak geeft nog een samenvatting van hetgeen besproken is, vindt ook, dat er nog vele vragen zijn, waarbij de behandelend medicus in laatste instantie zelf moet beslissen, wat hij moet doen – reanimeren of niet – stoppen na aanvang van reanimatie of doorgaan.

H. Huisman

Zuid en Noord-Beveland

Op vrijdag 21 februari wordt een voordracht gehouden door collega Pfaeltzer in Hotel „Centraal” te Goes, getiteld: „Bekeringen, Incompetentie en Impertinentie der Wetenschap”. Deze voordracht is ook bestemd voor de dames.

J. A. E. van der Feen, Goes.

Alkmaar en Omstreken

De afdeling kwam bijeen op vrijdag 31 januari jl. in Hotel „Victory”. De agenda vermeldde een lezing door Dr. F. Kuypers, kinderarts te Amsterdam over: „Enige waarnemingen bij vitamine-D vergiftiging”.

J. Lourens, Alkmaar.

Tiel

De afdeling houdt een feestvergadering op 27 februari a.s. in Hotel „Corbelijn”. Alle leden met hun echtgenoten

worden hiertoe uitgenodigd. Collega Visser zal een voordracht houden over: „Symboliek bij Jeroen Bosch in relatie tot de middeleeuwen”. Ch. H. de Beus, Drumpt.

„Oude IJssel”

Er was een afdelingsvergadering op 6 februari jl. in Hotel „De Graafschap te Doetinchem. De agenda vermeldde een causerie door collega Sellink, over: „Capita selecta” uit de radiologische praktijk.

P. T. F. v. d. Boogaard, Ulft.

West-Friesland

Op vrijdag 14 februari jl. kwam de afdeling bijeen in Hotel „De Doelen” te Hoorn. De agenda vermeldde een voordracht door Prof. Dr. A. Kummer over: „Meniscuslaesies”.

W. P. J. Botman, Medemblik.

Z. Vlaanderen O. Dl.

Op 23 januari kwam de afdeling bijeen. Als spreker vermeldde de agenda E. W. J. Klunhaar over „Elektronica in de cardiologie”.

Op donderdag 20 februari j.l. sprak voor de afdeling J. C. Peters, diergeneeskundige medewerker van de Diergaarde Blijdorp, over „De geneeskunde van bijzondere dieren”.

H. D. J. Meyer, Terneuzen.

Oldambt

De afdeling kwam bijeen op dinsdag 4 februari jl. in Hotel „Dommering” te Winschoten. De agenda vermeldde een voordracht door Dr. J. Arendshorst, getiteld „Over de operatieve behandeling van het galsteenlijden en het belang van de choleangiografie”.

A. Lameyer, Oud Pekela

Utrecht

Er was een afdelingsvergadering op vrijdag 31 januari jl. in Hotel „Noord-Brabant”. De agenda vermeldde een voordracht door O. J. A. T. Meuwissen over: „Langdurige behandeling met orale coagulantia bij coronairlijden”.

J. J. Werner, de Bilt.

Slingeland

Een afdelingsvergadering werd gehouden op 18 februari j.l. in de „Ollie Mölle” te Winterswijk. Een lezing werd gehouden door W. Th. F. Seignette over: „Verworven vormen van bloedingsneiging”.

B. J. Kijlstra, Winterswijk.

Oude IJssel

Op donderdag 20 februari j.l. werd een klinische avond gehouden in Hotel „de Graafschap”. De agenda vermeldde Dr. N. F. Th. Arts, gynaecoloog, die „Een rondgang in het progestatievenlabyrinth” maakte.

R. Bloch, Doetinchem.

De Vecht en Omstreken

De afdeling kwam bijeen op vrijdag 21 februari j.l. ten huize van M. C. A. Bijleveld te Vinkeveen. Als spreker vermeldde de agenda F. Vosseman, patholoog-anatoom, over: „Pathologische anatomie van een aantal huid tumoren”.

W. P. J. M. Pierrot, Vinkeveen.

Zwolle en Omstreken

Er was een afdelingsbijeenkomst op donderdag 20 februari j.l. in Hotel Van Gijtenbeek. De agenda vermeldde voordrachten door de Zwolse huisartsen: W. J. Meursing over

„Praktijkassistentie”, J. J. Th. Derksen en W. H. van Dijk over „Preventie van het myocardiinfarct”, H. A. J. Verhagen over „Beschouwingen over het gebruik van Piton in de verloskundige praktijk”. H. Terwey, Kampen.

Zaanland

Op donderdag 13 februari j.l. werd de afdelingsvergadering gehouden in de kleine zaal van de Lindeboomschool. Op de agenda werd vermeld: Trilogie over anticonceptie, in het bijzonder over „de Pil” door de collegae van Geldorp, Iwema Bakker en Willemse. D. van Wijk, Zaanwijk.

Zuid-Limburg

De afdeling kwam bijeen op donderdag 20 februari j.l. in de „Grote Sociëteit” te Maastricht. Volgens de agenda werd een voordracht gehouden door Dr. M. M. Ausens, over: „Het prostaatlijden” met een film over de Prostatectomie. L. Slikkerveer, Maastricht.

Walcheren

Er was een afdelingsbijeenkomst op woensdag 5 februari j.l. in het gasthuis te Middelburg. De agenda vermeldde een voordracht door C. C. Sluyter te Vlissingen over: „Vragen van jongeren bij seksuele voorlichting”.

