



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

ABORTUS PROVOCATUS

„Nee, tenzij – Ja, tenzij”

Het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft op 9 juli 1969 een schrijven gericht aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid (zie Medisch Contact nr. 32 van 8 augustus 1969, bladzijde 902), waarin het mededeelt geen richtlijnen te kunnen geven

betreffende medische indicaties voor abortus provocatus. Inmiddels is, zoals aangekondigd in het vorige nummer van Medisch Contact (zie bladzijde 122), het rapport verschenen van de „Commissie, benoemd door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, afdeling Psychiatrie, om zich vanuit psychiatrisch gezichtspunt bezig te houden met het vraagstuk van de abortus provocatus” (zie blz. 143 in dit nummer van Medisch Contact).

In beide stukken wordt er de nadruk op gelegd, dat een goede voorlichting over anticonceptie aan het publiek noodzakelijk is. De vrije verkoop van anticonceptionalia zal hiertoe kunnen bijdragen. Maar dit alleen is natuurlijk niet voldoende. Van overheidswege zou moeten worden gestimuleerd, dat in het kader van een adequate seksuele voorlichting, reeds beginnend op de lagere school, ook het vraagstuk van de anticonceptie een plaats krijgt. Doch dit slechts terzijde.

In bovengenoemd schrijven aan de staatssecretaris stelt het hoofdbestuur, dat het vooralsnog geen voorstander is van wetswijziging terzake:

„Het verdient naar de mening van het hoofdbestuur de voorkeur pas aan de hand van concrete ervaringen te komen tot een nadere standpuntbepaling dan reeds thans op grond van theoretische overwegingen daartoe te komen.

„Onder deze omstandigheden is het hoofdbestuur vooralsnog geen voorstander van wetswijziging. De evolutie, welke aan de gang is,

25ste JAARGANG - No. 7 - 13 FEBRUARI 1970 INHOUD

Abortus provocatus: „Nee, tenzij – ja, tenzij”	141
Universitaire berichten	142 en 157
Rapport abortus commissie Ned. Ver. voor Psychiatrie en Neurologie	143
Internationaal perspectief	155
Staatssecretaris over Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid	157
„Metamedica” in de plaats van „Katholiek Artsenblad”	158
Enkele medische ethici en hun positie tegenover de macrosociale ethiek	159
Commentaar van de V.M.W.O. op interim-rapport commissie Smallegenbroek	161
In memoriam Prof. Dr. C. H. Lenshoek	163
Van het hoofdbestuur:	
Treffen van voorzieningen	164
Beschrijvingsbrief Alg. Vergadering ...	164
Van de Stichting Pensioenfondsen Huisartsen	166
Van de Stichting Pensioenfondsen Specialisten	166
Van de Perm. Commissie Doktersassistenten	167
Personalia	167
Brieven van lezers	168
Varia	168

Hoofdredacteur: F. A. Bol.
Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens.
Colofon op bladzijde 168.

moet niet worden gekeerd, maar anderzijds ook niet verstoord. Indien door de niet-medische wereld van bovenaf een regeling zou worden opgelegd, terwijl de medische wereld zelf nog zo verdeeld is, zou een situatie kunnen ontstaan als in Engeland, welke volgens recente berichten niet geheel bevredigend lijkt.

„Binnen het kader van de thans bestaande wetgeving kan de medicus zorgvuldig tot een indicatiestelling komen. Naar de mening van het hoofdbestuur is de huidige wet voor een ontwikkeling als hiervoren werd bepleit geen belemmering. Weliswaar zullen sommige medici zich door het bestaan van deze wetgeving wellicht geremd voelen, doch daaraan zal door goede voorlichting omtrent de juridische aspecten, van de zijde van het hoofdbestuur, tegemoet kunnen worden gekomen”.

Het thans gepubliceerde rapport van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie gaat nu juist op deze aspecten nader in - en wel waar wordt geponeerd, dat een wetswijziging in de zin van het niet langer strafbaar stellen van de door een medicus uitgevoerde abortus noodzakelijk is. Wij citeren uit de samenvatting van dit inmiddels met grote meerderheid door „Psychiatrie en Neurologie” aanvaarde rapport:

„Analyse van een aantal overwegingen en omstandigheden, zoals die in de praktijk ple-

gen voor te komen, voert de commissie tot afweging van twee polaire attitudes van de medicus ten opzichte van een verzoek om abortus: de „nee, tenzij”-houding en de „ja, tenzij”-houding. Om het artsen volledig mogelijk te maken volgens de „ja-tenzij”-attitude te handelen, acht de commissie een wetswijziging in de zin van het verwijderen van de strafbepalingen op de door de medicus uitgevoerde abortus noodzakelijk. Ook de vrouw die zich laat aborteren dient niet strafbaar te zijn”.

**

Wij menen, dat de opinievorming omtrent het „neen, tenzij” dan wel „ja, tenzij” er alleszins bij is gebaat, wanneer de discussie over het abortusvraagstuk, weliswaar reeds in tweede instantie gesloten in Medisch Contact nr. 43 van 24 oktober 1969, bladzijde 1206, thans weer wordt heropend en dan toegespitst op de hier gesignaleerde bijzondere benaderingswijze van het totale vraagstuk. Immers met het rapport van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie is een aspect belicht, dat in de voorgaande discussies op dit podium nauwelijks is uitgediept. Daarnaast kan de voortzetting van de gedachtenwisseling wellicht nog inspirerend werken op de onlangs bij beschikking van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de minister van Justitie geïnstalleerde Commissie Abortusvraagstukken (zie Medisch Contact nr. 5 van 30 januari 1970, bladzijde 104).

Het kritisch volgen van de werkzaamheden van deze commissie kan worden aanbevolen, zeker van de zijde van artsen, al zijn de meesten dan geen actieve politici zoals collega Dr. J. H. Lamberts, die blijkens recente persberichten dezer dagen tijdens de behandeling in de Tweede Kamer van de begroting 1970 voor Sociale Zaken en Volksgezondheid namens de fractie van de Partij van de Arbeid aankondigde, dat hij over drie maanden met een initiatief voorstel zal komen om artikel 251 bis van het Wetboek van Strafrecht zó te wijzigen, dat abortus provocatus wordt toegestaan, mits de ingreep door een arts in een erkend ziekenhuis of erkende inrichting wordt verricht.

Voor discussiebijdragen, zoals hiervoor gesuggereerd en die, welke de meningsvorming op het stuk van de juridische implicaties rond het abortusvraagstuk verder kunnen bevorderen stellen wij dan ook gaarne onze kolommen ter beschikking.

F. A. Bol.

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties:

M. R. F. Bloemers te Almelo promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Over zwangerschap en tuberculose”. Promotor was Prof. Dr. J. K. Kraan, co-referent Prof. Dr. L. A. Joosse.

A. H. Boontje te Abcoude promoveerde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Het klinische beeld van het aneurysma aortae abdominalis”. Promotor was Prof. Dr. G. den Otter.

E. J. Ruitenbergh te De Bilt promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht tot doctor in de diergeneeskunde op een proefschrift getiteld: „De pathogenese, serodiagnose en voorkoming van haringwormziekte”. Promotor was Prof. Dr. D. Swierstra.

J. Wind promoveerde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „On the phylogeny and the ontogeny of the human larynx”, a morphological and functional study. Promotor was Prof. Dr. G. de Wit. Co-promotor Prof. Dr. J. Lever.

RAPPORT ABORTUS-VRAAGSTUK VAN COMMISSIE VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE EN NEUROLOGIE

Inleiding

De commissie werd in het najaar 1968 door het bestuur van de Vereniging voor Neurologie en Psychiatrie, afdeling Psychiatrie benoemd om een bijdrage te leveren aan de landelijke discussie over het abortus-vraagstuk. Zij werd samengesteld uit psychiaters die door hun arbeidsterrein al over ruimere ervaring met dit probleem beschikten.

1. Abortus - een psychiatrisch probleem?

Zowel binnen als buiten het medisch beroep wordt het abortus-vraagstuk, mede als gevolg van de in ons land gebruikelijke werkwijze bij een abortus-aanvraag, veelal als een overwegend psychiatrisch probleem beschouwd. Het is namelijk dikwijls gewoonte geworden, dat niet de huisarts alléén de ingreep indiceert, maar dat de indicatie wordt gesteld door één of twee psychiaters — soms nog bijgestaan door een psycholoog en/of maatschappelijk werkster — die gezamenlijk advies uitbrengen aan de gynaecoloog, die eventueel de ingreep zal moeten uitvoeren. De artsen niet-psychiaters — i.c. de huisarts en de gynaecoloog, voor zover zij actief aan de besluitvorming deelnemen — denken mee over vraagstellingen die, ook door henzelf, gewoonlijk als psychiatrisch worden gezien.

Zou het abortusprobleem inderdaad een overwegend of uitsluitend psychiatrisch probleem zijn, dan zou moeilijk kunnen worden betwist dat het een medisch probleem is en in medische kringen wordt dit dan ook in het algemeen nauwelijks betwijfeld. De huidige werkwijze zowel in de vrije medische praktijk als in de abortusteams steunt de suggestie van dit psychiatrisch karakter ervan.

Andere maatschappelijke groeperingen trekken deze visie in twijfel en vallen haar zelfs heftig aan. De benadering van het abortusprobleem door de artsenwereld verschilt zó sterk van die door die andere groeperingen, dat men hier van een fundamentele tegenstelling moet spreken. In die andere groeperingen vormen de subjectief bij het vraagstuk betrokken vrouwen een belangrijk element.

Hoe essentieel deze tegenstelling is, komt wel zeer duidelijk tot uitdrukking in een passage op pagina 1 van het gynaecologen-rapport. Daarin wordt gesteld, dat het feit „dat de vrouw zelf — leek zijnde — zich niet bewust is dat zij bij de provocatio abortus ontkiemend leven, of anders gezegd „een potentieel nieuw individu” het leven beneemt, uiteraard niets aan het bij de medicus aanwezige weten kan veranderen, namelijk dat elke jonge zwanger-

In de zaterdag 6 februari gehouden vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie heeft de door de afdeling Psychiatrie van deze vereniging ingestelde commissie een rapport uitgebracht nopens het abortus-vraagstuk, benaderd vanuit psychiatrisch gezichtspunt. Leden van de rapporterende commissie waren de psychiaters A. van Dantzig, Dr. C. van Emde Boas, Dr. A. A. Fischer (voorzitter), G. B. Mastenbroek, J. H. van Meurs en Dr. G. J. Zwanikken.

Waar het abortus-vraagstuk in de kolommen van Medisch Contact in den brede in discussie is geweest menen wij dat er alle aanleiding is aan de inzichten van de bovenvermelde commissie bekendheid te geven en teneinde omtrent haar opvattingen generlei misvattingen te wekken bij de lezer door een bekorting van dit rapport onzerzijds, wordt het hier integraal gepubliceerd, zij het met weglating van een addendum (over abortus provocatus in historisch perspectief) en een beknopt overzicht van de literatuur, door de commissie geraadpleegd - Red. M.C.

schap wel degelijk het bestaan van een potentieel nieuw menselijk individu impliceert”.

Op het eerste gezicht lijkt deze formulering onaanvechtbaar en daardoor vormt zij voor vele artsen (en ook voor vele leken) het uitgangspunt van waaruit ieder verzoek tot abortus wordt beschouwd en behandeld. Men kan echter de vraag opwerpen of het wel juist is, dat de vrouw in deze situatie zonder meer door de arts als „leek” wordt beschouwd. Weliswaar kunnen de meeste vrouwen „leek” worden genoemd, voorzover haar kennis van de embryologie in het geding is, maar gaat het wel daarom? Iedere vrouw die zich met een verzoek om abortus tot een dokter wendt weet wel degelijk dat zij zwanger is van een „potentieel nieuw individu”, ook al spreekt zij alleen maar van „over tijd zijn”. Het is immers om deze reden dat zij zich met haar abortus-verzoek tot de medicus heeft gericht. Zij beseft heel goed, dat zij zonder de door haar gevraagde ingreep over een aantal maanden een kind zal krijgen.

Maar het is niet het bewust weten van dit feit, dat

de kern van het probleem uitmaakt, maar de emotionele waardering ervan. En deze emotionele waardering verschilt vaak fundamenteel bij de vrouw en bij de geneesheer. De gehele discussie over het abortus-probleem, zoals die in de afgelopen jaren zich in ons land heeft afgespeeld, vormt een bewijs voor de, dikwijls niet onderkende maar daarom niet minder grote, invloed van deze emotionele waardering van de graviditeit en het opzettelijk afbreken daarvan op de attitude van de Nederlandse arts, in het bijzonder de Nederlandse obstetricus.

De boven geciteerde passage uit het gynaecologenrapport is een kenmerkend voorbeeld van een rationele bovenbouw op een emotionele attitude: vanuit deze emotionele attitude verlangt de arts met behulp van rationele argumenten, ontleend aan zijn kennis van de menselijke ontwikkeling, van de vrouw, dat zij haar eigen waardering van de vrucht — gebaseerd op haar emotionele attitude — opgeeft terwille van de zijne. Deze eis stelt de arts te goeder trouw, want voor hem schijnt zij een logische conclusie uit de hem bekende feiten.

De medicus beroept zich op zijn kennis van de embryologie om zijn negatieve emotionele waardering van de abortus provocatus kracht bij te zetten. Het gaat in wezen echter niet om het verschil in embryologische kennis tussen arts en leek, maar om een diametraal verschil in emotionele evaluatie van een bepaalde zwangerschap tussen grávida en arts.

Reeds in haar eerste vergadering kwam de commissie unaniem tot de conclusie dat het haar weinig zinvol leek zich te beperken tot een inventarisatie van de diverse themata — zoals de indicaties, contra-indicaties, complicaties, gevolgen van abortus enz. enz., één en ander vanuit een medisch-psychiatrische instelling gezien — maar dat het beter zou zijn zich primair bezig te houden met de boven signaleerde problematiek, die aldus zou kunnen worden samengevat:

In het abortus-vraagstuk gaat het niet om het biologische feit van een bestaande graviditeit en evenmin om het leek zijn van de vrouw tegenover de embryologisch deskundige arts. Het centrale punt van de problematiek wordt gevormd door het verschil tussen de emotionele waardering van de zwangerschap en van de abortus door de ene mens en door de ander. Daarbij is de omstandigheid dat de ene mens een leek is en de andere een academisch gevormde medicus, niet automatisch beslissend in het voordeel van de laatste. Men kan een stap verder gaan en zich afvragen of het abortus-vraagstuk in wezen wel een medisch probleem is. De indruk dat dit zo is wordt gewekt en in stand gehouden door de omstandigheid, dat tot nu toe aan artsen de beslissing toevalt of een abortus zal worden uitgevoerd en dat bij een positieve beslissing een arts (gewoonlijk een gynaecoloog) de ingreep verricht. Men kan zich verder afvragen hoe lang deze opvatting nog zal standhouden als bijvoorbeeld een abortuspil wordt uitgevonden, die de noodzaak doet vervallen de medicus in de besluit-

vorming en de uitvoering te betrekken. De omstrede positie waarin het abortus-vraagstuk zich op dit moment — medisch en sociaal — bevindt, zou aldus (althans voor de arts) automatisch worden opgeheven. De abortus zou waarschijnlijk een sociaal vraagstuk blijven. Maar de medicus zou daarin vermoedelijk alleen worden betrokken bij dreigende schade voor de lichamelijke of geestelijke gezondheid.

2. Een maatschappelijk probleem met subjectieve knelpunten

Indien men erin zou slagen aldus de abortus-problematiek te onttrekken aan de irrationele, emotionele sfeer, zou het accent worden verlegd naar de vraag of voor de betrokkene de ingreep wenselijk en geoorloofd is. Deze vraag leidt tot een tweede: is het wenselijk of noodzakelijk dat voor een abortus provocatus een deskundige geraadpleegd wordt en, zo ja, wat is dan de beste houding van die deskundige?

Voor een zogenaamd legale ingreep eist de wet (in haar tegenwoordige formulering en interpretatie) een beslissing van een medicus. Deze voegt zich naar die eis en oordeelt naar het criterium of er een ziektekundige indicatie is. En dit is nu precies het punt dat de verwarring schept. Immers op deze wijze ontstaat een typisch ijsbergfenomeen: negen tiende van het wezenlijke probleem blijft onzichtbaar. De ervaring leert ons namelijk dat bij de abortus-aanvragen slechts zelden een authieke ziektekundige problematiek aan de orde is (afgezien dan van de gynaecologische ingreep zelf), terwijl nochtans van de arts gevraagd wordt, op ziektekundige gronden een beslissing te nemen.

Op grond van dit „ijsbergfenomeen” heeft de commissie zich nadrukkelijk gedistantieerd van het uitsluitend-ziektekundig standpunt. Zij heeft de voorkeur gegeven aan het leveren van een bijdrage aan de discussie, welke vanuit een psychiatrisch uitgangspunt (overigens niet alléén een psychiatrisch uitgangspunt) de uiteenlopende emotionele attitudes ten aanzien van het abortus-probleem poogt te verhelderen, zonder daarbij dialectische criteria als ziek/gezond en juist/onjuist te hanteren. Voorts heeft de commissie gepoogd een aantal conclusies te formuleren om terwille van de discussie haar standpunt te verduidelijken.

In feite gaat het bij het abortus-vraagstuk om een maatschappelijk probleem met sterke subjectieve knelpunten, een waarderingsprobleem dat men tracht te objectiveren met argumenten gedeeltelijk van wetenschappelijke, gedeeltelijk van ethisch-godsdienstige aard, die een zeker absoluut karakter schijnen te verlenen aan een in feite subjectief standpunt en die dit subjectieve standpunt moeten rechtvaardigen. Hoe subjectief dit standpunt in feite is, wordt bewezen door de omstandigheid dat er niet alleen talrijke artsen zijn en ook velen buiten de medische wereld, die abortus provocatus zonder meer als moord beschouwen, maar evenzeer grote

groepen medici, zowel als niet-medici, die de abortus provocatus, ook de abortus „op verzoek”, volledig aanvaardden.

3. *Abortus provocatus als probleem van de medicus*

Voor de arts, die het beslissend antwoord moet geven op de vraag: wél of geen abortus? ligt er een complex probleem, dat tal van dikwijls tegenstrijdige aspecten vertoont. Sommige van die aspecten zullen bij het nemen van de beslissing op niet altijd bewuste (soms op irrationele) wijze mede beslissend zijn.

In de eerste plaats is de dokter, zo goed als ieder ander, lid van onze samenleving en dientengevolge drager van de voor ons allen geldende culturele, maatschappelijke en milieuwaarden. Natuurlijk bestaan er, afhankelijk van het milieu waaruit hij afkomstig is en van zijn persoonlijke ontwikkeling, nuances en graderingen, maar dit ligt voor de arts niet anders dan voor ieder ander individu. De instelling van de medicus ten aanzien van het abortusprobleem is dan ook op dezelfde wijze als die van anderen, vérgaand bepaald door waarden, die in onze gemeenschap ten aanzien van deze problematiek expliciet en impliciet gelden.

Daarenboven is de arts uit hoofde van zijn beroep lid van een bepaalde groep met een bepaalde functie, namelijk het medische corps. Tijdens en door zijn opleiding wordt een aantal in onze maatschappij geldende waarden hem als het ware extra ingescherpt. Ten onrechte krijgen juist die waarden, in het oog van medici en leken, daardoor een specifiek medisch accent. In hoge mate geldt dit voor de als vanzelfsprekend beschouwde waarde: „het tot elke prijs behouden van leven”. In „Medische Ethiek en Gedragsleer” (1959) blz. 14 leest men: „De strijd voor het behoud van het leven voor de patiënt is dan ook de eerste opdracht van de arts en deze zal die strijd in overeenstemming met de formulering van de World Medical Association: „Met absolute eerbied voor het menselijk leven” uit hebben te voeren. De betekenis hiervan is, dat hij nooit een ander standpunt zal mogen innemen, dan wat het behoud van het leven beoogt”.

Hier wordt uitgegaan van de opvatting, dat het leven altijd en onder alle omstandigheden heilig is en tot iedere prijs moet worden verdedigd. In feite betekent dit, dat een in onze maatschappij geldende waardering voor de medicus absoluut wordt gesteld zonder dat er acht op wordt geslagen, dat hoogst serieus te nemen mensen over dit probleem anders kunnen denken en dit ook inderdaad doen, bijvoorbeeld als het erom gaat ondraaglijk lijden op te heffen. Het ene ethische principe kan zo in de praktijk in conflict komen met het andere.

Ongetwijfeld zijn er nog andere — gewoonlijk impliciete — waarden, die onze emotionele instelling bepalen ten aanzien van problemen, die wij in de medische praktijk ontmoeten. De zojuist geciteerde passage uit „Medische Ethiek en Gedragsleer” laat

bijvoorbeeld in het ongewisse wat menselijk leven is. Hier heeft men een voorbeeld hoe een geïmpliceerde waarde impliciet wordt gehouden. En juist dit probleem is hier in het geding (trouwens niet alleen met betrekking tot het abortus-vraagstuk): Wat is menselijk leven?

Men kan zich afvragen welke elementen en facetten van het menselijk leven voor ons emotioneel de waarde van menselijk leven bepalen en welke niet. Wetenschappelijk is dit niet duidelijk vast te stellen. Men kan zich trouwens hetzelfde afvragen ten aanzien van lijden: wat noemen wij lijden, wat niet?

Uit het bovenstaande moge duidelijk zijn geworden, dat de arts te maken heeft met en handelt vanuit waarden, die allermint ondubbelzinnig zijn. Vroeger waren deze waarden en waardenverhoudingen misschien voor iedereen duidelijk, thans vindt er een proces van verschuiving plaats, wat deze waarden en hun verhoudingen aan zekerheid doet inboeten.

Een tweede moeilijkheid ontstaat voor de arts, omdat onder de huidige omstandigheden altijd aan hem de uiteindelijke beslissing over een abortusaanvraag wordt opgelegd. Hierdoor raakt hij ten aanzien van de strafwet in een twijfelachtige positie. Althans de schijn van zulk een twijfelachtige positie wordt gewekt.

Historisch is hier sprake van een merkwaardige ontwikkeling. Toen bij de strafwethervorming in 1886 de vruchtafdrijving en iedere poging daartoe strafbaar werd gesteld en zelfs een strafverzwaring voor de aborterende medicus in de wet werd opgenomen, lag het allermint in de bedoeling van de wetgever dat onder de wet ook zou vallen de medicus, *die lege artis op medische indicatie* bij een zwangere vrouw de vrucht wegnam. Dit leek de toenmalige minister van Justitie zo vanzelfsprekend, dat hij een uitzonderingsartikel volmaakt overbodig vond. In de daarop volgende decennia raakte deze liberale opvatting echter in de vergetelheid en vatte de mening post, zowel bij het grote publiek als bij het Nederlandse artsencorps, dat het abortusverbod in Nederland absoluut was en dat ten hoogste op grond van een soort gentlemenagreement tussen justitie en artsen geen strafvervolgning werd ingesteld, indien de arts, op grond van levensgevaar van de vrouw, duidelijk te goeder trouw had gehandeld.

De mening bleef bestaan, dat de abortus op zichzelf toch een strafbaar feit was en dat de arts wel over zeer goede motieven moest beschikken wilde hij niet het risico van een strafvervolgning lopen. Pas zeer kort geleden werd van juridische zijde zeer duidelijk aangetoond dat de *lege artis op medische indicatie* uitgevoerde abortus nooit een strafbaar feit vormt. Het desbetreffende wetsartikel in het Wetboek van Strafrecht bestaat echter nog steeds en houdt nog onverminderd bij arts en publiek feitelijke en morele onzekerheid in stand.

Het blijkt moeilijk te zijn — of nog niet mogelijk — de Nederlandse wet te liberaliseren, respectievelijk

het abortusvraagstuk buiten de strafwet te brengen. Maar wat ziet men nu gebeuren? In deze fase van onzekerheid isoleert men dit conflict van morele en emotionele waarderingen en sequestreert men het, door het de medici toe te spelen en er zodoende een zuiver medisch probleem van te maken. De medicus laat zich dit welgevallen door de functie van beslisser op zich te nemen. Maar ook voor hem is het abortusprobleem een pijnlijke aangelegenheid, waarmee hij niet goed raad weet. Vandaar dat hij vaak — scotomiserend — tracht ernst en omvang ervan te ontkennen of het minimaliseert en, indien persoonlijk ermee geconfronteerd, een afwijzende houding aanneemt.

Indien hij echter het bestaan van het probleem wél erkent, óók bij de in zijn eigen praktijk voorkomende gevallen, komt hij voor de moeilijkheid te staan, dat het zelden mogelijk is het probleem in zijn totaliteit in ziektekundige termen te vatten. Meer speciaal wordt er in termen van medische indicatie geen recht aan gedaan. Toch blijft de arts, in de bovengesignaleerde dwangpositie gebracht, net als de maatschappij naar een medische indicatie vragen. Het is mogelijk dat hij hiermee een poging doet zichzelf in dit conflict van waarden te beschermen; hij tracht althans een deel van de eigen verantwoordelijkheid weg te schuiven door de beslissing niet alleen te nemen maar samen met andere collegae, tegenwoordig bijvoorbeeld met een team. Het is echter juist deze teamvorming die ertoe kan leiden, dat slechts een deel van de artsen zich over het abortusvraagstuk zal buigen, zodat de rest van de medici er zich niet meer mee bezig hoeft te houden. En daarmee is dan binnen de medische professie hetzelfde localisatie- en sequestratieproces in gang gezet als in de maatschappij.

In dit verband loont het de moeite in te gaan op de problematiek van de arts aan wie in een concreet geval een abortus-aanvraag als medisch probleem wordt toegeschoven. Op het moment dat hij de vrouw — al of niet reeds tevoren zijn patiënte — als zodanig accepteert, komt hij onder zware druk te staan. De nood waarin de aanvrager verkeert is meestal zeer groot en de mogelijkheden om haar te helpen zijn beperkt. Dikwijls ziet de arts zich vanaf het begin in de situatie van de commandant van de overvolle reddingboot, die moet beslissen van welke drenkeling de handen aan de rand van de boot moeten worden afgehaakt.

Aangezien de huisarts slechts zelden krachtige somatische motieven zal vinden voor de ingreep, wordt de patiënte naar de psychiater verwezen, die van zijn kant gewoonlijk evenmin in staat is een duidelijk (ziekttekundig) motief aan te geven. Indien hij toch meent dat abortus bij deze vrouw de juiste oplossing is, is hij gedwongen een feitelijk emotioneel probleem van een maatschappelijk redelijk functionerende vrouw, die objectief niet ziek is en van wie ook niet te verwachten is dat zij echt psychiatrisch ziek zal worden, in diagnostische termen te „verpakken”. Hij mag niet zeggen dat het om een zuiver

emotioneel probleem gaat, om een vrouw die, op gronden die haar subjectieve levensgevoel raken, van haar zwangerschap af wil. Hij mag vooral niet zeggen dat het om een menselijk wezen gaat dat het moeilijk heeft, om een gezonde vrouw in menselijke misère, want dat is voor de wet geen uitgangspunt en dus vallen de termen „depressief” of „suicidaal”. Met andere woorden het probleem waarvoor de medicus staat is geen medisch probleem maar een probleem van de medicus.

4. Arts en embryo; een poging tot inventarisatie en evaluatie

Hoeveel waarheid deze laatste opmerking bevat, blijkt als men nagaat hoe verschillend de attitudes van de artsen zijn ten opzichte van het embryo. Op grond van de discussies, gevoerd in de vakbladen en in de lekepers in binnen- en buitenland, kan men deze attitudes op de volgende wijze ordenen:

- 1 Vanaf het moment van de conceptie (respectievelijk de nidatie) is er reeds sprake van een levend menselijk individu, een wezen begiftigd met een onsterfelijke ziel. Abortus is daarom moord, of op z'n minst doodslag. In geval een abortus moet worden overwogen staan tegenover elkaar de belangen van twee gelijkwaardige individuen.
- 2 Het embryo is slechts een potentieel individu. Bij deze attitude wordt een waarderingsverschil gemaakt tussen embryo en mens, hetgeen over het algemeen een lagere waardering impliceert van het embryo. Aldus wordt de mogelijkheid geschapen, een andere houding tegenover het embryo aan te nemen dan tegenover een voldragen individu. Bij deze attitude zullen in het algemeen de belangen van de vrouw prevaleren, zonder dat die van het embryo worden genegeerd. Anders geformuleerd: het embryo heeft recht op leven, maar in geval van een ernstig belangenconflict gaat dat van de vrouw voor.
- 3 Het embryo is nog geen (potentieel) individu. Bij dit standpunt zal vrijwel steeds het belang van de vrouw prevaleren.
- 4 Het al of niet potentieel individu zijn van het embryo wordt buiten beschouwing gelaten. Alleen met de problemen en de belangen van de vrouw dient rekening te worden gehouden, respectievelijk alleen deze belangen tellen. In zijn uiterste consequentie leidt dit standpunt tot de „ton corps est à toi” opvatting.

Deze verschillende standpunten overziende moet men stellen, dat er na elke conceptie minimaal sprake is van potentieel menselijk leven. Na het uitdragen van de zwangerschap zal immers een mensenkind worden geboren. Het aan dit feit ontleende argument, dat bij een abortus dan altijd sprake is van doden van menselijk leven, dient echter op zijn juistheid te worden onderzocht. Want direct doet hier de vraag op, waar en wat de grenzen van menselijk leven zijn, een vraag die tegenwoordig waarlijk niet

alleen in de discussie rondom de abortus een rol speelt.