Op woensdag 19 februari j.l. kwam de afdeling bijeen in het St. Joseph Ziekenhuis te Vlissingen. Op de agenda werd vermeld een voordracht door K. W. J. Boelen, dir. geneesheer van de verpleeginrichting der Boede/ter Poorte, over: „Geriatric”. J. Z. S. Pel, Middelburg.

Nijmegen

De afdelingsvergadering werd gehouden op vrijdag 14 februari in de „Blauwe Zaal” van het concertgebouw „De Vereniging”. De agenda vermeldde een voordracht door Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, internist te Utrecht, over: „Wetenschappelijke en ethische problemen van de hartchirurgie”. A. de Rooy, Nijmegen.

Apeldoorn en Omstreken

De afdelingsvergadering werd gehouden op donderdag 20 februari j.l. in Hotel „De Keizerskroon”. Volgens de agenda werd een voordracht gehouden door Jhr. Dr. W. J. Quarles van Ufford, arts voor alle allergische ziekten en vaccinothérapie te Utrecht, over: „Het allergisch phenomenon, het allergisch onderzoek en de anti-allergische therapie”.

H. van IJlzinga Veenstra, Apeldoorn.

Wageningen en Omstreken

Een afdelingsvergadering werd gehouden op donderdag 20 februari j.l. in Hotel „Campman” te Renkum. Als spreker vermeldde de agenda Dr. J. T. F. Sluijter, patholoog-anatoom te Amersfoort, over: „Beschouwingen over strumae, schildkliercarcinomen en hun relaties”.

H. R. M. Plomp, Veenendaal.

Leiden en Omstreken

De ledenvergadering werd gehouden op vrijdag 14 februari j.l. in Restaurant van der Heyden. Als spreker vermeldde de agenda Prof. Dr. M. Vink over: „Klachten na maag-resectie verricht wegens ulcus pepticum”.

D. Held, Oegstgeest.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

Abonnementen voor niet-leden f 20,—

Losse nummers f 0,50

REDACTIE EN ADMINISTRATIE

De redactie en administratie is gevestigd:

Keizersgracht 327, Amsterdam-C.

Telefoon 242535 - Postgiro 58083.

ADRESSEN VAN DE MAATSCHAPPIJ,

HAAR ORGANEN, ENZ.

Gevestigd: Keizersgracht 327,

Amsterdam-C., Telefoon 242535.

Bureau Hoofdbestuur, Dagelijks Bestuur, Boekhouding, Bureau voor Waarneming en Vestiging (8.30-17 uur. Na 17 uur en zondags telefoon 79.89.84) — Landelijke Huisartsen Vereniging — Landelijke Specialisten Vereniging — Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband — Specialisten Registratie Commissie — L.A.C.C.

De advertentie-exploitatie Medisch Contact is gevestigd: Van Ostadestraat 233, Amsterdam-Z., Telefoon 719911; postgiro 58083 ten name van de Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst

onder vermelding: advertentie-exploitatie Medisch Contact.

Advertenties in dit blad behoeven de goedkeuring van de redactie en kunnen zonder opgaaf van reden worden geweigerd.

Ondersteuningsfonds weduwen en wezen: postgiro 111950, Keizersgracht 327, Amsterdam-C., secr.: F. Weijnen, Vijverweg 14, Sitterd, telefoon 3363.

Raad van beroep: secretaris Ph. J. Hoedemaker, Harlingerstraatweg 13, Leeuwarden.



PERSONALIA

Nieuwe leden:

J. Bleeksma, Mecklenburglaan 19, Rotterdam-16.

A. Bos, Faurestraat 50, Bergen op Zoom.

Mej. Joha. A. Broekelkamp, Adrianalaan 283, Rotterdam.

H. S. Cohen, Smaragdhof 203, 's-Gravenhage.

J. H. E. Custers, Vliegbasis Gilze-Rijen, Rijen, N.Br.

M. J. M. Dols, Haagweg 154, Rijswijk.

Mevrouw J. J. van Dorp-Hoogervorst, Laan van Meerdervoort 237, Den Haag.

G. J. Duursma, Verl. Hereweg 98, Groningen.

C. Engel, Dorpsstraat 4, Twello.

A. C. J. M. Erens, Jos. Klijnenlaan 20, Geleen.

Mevr. G. M. A. Fast-Rykse, Noordsingel 23, Rotterdam-11.

Mevr. A. van Gent-Ebben, Zwolsseweg 94, Deventer.

J. Harkema, Flat St. Annadal 10c, Maastricht.

F. van Harskamp, W. Buytewechstraat 87 B, Rotterdam.

M. C. van Joost, Saenredamstraat 11, Zaanland.

R. de Man, Stadhoudersweg 24 B, Rotterdam.

J. M. Marjot, De Kruisdijk 5, Engelen.

J. A. W. Omloo, Op de Bies 2, Schimmert (L.).

Mej. A. J. M. Penders, Karbouwstraat 51, Nijmegen.

Mevr. W. H. J. M. Rademaker-van Beek, Mr. P. J. Troelstra-weg 72, Leeuwarden.

J. Roelfsema, Bredevoorde 18, Rotterdam.

P. F. Th. v. d. Ryt, Prinsenvweg 84, Wassenaar.

F. W. Sanders, Churchillaan 22, Heer by Maastricht.

G. J. van Steenis, Zuidplein 309, Rotterdam.

F. P. Strik, Burg. Wallerstraat 102, Oldenzaal.

A. P. E. Tolck, Muntinglaan 33, Groningen.

A. C. van Waveren, Arubaplein 2, Rotterdam-Hoogvliet.

Dr. W. J. Wielinga, Larixlaan 175, Rotterdam.

J. M. Th. Zwart, Prins Hendrikkade 132 A, Rotterdam.