Wat het embryo betreft: het verschil tussen een potentieel individu en een volwassen individu is voor sommigen gradueel kwantitatief, voor anderen zelfs kwalitatief. Maar ook voor degenen, voor wie het verschil alleen maar in kwantiteit gelegen is, blijft de vraag, waar men de grens tussen potentieel menselijk leven en volwaardig menselijk leven wil leggen, een kwestie van waardering. Het is misschien nuttig in dit verband te herinneren aan de snelle kentering in de opvattingen over en de waardering van de contraceptie. Het is nog niet zo heel lang geleden dat deze door zeer velen ook met moord werd gelijkgesteld en men gaat toch niet te ver door te beweren dat tegenwoordig niemand nog zoiets over het voorkómen van bevruchting zou durven beweren.

Dat het nochtans niet alleen moeilijk is een begintijdstip aan te geven voor het leven, maar ook voor het einde van wat men als menselijk leven mag beschouwen, wordt wel bewezen door de huidige discussies over de reanimatie en haar consequenties.

In onze cultuur bestaat een sterke neiging ergens een begin en een einde van het persoonlijk menselijk leven aan te geven. Maar het is uiterst moeilijk hier absolute grenzen vast te stellen want deze liggen individueel — onder meer afhankelijk van de levensbeschouwing — zo verschillend, dat het onmogelijk is gebleken een vast criterium te vinden, dat voor iedereen aanvaardbaar is.

In de abortus-problematiek speelt dit relatief stellen van de grenzen van het individuele leven vanzelfsprekend een grote rol. Door in de embryologische ontwikkeling het begin-tijdstip naar voren of naar achteren te verschuiven wordt wel getracht — evenredig hiermee — de rechten van het zich ontwikkelende embryo zwaarder of minder zwaar te laten wegen. In dit verband lijkt het ons zinvol vast te stellen dat het hier gaat om wetenschappelijk vaststaande feiten, maar om een emotionele waardering, die niet aan deze zogenaamde feiten wordt ontleend, maar waaraan wij — in tegendeel — vaak onbewust deze feiten secundair hechten.

Dit wil niet zeggen dat deze emotionele waarden daarom minder belangrijk zijn. Echter: men moet dan ook bereid zijn deze waarden als zodanig ten volle en openlijk te laten gelden. En dit houdt dan weer de erkenning in, dat deze waarden voor de ene mens anders zijn dan voor de andere. Om het even of de een arts is en de ander niet. Men moet zich dan ook afvragen of het niet noodzakelijk is, dat de arts die met een abortus-verzoek wordt geconfronteerd, altijd bij zichzelf nagaat, en vooral ook openlijk stelt, welke waarden voor hem in deze situatie gelden en hoe hij ze gebruikt, zonder voor deze waarden schijnbaar objectief wetenschappelijke argumenten te zoeken. Hierbij passen de arts begrip en inzicht in de omstandigheid, dat voor de mens te-

genover hem deze waarden geheel andere kunnen wezen.

5. De „andere” kant van het abortusprobleem

Wanneer de vrouw, die zich met een abortusverzoek tot de arts wendt, in manifest levensgevaar verkeert, zal de beslissing voor de meeste medici niet moeilijk zijn. Voor velen begint echter reeds de twijfel wanneer uitsluitend het gevaar dreigt dat een bestaande ziekte zal verergeren, of wanneer de kans bestaat dat een aanwijsbare ziekte zal ontstaan. Maar hoe ziet de arts zijn taak indien van een dergelijk gevaar geen sprake is en, zoals meestal het geval is, de enige reden waarom de vrouw komt, gelegen is in het feit dat de zwangerschap ongewenst is?

De reactie van de arts in deze soort gevallen zal afhangen van zijn eigen visie op zijn medische taak. Wanneer de arts zijn taak strikt beperkt ziet tot het voorkómen of opheffen van ziekten, lichamelijk of psychisch, zal deze visie bepalend zijn voor zijn antwoord op het abortusverzoek van de vrouw, bij wie geen ziekte bestaat of dreigt. (Zoals reeds eerder opgemerkt omvat deze groep het overgrote deel van de abortusverzoeken).

Bij artsen met bovenbeschreven instelling bestaat de neiging het lijden of het gevoel in nood te zijn van de vrouw te ont- en te miskennen. Vaak wordt dan ook zonder meer geweigerd hulp te bieden, omdat het lijden van de vrouw niet in ziektekundige termen te vatten is. Vaak ook ziet men dat de arts de vrouw ervan probeert te overtuigen dat zij niet lijdt. Achter deze handelwijze, die aan de vrouw geen enkele oplossing biedt, kan het emotionele conflict (namelijk tussen zijn houding ten opzichte van abortus en zijn behoefte de vrouw te helpen) van de arts schuil gaan.

Er zijn ook artsen die, naast het opheffen en voorkomen van ziekten, het optimaliseren van psychohygiënische condities als hun taak beschouwen. Ook dit is een strikt medisch standpunt, dat echter in positieve termen is gesteld. De arts die zijn taak aldus ziet komt eveneens in een conflictsituatie wanneer een vrouw, alléén omdat zij een zwangerschap als ongewenst beschouwt en zich daardoor in nood voelt, zich met een abortusverzoek tot hem wendt. Het optimaliseren van psychohygiënische condities en het opheffen van leed of nood, zijn namelijk geen categorieën die elkaar zonder meer dekken.

Een derde standpunt dat de arts kan innemen is, dat het tot zijn taak behoort calamiteiten te voorkomen. Dit is al een meer algemeen menselijk standpunt, dat zich kennelijk buiten het gebied plaatst van de ziektekunde in engere zin. Maar wat is een calamiteit? Er is geen objectief criterium waarmee dit kan worden gemeten. Het gaat hier om een emotionele waardering van een bepaald gebeuren — i.c. een ongewenste zwangerschap — die van individu tot individu verschilt. Wie bepaalt of *deze* zwangerschap een ramp is? Moet de vrouw het als

een ramp voelen? Moet het de arts aanspreken als een ramp? Er zijn gevallen die men in ruim verband misschien niet zo mag noemen, maar die het voor de persoon in kwestie wel degelijk zijn. Wat te denken van het geval van een balletdanseres, die haar juist begonnen carrière bedreigd ziet door een zwangerschap? Of — iets wat veel vaker voorkomt — het meisje dat door een ongewenste zwangerschap haar kansen op een huwelijk ziet dalen en dit als een ramp beleeft. Zijn dit calamiteiten? Wie bepaalt dat?

Er is nog een vierde standpunt, dat als taak van de arts ziet „het bevorderen van het somatisch, geestelijk en sociaal welzijn”, zoals dit door de Wereld Gezondheids Organisatie is geformuleerd. Wanneer men dit standpunt als uitgangspunt aanvaardt, zijn de taken van de arts veel ruimer dan het voorkómen en bestrijden van ziekten, van rampen en van leed. Hier heeft men te maken met een positieve formulering van de gezondheidszorg omdat — volgens de definitie van de Wereld Gezondheids Organisatie — alleen van gezondheid kan worden gesproken, wanneer er ook op het geestelijke en sociale welbevinden wordt gelet. Men heeft hier te maken met een opvatting die, in tegenstelling tot de nog altijd negatieve formulering van het zogenaamde rampencriterium, ver buiten het „ziektekundige” uitgaat, tenzij men — dit standpunt tot zijn uiterste consequentie doortrekkende — zou stellen, dat iedere vrouw die ongewenst zwanger is, tengevolge van deze ongewenste zwangerschap niet in een toestand van optimaal geestelijk en sociaal welzijn verkeert en dus „ziek” is. Het is twijfelachtig of er op dit moment al veel artsen zijn, die dit standpunt innemen. Maar de ontwikkeling van een dergelijke attitude ligt wel in de lijn van een welzijnszorg, zoals deze nu reeds in onze westerse gemeenschap wordt gestimuleerd.

Uit de uiteenlopende standpunten van de huidige artsengeneratie volgt vanzelfsprekend een uiteenlopende benadering van de zwangere vrouw die om een abortus verzoekt. Hoewel feitelijk niemand een zwangere, die zich in nood voelt, het recht zou mogen ontzeggen om hulp te vragen, blijkt, in de praktijk een grote groep artsen dit verzoek zonder meer te weigeren, soms in zeer bruuske vorm. Maar ook binnen de benadering van de artsen, die het verzoek niet direkt naast zich neerleggen, blijken er zeer grote verschillen te bestaan. Fundamenteel is hierbij, naar onze mening, de instelling van de arts ten opzichte van de vrouw. Laat hij zich bij de beoordeling van het verzoek in de eerste plaats leiden door zijn eigen zedelijke normen, óf door de wens van de mens tegenover hem, wier individuele recht tot zelfontplooiing hij ten volle erkent?

Uitgaande van deze tegenstelling kan men twee principiële attitudes van de arts ten aanzien van het abortusverzoek onderkennen, die wij willen onderscheiden als de „nee, tenzij . . .”-houding en de „ja, tenzij . . .”-houding.

De „nee, tenzij”-attitude gaat uit van de vigerende normen, van de officieel afwijzende houding van de gemeenschap, bekrachtigd door strafbaarstelling bij de wet. Bij deze attitude staat centraal het belang dat door de arts wordt toegekend aan het levensrecht van het embryo. De arts voelt zich verplicht deze waardering dwingend op te leggen.

Het „tenzij” laat men vanuit deze attitude bepalen door het al of niet bestaan of verergeren of ontstaan van een ziekte, óf door het al of niet bestaan of ontstaan van levensgevaar voor de vrouw. Soms beslist een zo denkende arts volgens het zogenaamde rampencriterium. Maar als regel vraagt hij daarbij dat de te verwachten ramp is te formuleren in ziektekundige termen. Bij gebrek daaraan heeft het argument voor hem geen geldigheid, of heeft hij het gevoel zijn beslissing niet te kunnen verdedigen. Het uitgangspunt van de volgens dit criterium handelende arts is, dat hij twee patiënten heeft: moeder en vrucht en dat hij allereerst dient op te komen voor diegene van beide, wiens levensrecht wordt bedreigt. Het dwingend opleggen van dit standpunt aan een vrouw, die dit niet deelt, impliceert dat men in staat zou zijn de objectieve juistheid hiervan aan te tonen.

Voor de „ja, tenzij”-attitude is essentieel, dat de voor de vrouw als autonome persoonlijkheid geldende autonome gevoelens en waarden als primair gegeven worden aanvaard. Deze kunnen sterk verschillen van die welke gelden voor de arts. Dit betekent dat de arts inzicht moet hebben in zijn eigen emoties en waarden ten opzichte van de onderhavige problematiek en dat hij deze moet kunnen hantieren. De arts moet zich kunnen realiseren dat zijn waardering van deze problemen subjectief bepaald is en dat hij daarvan dient te abstraheren als hij zich wil verdiepen in de realisering van het levensplan van de vrouw. De subjectieve waardering van de arts dient te worden achtergesteld bij die van de vrouw. Dit teneinde de beslissing zo te kunnen nemen, dat hij zich laat leiden door de werkelijke problemen van de vrouw en niet door eigen levensbeschouwing. De arts, die gebonden is aan eigen waarden op een wijze dat hij niet in staat is zich hiervan te distancieren, zal moeilijk in staat zijn de problemen op hier bedoelde wijze te helpen oplossen.

Als illustratie kan dienen dat vrouwen niet zelden komen met de mededeling: „Ik ben over tijd”. Onder hen zijn er die weten dat zij zwanger zijn, dat zij een kind moeten krijgen, maar voor wie emotioneel een beginnende zwangerschap nog in het geheel niet die verstrekkende betekenis heeft. Deze vrouwen zijn gemakkelijk in een emotioneel conflict te brengen, wanneer de arts vanuit zijn eigen attitude de nadruk gaat leggen op dit aanstaande moederschap. De vrouw zal deze waarheid erkennen, alhoewel die op dat moment niet voor haar geldt. Voor de vrouw, voor wie dit weten tot nu toe nog

niet deze emotionele betekenis heeft gehad, dreigt het gevaar dat zij aldus in een conflictsituatie wordt gebracht.

Ook hoort men dat de arts de vrouw ertoe poogt te bewegen de zwangerschap uit te dragen, om daarna het kind te laten adopteren. Soms gebruikt de arts dit argument in de hoop dat de vrouw later wel tot andere gedachten zal komen. Hij moge dit in alle oprechtheid zo doen, maar men vraagt zich af of de arts, die op deze wijze argumenteert, zich altijd realiseert dat hij zich door eigen, subjectief bepaalde, opvattingen laat leiden. Gevoelens en waarden die voor de vrouw zwaarder wegen, kunnen op deze wijze onvoldoende tot uiting komen en er kan een beslissing vallen die niet in overeenstemming is met de problematiek van de vrouw.

Evenals de „nee, tenzij”-attitude berust de „ja, tenzij”-attitude op een waardering van de feiten. Bij de ene noch bij de andere attitude kan gesteld worden, dat hij onontkoombaar uit de feiten volgt.

Aan de „ja, tenzij”-attitude vindt men de volgende overwegingen ten grondslag liggen:

— De overweging dat het moment, waarop men van een mensenleven gaat spreken, subjectief bepaald is. Als adstructie van deze subjectieve bepaaldheid kunnen de ervaringen met anticonceptie en masturbatie dienen. Nog niet lang geleden werden zeer vele mensen in hun gewetensrust gestoord omdat ook deze daden werden beschouwd als voerend tot de vernietiging van toekomstig leven. In één generatie tijds zijn de opvattingen hierover sterk veranderd, en wel voornamelijk in die zin, dat het een vrijwel algemeen aanvaard uitgangspunt is geworden, dat ieder voor zijn eigen geweten moet uitmaken hoe hij in deze zaken meent te moeten handelen.

— De overweging dat men bij de behandeling van een abortusverzoek de voor de vrouw geldende autonome gevoelens en waarden als primair gegeven aanvaardt. Dit is niet een strikt psychiatrisch of medisch uitgangspunt, maar het berust op de in onze westerse (en dus ook de Nederlandse) maatschappij meer en meer geldende waarden, dat ieder mens het recht heeft op zelfontplooiing en dat de gemeenschap de taak heeft hiervoor de mogelijkheden te scheppen. Het is niet meer de algemene geldigheid van waaruit het individuele geval wordt beoordeeld. De algemene geldigheid wordt opgegeven ten gunste van de individuele situatie. Zo denkende proberen wij maatschappelijke regels te maken vanuit het idee dat deze juist de mogelijkheid moeten scheppen tot individuele ontplooiing, mits deze anderen niet schaadt, en niet vanuit het apriori, dat het individu zich aan de regels moet aanpassen. In die gedachtengang wordt het noodzakelijk dat ook de arts streeft naar bevorderen van die omstandigheden van zijn patiënten, waarbij hun ontplooiing in en ten opzichte van deze gemeenschap centraal staat. Dit houdt in, dat de taak van de arts verder reikt dan het behandelen van ziekten.

Opmerking: Hiermee wordt niet gezegd, dat de

arts, die principieel afwijzend tegenover abortus provocatus staat, de waarden van de vrouw niet als primair gegeven zou kunnen aanvaarden. Hij respecteert de waarden van de vrouw, wanneer hij tegenover haar laat blijken dat zijn standpunt subjectief is; dat hij haar verzoek afwijst, niet omdat haar opvattingen verkeerd of slecht zijn, maar omdat hij, als mens en niet als deskundige, haar beginnende zwangerschap als anders waardeert.

De ja, tenzij-attitude impliceert natuurlijk niet dat de vraag van de vrouw zonder méér zal moeten worden geaccepteerd. Het is de vraag of zij hiermee in alle gevallen werkelijk geholpen zou zijn. Wij komen daarmee op het „tenzij”.

Bij dit „tenzij” staat het begrip „schade” centraal. Het is zeer goed mogelijk dat de vrouw met de vraag om abortus zichzelf, haar eigen ontplooiing, wezenlijk schade toebrengt. De vrouw die met de vraag om abortus komt, is niet altijd in staat haar emotionele situatie te overzien, juist omdat de ongewenste zwangerschap zo'n beladen thema is in onze maatschappij. De arts heeft hier een taak. Hij kan de vrouw helpen bij het overwegen van de motieven, die haar om abortus doen vragen, en bij het ontdekken van pro en contra's welke zij mogelijk over het hoofd ziet. Er bestaat hierbij het gevaar dat de arts van de (vaak impliciete) veronderstelling uitgaat, dat de vrouw in het geheel niet of nauwelijks in staat is, zelfs de emotionele motieven te onderkennen en af te wegen, of dat de motieven die zij noemt niet de juiste of belangrijkste zouden zijn. Men kan niet apriori stellen dat het merendeel der vrouwen, die om abortus vragen, hiertoe niet in staat zou zijn.

Het abortusverzoek is van geval tot geval zo verschillend en het afwegen van de waarden zo moeilijk, dat het ons onmogelijk is voorgekomen de situaties, waarin de vrouw schade zou lijden door het toestaan van de abortus, te ordenen. Wij hebben ons derhalve van rubricering onthouden, omdat een (slechte) rubricering het gevaar inhoudt dat een arts zich door (verkeerde) regels al te star zou laten leiden. De volgende gevallen zijn dan ook maar enkele voorbeelden, door leden van de commissie zelf waargenomen, waarbij zonder nauwkeurig onderzoek gemakkelijk schade zou kunnen worden toegebracht en waaruit, naar ons gevoel, de noodzaak van een dergelijk onderzoek van het verzoek van de vrouw blijkt. (Niet met name zijn genoemd die gevallen waarin de psychiater een duidelijk psychiatrisch ziektebeeld heeft herkend.)

Een vrouw die komt met het verzoek uit behoefte tot zelfbestrafing.

Zware druk van het milieu. Bijvoorbeeld een vrouw van 51 jaar, die voor het eerst in verwachting is. Haar moeder meent dat als je zo oud bent, je niet meer met zo'n dikke buik kunt rondlopen. Daarnaast is haar man vaak van huis. Hoewel zij het kind vurig wenst, voelt zij zich niet tegen de situatie opgewassen.

Vrouwen die ondanks goede kennis van anti-

conceptie zich toch zwanger laten maken. De zogenaamde WEUP's (wishful exposure to unwanted pregnancy). Eigenlijk willen deze vrouwen graag zwanger worden al zeggen zij van niet.

Een vrouw met twee kinderen; het huwelijk is goed. Zij is in verwachting van het derde kind en verzoekt om abortus omdat zij bang is dat zij met de derde erbij geen goede moeder kan zijn. Patiënte is zelf derde kind. Haar moeder is na haar geboorte psychotisch geworden en wordt in een psychiatrisch ziekenhuis verpleegd. Zij wil eigenlijk wel een derde kind, maar met de verzekering erbij dat zij niet zo zal worden als haar moeder.

Een ander soort voorbeeld: Van een echtpaar vindt de man zich onzeker in zijn seksuele rol, heeft homoseksuele fantasieën gehad. De vrouw is buitenlandse en voelt zich niet gelukkig in Nederland. Zij hebben twee kinderen. Ondanks goede anti-conceptie ontstaat toch zwangerschap. Zowel de vrouw als de man hebben het gevoel dat dit een te grote belasting vormt. Na de abortus komt de man terug met schuldgevoelens dat hij zijn vrouw tot de abortus zou hebben aangezet.

Schade bij de partner is volgens de indruk van de commissieleden zeldzaam. Men vindt weleens een agressieve reactie van de man: je hebt mijn kind vermoord.

Wij willen er met nadruk op wijzen dat deze uitspraken ten aanzien van de schade tijdgebonden zijn en geldig voor nu. Het is zeer waarschijnlijk dat ook ten aanzien van wat als schade wordt beleefd de situatie wezenlijk zou kunnen veranderen, door bijvoorbeeld de invoering van een abortuspijl. Doordat geldende waarden ten opzichte van abortus provocatus dan waarschijnlijk zullen veranderen, zal ook anders worden beleefd wat schadelijk is. Daarover zijn nu geen uitspraken te doen.

7. Gevolgen van het verrichten of nalaten van de ingreep

1. Ongunstige gevolgen na het verrichten van de abortus. Hierboven werden enige voorbeelden gegeven van gevallen, waarbij abortus gecontra-indiceerd leek, ook als men uitgaat van het „ja, tenzij"-standpunt, omdat men groot gevaar zou lopen de vrouw schade toe te brengen. Daarnaast heeft de commissie getracht zich een oordeel te vormen over de schadelijke gevolgen van abortus, zoals die veelal worden beschreven. Steeds opnieuw hoort men in de discussie als zwaarwegend argument gebruiken dat het onderbreken van de zwangerschap vaak ernstige gevolgen heeft, vooral in de zin van depressies en schuldgevoelens. De moeilijkheid is, dat enigszins betrouwbare, voor Nederland geldende, onderzoeken hierover ontbreken.

Men kan zich niet aan de indruk onttrekken, dat de thans gebruikelijke benadering van een abortusverzoek het optreden van ongunstige gevolgen in de hand werkt. Door de onzekere positie waarin de medicus, die een abortus provocatus uitvoert, zich

bevindt, wordt het aantal gevallen, waarin men tot de ingreep overgaat, tot een minimum beperkt. Daarbij komt nog dat de weinige artsen, die bereid zijn zich in deze problematiek te verdiepen, vele malen meer gevallen krijgen aangeboden dan zij aan zouden kunnen. Dit houdt in dat alleen diegenen, die het ergst eraan toe zijn, in aanmerking komen, wat weer betekent dat, als wij — zeldzame — somatische indicaties buiten beschouwing laten, de vrouw bij wie abortus wordt verricht, zich doorgaans reeds in een psychisch ernstige situatie bevindt. Men mag dan niet, wanneer een vrouw na de ingreep depressief wordt of ernstige schuldgevoelens vertoont, of anderszins decompenseert, dit zonder meer op rekening schuiven van de abortus provocatus.

Er is nog een andere factor die van invloed kan zijn op het ontstaan van schuldgevoelens of depressies na het onderbreken van de zwangerschap namelijk: de arts zelf. Wij hebben er al enkele malen op gewezen, hoezeer de abortus provocatus vele artsen voor problemen stelt. Er is geen omschreven indicatiegebied. De rechtspositie in deze is op zijn minst onzeker. Het uitvoeren van de ingreep vormt gewoonlijk een emotionele belasting. Dit brengt met zich mee dat de betrokken arts zich toch onzeker of zelfs schuldig voelt, ook al is het voor hem in een bepaald geval evident dat hij de vrouw het beste helpt met abortus provocatus. Wanneer hij, vanuit deze ambivalente attitude, de vrouw eerst tot andere gedachten heeft willen brengen en haar vaak met nadruk alternatieve oplossingen heeft voorgehouden, bestaat het gevaar dat hij zijn schuldgevoelens op haar overbrengt, als de ingreep toch plaats vindt.

Ook de inschakeling van een team bij de ingreep kan, naar de ervaring van diverse commissieleden, in belangrijke mate tot het produceren van schuldgevoelens bijdragen. Wanneer een vrouw, die bij haar huisarts komt met het verzoek om een ingreep, die voor haar op dat moment een geringe emotionele inhoud heeft, wordt verwezen naar een team, waarbij zij achtereenvolgens passeert een psychiater (die nagaat of zij geestelijk gestoord is), een sociaal werkster (die nagaat of haar gezin wel onstabiel genoeg is) en een psycholoog (die nagaat of haar geestelijke stabiliteit wel ontoereikend genoeg is om de ingreep toe te staan), nog afgezien van de gynaecoloog, die ook zijn mening zal willen vormen over deze zaken, dan valt te begrijpen dat een dergelijke gang van zaken niet nalaat psycho-hygiënische consequenties voor de vrouw te hebben.

De literatuur biedt ten aanzien van ongunstige gevolgen na het verrichten van abortus zeer weinig aanknopingspunten. Vrijwel alle publikaties hebben betrekking op andere landen waar andere omstandigheden gelden. Voorts schieten de meeste in de literatuur vermelde onderzoeken tekort op een of meer van de volgende punten:

1 De steekproeven zijn niet aselekt. Bij alle ons be-

kende onderzoeken werden alleen vrouwen onderzocht die spontaan terug kwamen. Soms worden bepaalde indicatiegebieden (rubeola, incest) buiten beschouwing gelaten.

- 2 In veel studies heeft de auteur geen aandacht besteed aan de psychische toestand van de vrouw vóór de abortus.
- 3 Heel vaak wordt geen onderscheid gemaakt tussen spontane, criminele of therapeutische abortus.
- 4 De mogelijke invloed van gelijktijdige sterilisatie wordt vaak genegeerd.
- 5 Het tijdsverloop tussen abortus en na-onderzoek wordt in vele studies niet vermeld, waar dit wel het geval is varieert het van drie maanden tot drie jaar. Voor beoordeling van effecten op lange termijn is dit vaak te kort. Onderzoeken op lange termijn ontbreken.
- 6 De criteria en de procedures, die zijn gehanteerd bij het evalueren van de vrouw en het na-onderzoek, zijn vaak niet vermeld. Waar dit wel het geval is, lopen de gevolgde methoden sterk uiteen. Sommigen achten het voldoende als de vrouw over schuldgevoelens spreekt, bij anderen tracht men door psychotherapie schuldgevoelens aan het licht te brengen.
- 7 Volstrekt niet zelden komt een auteur met een conclusie die niet door zijn gegevens gedekt wordt.

Samenvattend kan men stellen dat over de frequentie en de ernst van de psychische gevolgen van abortus in Nederland geen betrouwbare gegevens bestaan en dat een belangrijk deel van de gevolgen kan worden verklaard uit een reeds vóór de abortus bestaande probleemsituatie of uit de attitude van de bij de ingreep betrokken arts en/of andere gezagsfiguren (geestelijke, ouders, etc.).

Voor zover de ervaring van de commissieleden strekt, ondergaan gezonde vrouwen deze ingreep doorgaans zonder gevolgen. De verwachting ligt voor de hand dat bij een verruiming van de mogelijkheden, waardoor een groter aantal evenwichtige vrouwen (en vrouwen die aan de grens van een psychische decompensatie leven), geholpen kan worden, de frequentie van schadelijke gevolgen zal afnemen. Bovendien lijkt het waarschijnlijk, dat bij een voortschrijdende attitudewijziging in de richting van grotere acceptatie van abortus, de gevallen, waarbij na abortus met schuldgevoel wordt gereageerd, zullen afnemen.

II. *Schade bij het niet verrichten van abortus.* Een systematische beoordeling van deze schade is een moeilijk probleem, wanneer men tenminste de gevallen, waarbij het gaat om organische afwijkingen, buiten beschouwing laat. Vele gevolgen zijn immers niet aanwijsbaar te herleiden tot de weigering van de ingreep. Dit kan echter geen reden zijn dat „dus” de schade niet bestaat of niet vaak voorkomt. Iedereen die bekend is met het wetenschappelijk onderzoek in het psychosociale gebied in het algemeen,

weet hoe groot de problemen van de research zijn.

Wel vermeldenswaard is dat bij een onderzoek van Forssman en Thuwe van 121 kinderen, geboren na weigering van abortus provocatus, de gehele groep bij meerderjarigheid op vele gebieden significant meer stoornissen bleek te vertonen dan een zorgvuldig gekozen controlegroep. De ervaring van de commissieleden en andere werkers op het gebied van de geestelijke volksgezondheid is, dat de weigering tot het verrichten van abortus verregaande directe en indirecte gevolgen kan hebben. Suicidegevallen worden vaak als eerste genoemd. Van de commissie hadden slechts twee leden ieder één geval van een suicidepoging meegemaakt. Beschouwt men het individuele geval, dan is dit uiteraard zeer ernstig. In termen van frequentie is dit niet hoog. Het is uiteraard de vraag in hoeverre deze ervaringen representatief zijn.

Frequent ziet men daarentegen de vrouwen, die zich tijdens het onderzoek goed staande kunnen houden en een vrij evenwichtige indruk maken, omdat zij er als vanzelfsprekend vanuit gaan dat zij geaborteerd zullen worden. Wijst men deze vrouwen af, dan ontstaan decompensaties van verschillende aard. Het is dan ook vanzelfsprekend dat na een afwijzing de vrouw verdere begeleiding moet kunnen krijgen, zoals dit in het gynaecologenrapport is aangegeven; trouwens een dergelijke begeleiding zal ook mogelijk moeten zijn indien de ingreep wél heeft plaats gevonden.

Aan de commissie zijn gevallen bekend van vrouwen die gaan zwerven om een aborteur te vinden en terecht komen bij lieden, die alleen willen bemiddelen op onereuze voorwaarden. Veel frequenter zijn de gevallen waarbij de vrouw zelf met uit overlevering bekende, meestal gevaarlijke, middelen gaat manipuleren. De stellige overtuiging dat de vrouw haar toevlucht tot een clandestiene aborteur zal nemen, zal niet gauw een reden zijn om tot abortus over te gaan. Maar het is wel een aanwijzing voor haar vastberadenheid en voor de intensiteit van haar wens. Wanneer de arts en de vrouw na ampele overwegingen tesamen beslissen de zwangerschap niet te verbreken, moet men het gehele arsenaal van voorzieningen, waarover wij potentieel beschikken om andere wegen voor hulp te zoeken, ook werkelijk kunnen inschakelen. Men kan wel wegen zien langs welke men het uitdragen van de zwangerschap en het opvoeden van het kind mogelijk zou kunnen maken. Maar als men tegelijkertijd weet dat het praktisch onmogelijk is die wegen te bewandelen, lijkt het ongeoorloofd aan deze theoretische mogelijkheden de grond te onttrekken abortus af te wijzen. Ook hier weer bestaat het dilemma, dat de maatschappij enerzijds stelt dat abortus niet geoorloofd is, maar dat zij anderzijds het onmogelijk of al te zeer belastend maakt, die zwangerschap uit te dragen en dat kind groot te brengen. Ook dit zal in het licht van de tijdsgebondenheid gezien moeten worden. Wanneer bijvoorbeeld niet langer discriminerend wordt opgetreden

tegenover de ongehuwde moeder en haar kind, zullen waarschijnlijk een aantal gronden voor een abortusverzoek wegvallen.

Bij het vormen van een oordeel over de schadelijke gevolgen van het niet-verrichten van abortus, zou men alle situaties mede in ogenschouw dienen te nemen, die direct of indirect in causaal verband staan met het ongewenst zijn van de geboorte van een kind. Ten overvloede: dat deze schadelijke gevolgen bestaan impliceert niet dat men „dus” zou moeten aborteren. Niet een feit leidt tot handelen, maar de waardering ervan. Het zijn juist de gevolgen van zulk een geboorte, die als motief voor de aanvraag vaak worden aangevoerd. De vrouw meent, of de vrouw en de verwekker menen, dat niet alleen zij geen vreugde zal (zullen) beleven aan de komende zwangerschap en bevalling, maar dat zij ook niet in staat zal (zullen) zijn, op passende wijze voor het kind te zorgen. De sombere vooruitzichten worden in vele gevallen tot realiteit, gezien de narigheid die men vrijwel dagelijks in de psychiatrische praktijk tegenkomt bij hen, die als ouders of kinderen deel hebben genomen aan het drama van een ongewenste geboorte.

Men kan zonder meer stellen dat bij de grote meerderheid van de 20.000 tot 60.000 vrouwen per jaar (de ramingen lopen uiteen, 20, 25, 49, 54), bij wie een niet therapeutische abortus provocatus heeft plaats gevonden, een psychische en maatschappelijke nood bestaat voor de vrouw en voor de andere gezinsleden; een nood die het rechtvaardigt hier te spreken van een ernstige belasting voor de geestelijke volksgezondheid.

8. Abortus en anti-conceptie

De commissie heeft gemeend de anti-conceptie in haar beschouwing over de abortusproblematiek te moeten betrekken omdat er een nauwe relatie bestaat. Per jaar vinden er in ons land tenminste 20.000 abortussen plaats. Indien men aanneemt dat er meestal tenminste twee mensen bij betrokken zijn, de vrouw en haar partner, afgezien van eventuele andere gezinsleden, betekent dit dat er per jaar een 40.000 mensen met dit probleem worden geconfronteerd. Men kan zich afvragen hoe het komt dat aan een probleem van een dergelijke omvang tot voor kort zo weinig aandacht werd geschonken.

Een belangrijke oorzaak voor deze geringe aandacht is ongetwijfeld gelegen in het taboe dat op alle seksuele aangelegenheden rust. Dit bracht niet alleen met zich mee dat men het abortusprobleem verzweg, maar ook dat men een alternatieve oplossing van het probleem van de ongewenste zwangerschap, de anti-conceptie, afwees. Hoezeer ook dit taboe onder medici heerst, blijkt uit het feit dat in de medische opleiding tot voor kort het onderwerp gezinsplanning, en — meer uitgebreid — seksualiteit, niet ter sprake kwam.

Dat er een nauwe relatie bestaat tussen ontoereikende anti-conceptie en abortus provocatus moge blijken uit het feit dat een groot aantal verzoeken

om abortus afkomstig is van vrouwen, die een tijdlang het gebruik van de pil staakten op advies van hun huisarts, zonder dat deze een andere betrouwbare vorm van anti-conceptie verstrekke. Mogelijk spelen bij het advies van een staakperiode soms ook andere factoren dan alleen medisch-somatische een rol. Het komt de commissie voor, dat maar al te gauw in een kleine moeilijkheid (hoofdpijn, prikkelbaarheid) een aanleiding wordt gevonden om te adviseren een tijdlang het gebruik van de pil te staken. Dit valt misschien te begrijpen uit de bijzondere positie van de pil onder de farmaca. Het is immers geen „geneesmiddel” in engere zin. Daarom is men wellicht geneigd minder tolerant te zijn ten aanzien van mogelijke bijwerkingen. Ook achter deze handelwijze gaat een onvermogen schuil om voldoende distantie van eigen waarde te nemen.

Met klem wil de commissie wijzen op het belang van een goede vorm van onderwijs voor de arts en de toekomstige arts ten aanzien van de anticonceptie. Het moet mogelijk zijn dat de arts bij het opnemen van de anamnese, behalve de vertrouwde vragen naar suikerziekte, enz., ook de vraag naar de anticonceptie stelt. In iedere status zou een rubriek anti-conceptie opgenomen moeten zijn. De vraag naar anti-conceptie dient op het niveau van routine-handelingen te liggen.

Al tijdens de universitaire opleiding en ook bij de nascholing zal hieraan grote aandacht moeten worden besteed. Niet alleen wat betreft de technische, maar ook wat betreft de medisch-psychologische en sociale aspecten. Anticonceptie, seksualiteit en gezinsplanning zijn niet uitsluitend organisch-technische of farmacologisch-technische problemen. Een goede gedragswetenschappelijke kennis van deze gebieden is noodzakelijk om adequate hulp te kunnen bieden. Hier ligt een belangrijke verantwoordelijkheid voor de medische faculteiten.

Onder de huidige omstandigheden is de medicus degene tot wie men zich in eerste instantie wendt voor geboorteregeling. Daarom dient deze ook op dit terrein deskundig te zijn en actief de gevraagde hulp te verlenen.

De commissie heeft de overtuiging dat, wanneer op deze wijze veel grotere en adequatere aandacht aan de anti-conceptie zal worden gegeven, het abortusprobleem spoedig niet meer de tegenwoordige omvang zal hebben.

Nu de overheid de wetten op de contraceptie heeft herzien, ligt er voor particuliere instellingen, binnen en buiten het gebied van de geestelijke volksgezondheid, een belangrijke taak om op nog intensievere wijze voorlichting te geven. De commissie zou er bovendien sterk voor willen pleiten, dat daarnaast bij het onderwijs vanaf het lager onderwijs, veel grotere aandacht aan dit onderwerp wordt besteed. Als in de opleiding tot goede staatsburgers wel het aantal zetels van de Tweede Kamer of het inwoneraantal van de diverse gemeenten voorkomt, dan hoort daar ook het onderricht in gezinsregulatie, in anti-conceptie, bij.

De commissie acht het gevaar dat de abortus provocatus de reeds bestaande anti-conceptie zal verdringen voor ons land niet groot. Verreweg het grootste deel van de verzoeken komt van vrouwen die (tijdelijk) geen of een onbetrouwbare vorm van anti-conceptie toepassen of tengevolge van remmingen goede anti-conceptie slecht toepassen. Dat vrouwen, die nu wel een betrouwbare vorm van anti-conceptie met succes toepassen, deze zouden staken omdat zij abortus-provocatus gemakkelijker vinden, is denkbaar, maar het aantal, dat dit eventueel zou doen, zal naar onze mening heel klein zijn. Buitenlandse onderzoeken, waarbij een dergelijke verdringing van anti-conceptie door abortus provocatus is geconstateerd, hebben betrekking op landen waarin een preventieve attitude ten aanzien van de anti-conceptie nog slecht ontwikkeld is. In Nederland bestaat deze wel, getuige bijvoorbeeld het feit, dat ons land de tweede plaats inneemt op de lijst van percentages pilgebruik.

9. Het abortusteam

Hoewel de commissie verheugd is over het feit, dat er steeds meer abortusteams ontstaan, mag aan de bezwaren, die er aan zulke teams (kunnen) kleven, niet voorbij gezien worden. Mede om dergelijke bezwaren te beperken, respectievelijk op te heffen, zou de commissie willen aanbevelen een aantal accenten van de huidige doelstelling van abortusteams te verleggen. Hieraan dient onmiddellijk te worden toegevoegd, dat leden van de commissie aan het totstandkomen van zulke teams actief hebben meegewerkt en dat zij hopen dit in de toekomst te blijven doen.

Niettemin is het abortusteam, beschouwd vanuit de gezichtshoek van de commissie, een instituut met een tijdelijke (voorbijgaande) taak: het is overbodig geworden op het ogenblik dat zich in de maatschappij en bij de artsen een zodanige attitudewijziging heeft voltrokken, dat de abortus arte provocatus wordt gezien als elk ander vraagstuk van (geestelijke) volksgezondheid. De commissie spreekt de hoop uit dat op (versnelling van) deze attitudewijziging de bestaande en nog te creëren abortusteams een positieve invloed zullen uitoefenen.

De bedoeling van de initiatiefnemers voor de eerste abortusteams was driedelig: 1. te komen tot multidisciplinaire aanpak van een feitelijk multidisciplinair probleem; 2. het doorbreken van de afwijzende attitude (subsidiar de ontkenning van het probleem) in de geneeskundige praktijk; 3. het zoveel mogelijk verlenen van actieve hulp.

Het is verheugend dat in de eerste plaats universitaire centra hiermee begonnen zijn. Weliswaar geschiedt dit werk aldaar — noodgedwongen — op veel te kleine schaal, daartegenover staat echter, dat met de abortusteams aan de universiteiten openlijke, onverdachte instanties geschapen zijn, die zich bezig houden met een stuk hulpverlening waarop elders nog tal van taboes rusten. Er zijn echter

aan deze teams enkele nadelen verbonden, waarvan de commissie het belangrijkste aldus zou willen formuleren: De criteria volgens welke de teams handelen, betreffen niet zozeer het probleem van de vrouw, maar komen in de eerste plaats voort uit de kwantitatieve beperkingen. Daarnaast wordt door de verschillende leden van een team vaak zeer verschillend geoordeeld over de urgentie van een abortus provocatus. Een beslissing berust dan ook niet alleen op de deskundigheid van een team, zodat een afwijzing van een abortusverzoek niet zonder meer betekent dat de vrouw niet voor een abortus in aanmerking zou komen. Voor een vrouw die eenmaal door een team is afgewezen, bestaat echter weinig kans dat zij elders wordt geholpen.

Het gevaar bestaat dat op deze wijze een probleem, dat door de samenleving wordt weggeschoven, ook door de medici in het algemeen evenzeer wordt weggeschoven door het op deze wijze te institutionaliseren. Andere artsen uit de omgeving belasten zich niet (meer) met deze ingreep. Al eerder hebben wij aangeduid voor welk moeilijk probleem de arts zich geplaatst voelt wanneer een vrouw hem vraagt de zwangerschap te verbreken. Type-rend is dat patiënten opvallend vaak zonder telefonisch of schriftelijk contact worden verwezen en dat opvallend vaak de verwijzende instantie zich in het geheel niet van het probleem op de hoogte heeft gesteld.

Men kan zich niet aan de indruk onttrekken, dat het bij de abortus provocatus gaat om de overtreding van een taboe, dat niet alleen voor de artsen geldt, maar voor onze gehele samenleving. Taboes mogen geschonden worden op voorwaarde dat het gebeurt onder nauwkeurig bepaalde geritualiseerde omstandigheden. Men kan zich afvragen of de teams niet in een belangrijke mate hiertoe dienen. Maar dan geldt ook dat door een dergelijke wijze van handelen het taboe niet ontkracht maar juist versterkt wordt. Wanneer de teams zich in hoofdzaak beperken tot het nemen van beslissingen in de praktische uitvoering, bestaat het reële gevaar dat het wezenlijke probleem juist in stand wordt gehouden. De abortus provocatus houdt op deze wijze een uitzonderingspositie en dit versterkt de taboes.

Toch is er — ondanks nog andere bezwaren en onder nader te formuleren verschuivingen in de doelstelling — veel te zeggen voor het scheppen van soortgelijke teams overal in Nederland naar het model en op grond van de ervaring van de bestaande. Gehoopt moet worden dat in ieder ziekenhuis artsen, zo mogelijk bijgestaan door psychologen en maatschappelijk werk(st)ers, zich gezamenlijk zullen inspannen om tot een meer adequate hulpverlening in staat te geraken. Daarbij zou men zich dienen te hoeden voor nog enkele andere voetangels en klemmen dat het reeds genoemde bezwaar, dan bij de psychische belasting die het uitgebreide teamonderzoek op de betrokken vrouwen legt en op de emotionele betekenis van afwijzing na zulk een on-

gehanteerde criteria niet primair het probleem van de betrokkenen als uitgangspunt wordt genomen.

Elders in dit rapport werd reeds ingegaan op de derzoek. Hier komt nog bij, dat de door het team te nemen beslissing niet alleen berust op deskundigheid en objectieve maatstaven. Voorgaande overwegingen leiden tot de wenselijkheid van een verschuiving in de doelstelling van de abortusteams: naast de taak van een team ten aanzien van de besluitvorming bij individuele gevallen van abortus, is er de belangrijke dubbelfunctie:

- 1 Het betrekken van zoveel mogelijk artsen in het gesprek rondom de abortus, waarbij het probleem ontstaan kan worden van het geldende seksuele taboe.
- 2 Het stimuleren van de discussie over dit probleem in de samenleving.

De actieve hulpverlening in individuele gevallen zal niet uitsluitend het doel van deze teams moeten zijn maar mede een middel om deze problematiek openlijk aan de orde te stellen. Zoals in de aanhef van dit hoofdstuk is gesteld, beschouwt de commissie de functie van deze teams als een tijdelijke, totdat er bij arts en maatschappij een verandering heeft plaats gevonden, waardoor de abortus provocatus kan worden gezien als ieder ander probleem in de (geestelijke) volksgezondheid. Pas dan zal het mogelijk worden effectieve vormen van hulpverlening en preventieve zorg te creëren, inbegrepen goede voorlichting en opvoeding.

10. Overwegingen over eventuele wetswijziging

De arts, die wenst te werk te gaan volgens de „ja, tenzij“-attitude, wordt daarin gehinderd door de strafbepaling op de abortus provocatus, hoe coulant de vervolgende instanties hierin ook mogen zijn. Hij behoudt toch het gevoel een strafvervolgung te riskeren. Hij is bang de naam van aborteur te krijgen. Hij is op zijn hoede voor een conflict met de ziekenhuisdirectie. Hij moet rekening houden met de emotionele reacties van de staf van verplegenden. (Dit laatste is een belangrijk motief om het idee van de medische indicatie in stand te houden.) Maar er is een steeds groter wordende groep mensen van kennelijk goede trouw, medici zowel als niet-medici, die abortus provocatus niet als een ontoelaatbare handeling beschouwen.

Deze overwegingen hebben ertoe geleid, dat de commissie meent te moeten adviseren dat voor de arts strafvrijheid zal moeten bestaan, indien is voldaan aan een aantal gedragsregels over de beslissing en uitvoering. Welke deze gedragsregels moeten zijn en of deze hun neerslag in de wet dienen te vinden, zal in een volgende fase van de discussie over de abortusproblematiek aan de orde moeten komen. Wel willen wij benadrukken dat, wil een eventuele wetswijziging geen dode letter worden, het daaraan ten grondslag liggende principe actief door overheid en bevoegde instanties naar voren

moet worden gebracht. Uitdrukkelijk zal daarbij geen omschrijving van een medische indicatie — hoe ruim ook — moeten worden gegeven, zodat een bestaande bron van misverstanden wordt opgeheven.

Opmerking: natuurlijk dient ook de vrouw, die zich laat aborteren, niet strafbaar te zijn. De niet medische aborteur blijft strafbaar op grond van het niet bevoegd uitoefenen van de geneeskunst.

Samenvatting

In dit rapport — bedoeld als bijdrage van de Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie aan de landelijke discussie over het abortusvraagstuk — is een commissie van psychiaters-verenigingsleden tot een aantal conclusies respectievelijk aanbevelingen gekomen.

Gesteld wordt onder meer dat de benadering van een verzoek om abortus door leden van de medische professie in zoverre moet worden omgebogen, dat niet langer daarbij centraal dient te staan de tegenstelling arts = deskundige tegenover gravida = leek.

De wenselijkheid van deze attitude-wijziging klemmt te meer als men, met de commissie, aanvaardt dat het bij een verzoek om abortus zelden om een uitsluitend ziektekundig probleem gaat. Primair lijkt veeleer dat er een vraagstuk aan de orde is, waar, bij de evaluatie van het „levensrecht“ van het embryo, van de rechten van de vrouw en andere betrokkenen en ook bij de evaluatie van het standpunt van de arts, van weerszijden tal van emotionele motieven, vermomd als rationele overwegingen, een belangrijke rol spelen.

Aanalyse van een aantal overwegingen en omstandigheden, zoals die in de praktijk plegen voor te komen, voert de commissie tot afweging van twee polaire attitudes van de medicus ten opzichte van een verzoek om abortus: de „nee, tenzij“-houding en de „ja, tenzij“-houding.

Om het de artsen volledig mogelijk te maken volgens de „ja, tenzij“-attitude te handelen, acht de commissie een wetswijziging in de zin van het verwijderen van de strafbepalingen op de door een medicus uitgevoerde abortus, noodzakelijk. Ook de vrouw, die zich laat aborteren, dient niet strafbaar te zijn.

Het intensief propageren van en informeren over anti-conceptie door alle daartoe bekwame instanties, zowel aan medici als aan leken, is volgens de commissie een eerste vereiste, wil men het aantal abortusgevallen tot een minimum beperken.

Tot de taak van de zogenaamde abortusteams behoort naar de mening van de commissie naast het bieden van hulp in individuele gevallen, het stimuleren van de discussie over dit probleem in de samenleving en dit probleem te ontdoen van het seksuele taboe.

Franse academische ziekenhuizen in dwangpositie

De academische ziekenhuizen in Frankrijk hebben het moeilijk. Door financiële en organisatorische zorgen gekweld, slagen zij er nauwelijks in het hoofd boven water te houden. En dat laten zij merken.

Academische ziekenhuizen zijn in Frankrijk letterlijk nieuwerwets: pas in 1958 bracht de Réforme Debré de beide hoekstenen van de medische studie, universiteit en ziekenhuis, theorie en praktijk, ook wat hun plaats betreft bij elkaar. Deze combinaties, kleine academische ziekenhuizen, kregen de naam van „Centres Hospito-Universitaires” of in afkorting C.H.U.'s.

Was hiermee een nieuwe opzet voor de medische studiepraktijk geschapen, de faculteit van Parijs maakte de tenuitvoerlegging ervan pas in 1968 mee. De mei-revolutie zal daaraan niet vreemd zijn geweest. De reuzenfaculteit (meer dan 16.000 studenten!) werd bij decreet van 29 november 1968 in tien autonome C.H.U.'s opgesplitst. De medische centra die zo ontstonden waren: Paris-Ouest, Necker-Enfants-Malades, Broussais, Cochin, Pitié-Salpêtrière, Kremlin-Bicêtre, Beaujon-Bichat, Lariboisière-Saint Louis, Saint Antoine en Créteil. Bij een goede gang van zaken hadden deze centra van stond af aan beschikt over de nodige faculteitsruimten. In werkelijkheid was dat bij het begin van het studiejaar 1968-1969 maar bij drie ervan het geval, te weten: Cochin, Pitié-Salpêtrière en Saint Antoine. Later, in de loop van 1969, kwamen daar ook Necker-Enfants-Malades en Créteil bij. De andere helft van de Parijse eenheden bestaat tot dusver slechts op papier. Deze centra moeten het zonder een eigen faculteitsruimte stellen en behelpen zich voor hun colleges met de zalen van de voormalige centrale faculteit en de faculteit van wis- en natuurkunde.

Ook daar waar de C.H.U.'s volledig gestalte hebben gekregen, zijn problemen gerezen. Reden hiervan is, dat in alle rayons het aantal beschikbare onderwijsbedden te klein is. Als noodoplossing worden de aankomende doktoren naar ziekenhuizen in de omgeving verwezen. Cochin bijvoorbeeld werkt samen met de psychiatrische inrichting van Soisy en de algemene ziekenhuizen te Neuilly, Villeneuve-Saint Georges, Foch en Saint-Germain. De studenten van Bicêtre, een C.H.U. op papier, gaan 's morgens naar Fontainebleau; om twee uur 's middags moeten zij dan weer in de stad zelf present zijn.

Zowel tegen de geringe plaatsingsmogelijkheid als tegen de maatregelen, getroffen om in het tekort aan onderwijsbedden te voorzien, richtte zich een deel van de protesten van de stakende stu-

denten eind vorig jaar. De oorzaken van het probleem liggen in het systeem zelf besloten: in 1968 immers had men het „externat” afgeschaft, terwijl bij verordening van 26 september 1969 de studenten reeds in hun derde jaar bij de ziekenhuiswerkzaamheden werden betrokken, zonder dat men zich het hoofd brak over de opvang van zoveel nieuwe deelnemers aan het klinisch onderwijs.

Niet alleen de studenten protesteerden. Prof. Vague, president van de bond van full-timers in dienst van de C.H.U.'s, schreef in een artikel maar één oplossing te zien, wilde er van het nieuwe systeem nog iets terecht komen. Die oplossing zou te vinden zijn „en jugulant l'hospitalisation privée”, dat is: door een geleidelijke ontkrachting van het particuliere ziekenhuiswezen. Een stelling die nogal wat deining veroorzaakte — waarover straks meer — maar die in ieder geval bewees, dat het water de C.H.U.-docenten tot de lippen was gestegen.

Wat er allemaal aan schort leren wij uit hetzelfde (november)nummer van „Le Médecin de France”, orgaan van de Confédération des Syndicats Médicaux Français, waarin Vague's opmerking en de reacties daarop te boek werden gesteld. Onder de kop „Ziekenhuiscrisis” brengt het blad verslag uit van de derde landelijke zitting van het openbaar ziekenhuiswezen. Woordvoerders op die bijeenkomst vreesden stagnatie en wellicht regressie, tenzij de staat in het 6e Plan 26 miljard francs zou vrijmaken voor de uitbouw en bouw van openbare ziekenhuizen. Deze zouden aan die fondsen kunnen komen door net als het staatselectriciteitsbedrijf en de Franse spoorwegen een staatslening te mogen uitschrijven. De ontwikkelingen aan het onderwijsfront zouden, naar werd gevreesd, spaaklopen bij gebrek aan outillage. Momenteel zijn in Frankrijk 130.000 ziekenhuisbedden bij het medisch onderwijs ingeschakeld; 70.000 daarvan bevinden zich in C.H.U.'s, de rest in ziekenhuizen van de tweede categorie. In totaal volgen 25.000 studenten (derdejaars en ouder) het klinisch onderwijs. Deze aantallen kunnen alleen stijgen, indien ook de particuliere sector zijn poorten voor het klinisch onderwijs opent, en wel in evenredige mate. Openbare en particuliere sector zouden dus gelijk op moeten gaan bij het verschaffen van faciliteiten voor de medische opleiding. Zegt in feite Vague's hartekreet, ontdaan van zijn scherpe kantjes, niet precies hetzelfde? Want, zegt laatstgenoemde, zo Barbertje moet hangen, laat het dan de particuliere en niet de publieke sector zijn die erbij verliest. In een gedeelde bemoeienis met de medische opleiding kunnen wij een aanloop zien voor de uitwerking van Vague's bedoelingen met het particuliere ziekenhuiswezen, be-

doelingen die erop zijn gericht de particuliere sector geleidelijk in de openbare sector te laten opgaan.

Zakelijk is daar alles voor te zeggen, al ware het alleen maar omdat de particuliere ziekenhuisbestuurders nogal prat gaan op hun grotere efficiency. Maar, zeggen de vertegenwoordigers van de publieke sector, hoe wil men een ziekenhuis runnen, als zich de volgende omstandigheden voordoen? In 80% van de gevallen is er sprake van een spoedopname, tegen 20% in de particuliere sector. Daarnaast heeft men de speciale zorg voor verkeersongevallen, research en onderwijs. Wat dat laatste betreft: een kwart van de kosten, die de openbare ziekenhuizen voor de medische opleiding maken, wordt nooit door de staat terugbetaald. Van de bedden wordt 20-25% bezet door mensen met een langere dan een „normale” opnameduur; het gaat hier om bejaarden en behoeftigen, die alleen in het ziekenhuis zo lang als nodig kunnen worden verpleegd. De openbare ziekenhuizen geven thans werk aan 300.000 personen, maar alleen al bij de algemene inrichtingen bestaat een tekort van 6.000 man personeel. Het grote probleem vormt hier de werving, niet de scholing: jaarlijks worden in Frankrijk 12 à 14.000 verpleegdiploma's uitgereikt.

Gevraagd wordt om een beleid, dat zich niet alleen buigt over vraagstukken betreffende de personeelsvoorziening en de technische uitrusting, maar evenzeer over het zakelijke en financiële beheer en de uitoefening daarvan. Deze eis stoelt op de rede, dat het hedendaagse openbare ziekenhuis een onderneming is geworden en als zodanig moet worden bestuurd. Dat het openbare ziekenhuis inderdaad een onderneming is geworden en wel een heel grote onderneming, bewijzen de volgende gegevens die „Le Médecin de France” bij zijn bericht heeft opgenomen: in 1968 bedroeg het aantal opnames in openbare ziekenhuizen 4 miljoen, met een totaal opnamedagental van 160 miljoen; buiten het ziekenhuis werden 6 miljoen consulten verstrekt. Dan het personeelsbestand: in 1968 waren in de openbare Franse ziekenhuizen 300.000 personen werkzaam; de spoorwegen hadden toentertijd 360.000 werknemers in dienst, de staalindustrie 234.000, de kranten- en boekenwereld 233.000. Kijkt men naar de

jaaromzet, dan ziet men dat die gelijkwaardig is aan het budgettotaal van de acht grootste warenhuisconcerns in Frankrijk, zoals Printemps, Nouvelles Galeries, Galeries Lafayette, Familistère, etc., namelijk 10 miljard francs. Dat is meer dan de jaaromzet van Renault: 8,4 miljard, en ruim tweemaal die van de Française des Pétroles: 4,5 miljard. Een laatste cijfer: in dit machtige staatsbedrijf verdienen de artsen driemaal zo weinig als in de particuliere sector.

Particuliere sector

De opmerking van Prof. Vague, dat de particuliere sector allengs aan de publieke sector zou moeten worden opgeofferd, heeft — onverwacht — tot een interessante reactie van eerstgenoemde zijde geleid. Onverwacht, want waar een polemiek viel te vrezen, werd voor informatie gekozen. Voor het eerst hield de Fédération Intersyndicale des Etablissements d'Hospitalisation Privée open huis. De federatie stelde een nieuwsdienst in en gaf een persconferentie, die een fors aantal feiten opleverde.

Het particulier ziekenhuiswezen bleek te beschikken over 180.000 bedden (vgl. publieke sector 330.000, verpleegtehuizen niet meegerekend), dat is 35,2% van het totaal aantal Franse ziekenhuisbedden. De in particuliere ziekenhuizen geïnvesteerde waarde bedraagt alles bijeen genomen nagenoeg 4 miljard francs. Het particulier ziekenhuiswezen verschaft werkgelegenheid aan 150.000 doktoren en 100.000 overige werknemers (vgl. publieke sector 300.000 werknemers, waarvan 100.000 man verplegend personeel). Van het door ziekteverzekeringen betaalde aantal opnamedagen wordt 44,3% in de particuliere sector doorgebracht; deze sector verzorgt meer dan de helft van alle Franse patiënten. De particuliere ziekenhuizen zijn goedkoper voor de verzekeringen dan de overheidsinrichtingen: de doorstroming is er groter, de investerings-rendabiliteit hoger, het beleid efficiënter. Als voorbeeld voor de kortere opnameduur werd naar voren gebracht, dat de gemiddelde bezettingsduur van de bedden op de afdeling chirurgie in de particuliere sector 9,9 dagen bedraagt, tegen 15,5 in de publieke sector. (Echter, in het laatste geval speelt, zoals gezegd, ook de functie van maatschappelijk opvangcentrum mee.) Vaak wordt beweerd, dat de privé-sector zich voor het overgrote deel bezig houdt met de goedaardige, want meest rendabele, gevallen. Uit een rapport van de inspectie voor de sociale verzekering blijkt daarentegen, dat in 1967 van de zware operaties er 19% in particuliere en 17% in openbare ziekenhuizen werden verricht.

De heer Charles Billet, president van de federatie, zei deze informatie te geven, niet als opening van de vijandelijkheden, maar als een begin van verkenning voor een noodzakelijke coëxistentie van beide ziekenhuissectoren.

De redactie van „Le Médecin de France” tekent hierbij aan, dat de Confédération des Syndicats

INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

zijn voor leden van de Maatschappij verkrijgbaar op het Bureau der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. De prijs van het Maatschappij-embleem (Internationaal model), vervaardigd van astralon, is f 1,—. Ook is verkrijgbaar een embleem van plak-plastic à f 0,50. Men wordt verzocht bij bestelling de kosten te voldoen door overschrijving op postgiro 58083 der Maatschappij.

Médicaux zich reeds eerder duidelijk over deze zaak heeft uitgesproken. Het ziekenhuisvraagstuk gaat haar ter harte, omdat zowel de uitoefening van het medisch beroep als de beroepsopleiding en de nascholing in het geding is. Zij acht het touwtrekken om alleenrechten zinloos, zolang er zulke duidelijke financieringsproblemen bestaan. Overigens, waarom zou er geen geld kunnen worden agetrokken door (*sic*) de bouw van ziekenhuizen in plaats van supermarkten? Verder zou het dienstig zijn de behoeften op regionaal niveau te peilen, om geen dubbele bezetting te hoeven duchten. Beheer en exploitatie zouden in beide sectoren onder dezelfde voorwaarden dienen te geschieden. Dan zou-

den ook voor beide de mogelijkheden tot ontwikkeling en aanpassing aan de heersende technieken gelijk komen te liggen, aldus de redactie.

Gelijke monniken, gelijke kappen? Voorlopig lijkt de mogelijkheid, de beide sectoren binnen het Franse ziekenhuisbestel op hetzelfde plan te brengen, meer een utopie. Laat staan ze metterdaad te laten samenwerken, bijvoorbeeld op het vlak van de medische opleiding of van de opvang van acute en langdurige gevallen. Goed, de stilte is verbroken, maar de storm is op voorhand bezworen. De vakpers heeft beweging waargenomen, de stiel gaat over tot de orde van de dag. Van één kant: monnikenwerk.

Staatssecretaris over de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid

In Medisch Contact van 6 juni 1969 (bladzijde 645-646) werd in de samenvatting van de behandeling der begroting 1969 voor Sociale Zaken en Volksgezondheid in de Eerste Kamer uitvoerig aandacht besteed aan hetgeen Prof. Querido bij die gelegenheid naar voren had gebracht over enkele bijzondere aspecten betreffende de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Daarbij werd evenwel nagelaten datgene te publiceren dat de staatssecretaris in latere instantie als antwoord aanvoerde op het speciale vraagstuk, dat Querido had aangesneden. Ter completering achteraf van de verslaglegging van deze parlementaire discussie wordt hieronder alsnog de terzake dienende passage uit de repliek van Dr. Kruisinga afgedrukt:

„Inderdaad baart het regionale inspectie-apparaat ook mij nog wel zorgen. Met de geachte afgevaardigde stem ik in, dat de regionale inspecties zwaarder zijn belast sedert de inwerkingtreding van de A.W.B.Z. Ik kan mij ook wel vinden in de visie van de geachte afgevaardigde, die een aantal redenen heeft opgenoemd, waarom het moeilijk is een regio-

naal inspectie-apparaat te versterken. Ik kan hem de verzekering geven dat met de betrokken departementale instanties overleg gaande is over versterking van het regionale inspectie-apparaat. Bovendien wordt ernstig aandacht besteed aan versterking van het administratieve apparaat van de regionale inspectie.

„In aansluiting op het in dit opzicht gestelde van de geachte afgevaardigde de heer Querido stel ik er prijs op terug te komen op de kwestie van Sancta Maria, met name op de kritiek die is geleverd op de vermeende wantoestanden in deze inrichting en op het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Er zijn aldaar inderdaad belangrijke verbeteringen aangebracht. Al deze verbeteringen, waartoe reeds eerder initiatieven waren ontwikkeld, zouden zonder de krachtige steun van de Geneeskundige Inspectie van de Geestelijke Volksgezondheid niet tot stand zijn gekomen. Ik acht het noodzakelijk tegen te spreken, dat de inspectie ten opzichte van deze inrichting zou zijn tekort geschoten.

„Gebleken is dat de betrokken regionale inspecteur aan de problemen van de inrichting Sancta Maria een groot deel van zijn tijd en van zijn energie heeft gegeven. Hij is ook niet schielijk ontslagen, zoals de geachte afgevaardigde de heer Van Pelt meende. Integendeel, ik heb zeer veel waardering voor de door hem verrichte arbeid; hetgeen ook nog moge blijken uit mijn verzoek aan hem om na zijn pensionering nog enige tijd aan te blijven voor een bijzondere opdracht”.

In tweede instantie kwam Prof. Querido opnieuw terug op deze kwestie waarvan hij toen zei, dat de toezegging van de staatssecretaris ten aanzien van de verbetering van de regionale inspectie van de geestelijke volksgezondheid hem veel genoeg had gedaan, niet minder de mededeling over de verbeteringen in de inrichting „Sancta Maria” en de houding van de thans gepensioneerde inspecteur, die daarbij ter sprake was gekomen.

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Benoemingen:

Dr. H. J. van Aalderen is benoemd tot lector in de faculteit der geneeskunde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de huisartsgeneeskunde.

Dr. A. C. Drogendijk is benoemd tot lector in de faculteit der geneeskunde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de verloskunde, in het bijzonder de fysiologie van de zwangerschap.

Dr. A. H. Wiebenga is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de gastroenterologie.

„METAMEDICA” TREEDT IN DE PLAATS VAN HET „KATHOLIEK ARTSENBLAD”

Zoals eerder aangekondigd in Medisch Contact nr. 46 van 14 november 1969, bladzijde 1299, is de naam van het „Katholieke Artsenblad” veranderd in „Metamedica”, een en ander in het kader van de nieuwe, bredere taken welke de Katholieke Artsenvereniging zich is gaan stellen in verband met de veranderde inzichten en maatschappelijke verhoudingen. In een voorwoord leidt Dr. R. J. H. Kruisinga, staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, het eerste nummer van „Metamedica” in, waarbij hij onder meer stelt:

„Het getuigt van moed om een tijdschrift, dat toe is aan zijn negenenveertigste jaargang voortaan onder een andere benaming uit te geven. Het getuigt van een goed inzicht in de problematiek rond de gezondheidszorg, dat de redactie de positie van de arts heel nadrukkelijk niet geïsoleerd beziet, maar plaatst in het raam van het geheel van vraagstukken en inzichten op het terrein van persoonlijke situaties en maatschappelijke verhoudingen, waarin men belandt langs de weg van het medisch handelen. Dit gebied van vraagstukken duidt de redactie aan met de term meta-medisch ter onderscheiding van de als „medisch” bekend staande biologische en technische vraagstukken. De reciprociteit tussen het medisch handelen en de individuele en maatschappelijke verhoudingen is evident. In het doel van het medisch handelen ligt dit feitelijk besloten. Het gaat immers om het handhaven en het bevorderen van het lichamelijk en geestelijk welzijn van

mensen. Het welzijn heeft echter geen statisch karakter, maar wordt naast interne factoren in belangrijke mate bepaald door externe factoren, factoren, die alle onder invloed staan van de ontwikkelingen, die zich op allerlei gebied voordoen in de maatschappij. Alleen door informaties hierover vanuit een breed front van disciplines is het mogelijk, het medisch handelen bij voortduring hierop af te stemmen. Deze informatie is een wezenlijk onderdeel van de zo noodzakelijke „nascholing” van de medici en anderen, die bij het medisch handelen zijn betrokken.”

*
**

De redactie onder leiding van hoofdredacteur Dr. L. H. Th. S. Kortbeek, geeft in dit eerste nummer toelichting en verantwoording bij het verschijnen van „Metamedica”. Behandeld worden: de overwegingen, die hebben geleid tot het doen verschijnen; de lezerskring; een omschrijving van de thematiek, die in dit blad aan de orde zal komen; de wijze, waarop het blad zal functioneren; de voorgeschiedenis en de medewerkers.

Ten aanzien van de thematiek stelt de redactie: „Hoewel in een algemene term — „metamedische vraagstukken” — reeds is aangegeven welk terrein het tijdschrift zal bestrijken, is het dienstig de voornaamste gebieden daarvan nader te omschrijven. Daarover handelt het eerste artikel van dit nummer, waarin ook de term wordt toegelicht. Het vereist wellicht opheldering dat een nieuwe term wordt gebruikt. Dit is nodig, omdat de betekenis van de gangbare termen niet precies datgene omvat, dat hier bedoeld wordt. Met sommige bestaande termen wordt ten dele hetzelfde bedoeld, doch zij omvatten dan tevens gegevenheden, welke wij buiten beschouwing laten of zij omvatten niet volledig het geheel, dat wij op het oog hebben. De term „integrale geneeskunde” dekt een groot gedeelte van hetgeen de term „metamedisch” ook bedoelt, doch in de term „metamedisch” wordt mede het beleven en gedrag van de mens met betrekking tot het gezonde bestaan begrepen. Daarentegen wordt onder de term „metamedisch” niet het biologische en technische aspect van de geneeskunst gevat, hetwelk wel tot de „integrale geneeskunde” behoort. Op soortgelijke wijze kan men de betekenis van de term „sociale geneeskunde” beschouwen en constateren dat ook daarmee niet wordt uitgedrukt wat hier bedoeld wordt. De afzonderlijke verschijnselen, vraagstukken, theorieën en standpunten, die in een metamedisch tijdschrift aan de orde komen zijn stellig niet nieuw. De wijze waarop dit geheel vanuit een bepaalde gezichtshoek werd samengevat bleek echter een nieuwe term nodig te maken.”

Maatschappij-agenda 1970

9 april	— Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters
18 april	— Alg. Vergadering Maatschappij
25 april	— Ledenvergadering L.S.V.
12 juni	— Ledenvergadering L.H.V.
12 september	— Alg. Vergadering Maatschappij
24 september	— Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters
2 en 3 oktober	— Ledencongres Maatschappij
24 oktober	— Ledenvergadering L.S.V.
13 november	— Ledenvergadering L.H.V.
14 november	— N.H.G.-congres
21 november	— Ledenvergadering L.A.D.
19 december	— Alg. Vergadering Maatschappij

Enkele medische ethici en hun positie tegenover de macrosociale ethiek

De laatste tijd zijn hier drie medische auteurs aan het woord geweest over medische ethiek en één theoloog, respectievelijk Van Urk, Van den Hoofdakker, Van den Berg en Sporken. Hun werk rechtvaardigt een nadere beschouwing, met name tegen de achtergrond van de vigerende macrosociale nuts- en machtsethiek.

Van Urk is sociaal geneeskundige. Hij gaf het veraderlijke van bedrijfskeuringen aan (Van Urk 1969). Daarbij liet hij het woord „bedrog” vallen. Er volgde een aanklacht bij een afdelingsraad, die later weer werd ingetrokken. Verder heeft Van Urk gepleit voor de liberalisatie van het normatieve patroon inzake medische abortus. Hij is progressief te noemen, concreet in zijn probleemstellingen en direct in zijn aanpak. In de algemene pers vond hij enige weerklank, welke wegebede toen de weerstand in medische kringen begon.

Van den Hoofdakker is psychiater en schrijver (dichter). In „Wijsgerig Perspectief” verscheen van zijn hand „Het bolwerk van de beterseters”. Dit zijn wij. Een toelichting in de pers („Vrij Nederland”) en voor de televisie volgde, waarin wij als roofdieren werden gekwalificeerd. Van den Hoofdakker bestreed het autoritarisme en economisme van de artsen; socialisering van ons beroep komt hem wenselijk voor. Hij staat democratisering van de patiënt-arts relatie voor. Hij hanteert een speelse Marcusi-aanse redenering en hij valt daarmee veelal verlaten posities aan zoals het exclusief somatisme bij de verklaring van zogenaamde lichamelijke klachten van patiënten. Hij pleit voor een voortdurende bezinning op medisch ethische vragen. Hij kreeg geen aanval van artsenzijde te verduren.

Tenslotte Van den Berg. Deze auteur is bekend geworden door zijn „Metabletica”, zijn „Kleine Psychiatrie” e.a. Hij is hoogleraar in de pastorale psychiatrie, verder psychiater. Het gaat hier om zijn „Medische Macht en Medische ethiek”. Daarin wordt de patiënt als mondig behandeld inzake al of niet opereren van maligne aandoeningen e.d. De patiënt wordt aangemoedigd om de zaailingen zelf te be-

voelen. Passieve euthanasie wordt gepropageerd, verdergaand dan de meeste collegae aanvaardbaar vinden. Bijvoorbeeld het slangetje voor de sondevoeding van een spastische hydrocephale idioot zal eigenlijk niemand weglaten. Wel zullen de meeste van de collegae tegenwoordig een lijdende ongeheelrijke en compleet onafhankelijke cerebraal defecte bij een pneumonie bij voorkeur geen antibiotica meer geven. Voor deze meesten schrijft Van den Berg niet. Hij wil ook een potentieel geestelijk volwaardige softenonbaby met een injectie laten doden door de arts, eventueel ten aanschouwe van de familie. Hier volgt de medische professie Van den Berg ook niet (vergelijk recensie Huygens, 29 november 1969 N.T.v.G.). Van den Berg kreeg nog geen uitnodiging om voor een tuchtcollege te verschijnen. Mevrouw C. Wennen-van der Mey vergelijkt de euthanasie à la Van den Berg met die van de nazi's. Zij achtte de nazi's ethisch minder bekwaam dan Prof. Van den Berg. Toch komen met Van den Berg's ethiek „die Mörders unter uns”. Van den Berg praat niet over suicide noch ook over abortus. Hij negeert de consequenties van zijn standpunt zoals schuldgevoel bij de familie, verlies van vertrouwen in de medici bij het publiek, etc. Het laatste bezwaar onderschrijft Sporken (zie verder).

Tot dusverre reageert het algemene publiek aarzelend*, behalve Sporken (1969). Het is een merkwaardige zaak, als wij weten dat de medische abortus nog steeds fervente bestrijders met name onder de christenen vindt (vergelijk Sporken 1967). Doden van een foetus mag, als het gaat om een zogenaamde extreme psychische noodtoestand „ter redding van de vrouw”. Hij voegt daaraan toe (1969²) „... of van een daaraan gelijkwaardig belang”. Het is niet zo eenvoudig om voor deze discrepantie een verklaring te vinden. Wellicht heeft Sporken het belangrijkste verschil opgemerkt: het herkennen van een wezen als medemens (Sporken 1969¹). Het kan ook zijn dat de euthanasiediscussie nog niet zo hard op gang is als de abortusdiscussie, mede omdat de urgentie en de actualiteit van het probleem tot dusverre niet zo duidelijk was. Prof. Sporken neemt in ieder geval de stelling van Prof. Van den Berg serieus: actieve euthanasie zonder medeweten van de patiënt wijst hij af; hij vindt actieve euthanasie echter weer aanvaardbaar als vorm van de stervenshulp: d.i. om een mensonterende aftakeling te vermijden (Sporken 1969¹). Wij zien dus dat door twee serieuze christelijke ethici actieve euthanasie aanvaardbaar wordt geacht, door Van den Berg bij een variëteit van menselijke wezens, door Sporken

ADRESWIJZIGINGEN

kunnen om technische redenen niet spoor-slags worden gerealiseerd. Men verzekerzich toezending van Medisch Contact op een nieuw adres door van adreswijziging ten minste vier weken tevoren opgave te doen aan de administratie.

* Vergelijk de Ziekenfondsgids december 1969 en het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid december 1969.

alleen bij een mens die wordt bedreigd door mensonterende aftakeling (wat dat ook moge zijn).

Nu zijn wij allen in de laatste 25 jaar gewend geraakt aan reportages van individuele en genocidale acties en aan de mensonterende vertoning van stapels lijken van vermoorden. Van den Berg appelleert op blz. 29 van zijn boekje aan hetzelfde sadistisch voyeurisme als bijvoorbeeld de filmbeelden van het journaal over martelingen in Biafra of Vietnam. Het komt mij voor, dat de attitude van Van den Berg — indien deze echt is — het tegengestelde is van de attitude die nodig is voor de zorg zoals voor een Helen Keller. Deze zorg voor de misdeelde (die begaafd bleek te zijn) werd 20 jaar geleden in de westerse wereld alomtewees bewonderd. Terwijl er nu meer mensen en vooral meer misdeelden komen, misdeeld somatisch, sociaal, pedagogisch, affectief en economisch, zal de vigerende harde nuts- en machts-ethiek des te duidelijker te voorschijn komen. Het is die ethiek, waarbij tegenstanders als schadelijk worden geliquideerd, eventueel samen met de overbodigen en nuttelozen; waarbij vergassing humaan wordt genoemd en hongerdood niet eens meer opvalt. Het zou nu kunnen zijn, dat onze drie medische auteurs de sociaal-medische machteloosheid voelen in een wereld van toenemende gewelddadigheid en toenemend gebrek aan positief affect.

Van Urk komt op voor de naar zijn mening bedrogenen, Van den Hoofdakker sluit zich aan bij de studenten en hij is op een vage wijze tegen het establishment, zonder „het kwaad” nog geheel vorm te kunnen geven. Van den Berg trekt de lijn door van de harde machts-ethiek, gecamoufleerd en ingeleid door een stuk reële problematiek, zoals

Medische informatiekaart

Het is voor patiënten, die daarvoor in aanmerking komen, van groot belang dat zij een medische informatiekaart bij zich dragen. De arts, die incidenteel aan zodanige patiënten hulp moet verlenen, is er — en de patiënt zelf vooral — ten eerste mee gebaat wanneer hij door middel van deze medische informatiekaart onmiddellijk kan vaststellen van welke medicijnen degeen, die acuut medische hulp behoeft, gebruik maakt en tot welke behandelende huisarts of familieleden van de betrokkene hij zich kan wenden.

De medische informatiekaart van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst — een herziene uitgave van de vroegere „Medicamentenkaart voor noodgevallen” — is bij het Bureau der Maatschappij verkrijgbaar tegen kostprijs. De prijs is vastgesteld op f 0,20 per stuk bij aflevering in plastic hoesje; de verzendkosten zijn hierbij niet inbegrepen. Grotere hoeveelheden van deze medische informatiekaarten kunnen ook worden afgenomen zonder plastic hoesje à f 0,10 per stuk.

die van bepaald experimenteel heelkundig stuntwerk. Ditzelfde zouden wij van Sporken kunnen zeggen. Maar Sporken lijkt qua affectieve attitude zuiverder dan Van den Berg. Hij is formalistisch maar hij vertoont minder onlustaggressie dan Van den Berg. Door Van den Berg wordt de medische macht in dienst van de vernietiging gesteld. Gevoel voor de ouders van een ongelukkig kind is Van den Berg vreemd. Hij verwijt het hun zelfs, als zij zich affectief vastklampen aan een defect kind (blz. 28). Zoals de wereld hard was voor de homofiel, de prostituee, de dronkenlap en de lueslijder, zo is Van den Berg het nog voor de softenonouders.

Het is rampzalig, dat de op traditionele christelijke ethiek gebaseerde moraal zo gemakkelijk is te corrumperen — zelfs bij een Van den Berg en Sporken. Dit is een brandend en actueel probleem: in de Haagse Post beschrijft Korovessis, hoe hij door de majoor-arts Caragounakis wordt gemarteld in een Grieks militair hospitaal (HP Magazine 56 nr. 48, blz. 52). Militairen leren om gezonde mensen te dehumaniseren om hen des te beter te kunnen mishandelen of doden. Collega Caragounakis is meer militair dan arts en meer beulsknecht dan militair.

Als wij onze ethici overzien en de tegenover hen gepaste houding dan zou ik het volgende willen voorstellen: het lijkt gewenst om Van Urk aan het woord te laten ook al gebruikt hij soms een moeilijk verteerbaar woord; om met Van den Hoofdakker een dialoog aan te gaan en om Van den Berg en Sporken zonder geweld de grondslagen van onze ethiek te laten zien en voelen: wij hebben naar beste weten en kunnen leven en gezondheid te dienen van onze medemensen en hun sterven te verlichten. Wij moeten als arts een menselijk wrak blijven humaniseren totdat dit — door de onmogelijkheid — zinloos is geworden. En dan nog mogen wij niet liquideren.

Beverwijk, 24 december 1969

J. H. van Meurs

Literatuur

- Amir, A. P. (1969), Uit het leven van een hoopvol man, Het Ziekenhuiswezen, december 1969, no. 12, blz. 497-500.
- Van den Berg, J. H. Medische Macht en Medische Ethiek, G. F. Callenbach N.V., Nijkerk (1969).
- Huygen, F. J. A. (1969), N.T.v.G. 29-11-1969, no. 48, blz. 2154.
- Korovessis (1969), De beulen van Athene (slot), H.P. Magazine 56, no. 48, blz. 48 e.v.
- Van Meurs, J. H. (1969), De waarde van het menselijk leven, Medisch Contact no. 18, blz. 503/4.
- Sporken, C. P. (1967), Katholieke Moraal en Abortus, Medisch Contact 1967/17, blz. 385 e.v.
- Sporken, C. P. (1969¹), Medische ethiek als Cultuurkritiek, Medisch Contact, 1969/51-52, blz. 1431 e.v.
- Sporken, C. P. (1969²), Legalisering van Abortus op „sociale indicatie” lijkt onverantwoord, de Nieuwe Linie, 14 juni 1969.
- Van Urk, G. R. (1969), Aanstellingskeuring, ziekteverzuim en karakter der Sociale Geneeskunde, Medisch Contact 1969/30, blz. 837 e.v.
- Wennen-van der Mey, C. (1969), Medische Ethiek ter discussie, de Groene Amsterdammer, 4 oktober 1969.

Commentaar van de V.M.W.O. op het interim-rapport Smallenbroek

***„Commissie kan wegens eenzijdige samenstelling
– fundamentele medische research daarin niet vertegenwoordigd –
niet over de nodige informatie beschikken”***

De Vereniging van Medisch Wetenschappelijke Onderzoekers heeft het volgende schriftelijke commentaar doen toekomen aan de Commissie (Smallenbroek), die onlangs een interim-rapport heeft uitgebracht inzake de honorering wetenschappelijk corps medische faculteiten:

Het valt toe te juichen dat de minister met enige voortvarendheid heeft gestreefd naar maatregelen die de progressieve structurele malaise aan de medische faculteiten tot staan zouden kunnen brengen. Wij achten het bovendien belangrijk dat de Commissie erkent dat de medische faculteiten, doordat zij in de Academische Ziekenhuizen 12% van het totaal aantal ziekenhuisbedden onder haar hoede hebben, niet alleen kwantitatief, maar door de aard van de daar in verpleegde patiënten bovenal kwalitatief een onmisbare bijdrage aan de volksgezondheid leveren. Ook de consequentie die de Commissie hier uit trekt, namelijk dat het derhalve redelijk is dat ziekenfondsen en particuliere ziekteverzekeraars meer dan tot nu toe bijdragen in de kosten van deze vorm van patiëntenverzorging, vormt een belangrijke stap op weg naar een constructieve oplossing van de huidige ontredde situatie.

Bij de uitwerking van deze twee belangrijke principes hebben echter hiaten in de samenstelling van de commissie — hiaten welke vooralsnog niet zijn gecompenseerd door het horen der grote groepen belanghebbenden die in de Commissie geen stem hadden — zich zozeer gewroken, dat naar de mening van de V.M.W.O. de voorgestelde maatregelen in plaats van eindelijk uitzicht op herstel en wederopbouw van de medische faculteiten te bieden, slechts doen vrezen voor een verergering van de reeds ontstane ontredde situatie.

De taak welke de medische faculteiten binnen het Academisch Ziekenhuis vervullen, is niet de behandeling van patiënten uitsluitend volgens geijkte en elders beproefde methoden, zoals die in elk ander ziekenhuis evenzeer gangbaar zijn, doch het tot ontwikkeling brengen van nieuwe onderzoek- en geneeswijzen. In zoverre vormen de patiënten in een Academisch Ziekenhuis onderwerp van onderzoek dat niet noodzakelijkerwijs tot hun eigen onmiddellijke genezing behoeft bij te dragen. Tot deze taak zijn niet bij uitsluiting geroepen de „klinische” leden van het „wetenschappelijk corps” en enkele pre-klinische hoogleraren of lectoren, want het door wetenschappelijk onderzoek — waar nodig op pa-

tiënten — vooruitbrengen van diagnostiek, therapie en wetenschappelijk gefundeerd inzicht in aard en oorzaak van menselijke ziekten, vormen de fundamentele taak van de medische faculteit als geheel. De patiënt in het Academisch Ziekenhuis mag verwachten dat hij waar mogelijk, als eerste profijt zal trekken van nieuwe inzichten en daaruit voortvloeiende geneeswijzen, doordien hij samen met alle andere patiënten in een Academisch Ziekenhuis de medische faculteit als geheel gelegenheid biedt tot het beoefenen van medisch wetenschappelijk onderzoek; onderzoek, dat onuitvoerbaar is indien niet: ten eerste de probleemstelling aan het ziekbed geboren wordt uit teamwork tussen klinisch en pre-klinisch georiënteerde onderzoekers, en ten laatste ook aan dit ziekbed op wetenschappelijk verantwoorde wijze de nieuw verworven inzichten op hun geneeskundige waarde getoetst kunnen worden. Bij deze toetsing is juist de theoretische kennis van zogenaamde pre-klinische onderzoekers omtrent de mogelijke risico's en ten aanzien van de verklaring van optredende effecten onmisbaar. Juist de onwetendheid der zogenaamde klinici omtrent de talloze ontwikkelingen in de pre-klinische vakgebieden der geneeskunde maakt voortdurende inspraak en wellicht zelfs medeverantwoordelijkheid van deze laatste in het de patiënten-„zorg” betreffende werk van de klinici tot voorwaarde voor het, ook in de toekomst, op moreel acceptabele maar ook wetenschappelijk vruchtbare wijze fungeren der Academische Ziekenhuizen. Het gaat derhalve niet aan te spreken van pre-klinische „hulpdiensten” aan de Academische Ziekenhuizen, waarvan plaatselijk beoordeeld moet worden of hun deel hebben aan extra honorering wel reëel is. Indien er tot dusver sprake van is geweest dat pre-klinische leden van het wetenschappelijk corps niet duidelijk een taak in deze zouden hebben, dan is er sprake van verzuim, zowel aan klinische als aan pre-klinische zijde, hetgeen er slechts toe geleid kan hebben dat het niveau der patiëntenverzorging in de Academische Ziekenhuizen beneden het maximaal mogelijke is gebleven tot schade van de huidige patiënten daar en van toekomstige elders.

Het zijn de diepere oorzaken van dit verzuim welke de Commissie door haar voorstellen zou moeten trachten te remediëren. Ten onrechte wordt derhalve gesteld: hetgeen aan honoraria (aan de Academische Ziekenhuizen naast het liggeld) wordt

vergoed dient ten goede te komen aan degenen, die aan de behandeling der patiënten bijdragen. De niet-klinici die van de voorgestelde regeling zouden mogen profiteren worden overgeleverd aan de willekeur van de lokale beheersinstituten, waarvan zij door onderhandelen maar moeten zien wat zij aan „vaste toelagen” voor hun „hulpdiensten” weten te verwerven. Deze casus positie is daarom zo immoreel omdat het belang van de pre-kliniek voor de kliniek niet schuilt in incidentele hulp-diensten, doch veeleer te vergelijken is met het belang van de ontwikkelingslaboratoria voor de toekomst van een industrie. Weliswaar stelt de Commissie in haar rapport dat de geavanceerde patiëntenbehandeling in de Academische Ziekenhuizen mede steunt op de niet-klinische vakken, doch het is volstrekt onduidelijk of zij daarmee beoogt de mogelijkheid te scheppen ook de staven van de pre-klinische instituten in de voorgestelde regeling te betrekken. waar signaleert dat de universitaire medici in de academische ziekenhuizen zich tal van bijverdiensten hebben weten te verwerven, doch daarbij géén

Het valt te betreuren dat de Commissie weliswaar signaleert dat de universitaire medici in de academische ziekenhuizen zich tal van bijverdiensten hebben weten te verwerven, doch daarbij géén melding maakt van het ongunstig effect dat dit op zich zelf reeds op de pre-klinische vakken had en heeft. De Commissie heeft niet de moeite genomen de omvang van dit euvel te peilen. Het ware te wensen geweest dat de Commissie in haar rapport in de eerste plaats een zakelijk en feitelijk betrouwbaar overzicht had verschaft van:

1. aard en omvang van de uitoefening van nevenfuncties aan de medische faculteiten, te weten:
 - a. hoeveel medewerkers een gedeeltelijke aanstelling hebben.
 - b. hoe de verhouding is tussen nominale en werkelijke universitaire werktijden van hoogleraren in het algemeen, en van de stafleden met een gedeeltelijke werktijd.
 - c. idem voor stafleden met een volle aanstelling.
 - d. hoe groot de werkelijke inkomstenverwerving uit deze nevenfuncties is.
2. hoe groot de werkelijke inkomens in de vrije beroepsuitoefening zijn.

Slechts op deze wijze had de Commissie, door afbakening van het probleem, zich een deugdelijk uitgangspunt kunnen verschaffen.

Hoewel de Commissie stelt dat wanneer door haar voorstellen redelijke voorwaarden worden geschapen, daaraan duidelijke consequenties moeten worden verbonden met betrekking tot het toestaan c.q. toelaten van betaalde medische werkzaamheden buiten het ziekenhuis, ondermijnt zij dit standpunt op verontrustende wijze doordat zij voor een

uiteraard alleszins noodzakelijke overgangsregeling geen termijn stelt, en bovendien voor het aanhouden van een derde bron van inkomsten — de nevenfuncties — de volgende uitwijkmogelijkheden biedt:

1 Indien en voorzover het belang der universiteit er mede gediend is.

2 „Particuliere bedden” blijven gehandhaafd; hiervoor wordt geen all-in tarief berekend. Theoretisch int het ziekenhuis de hier onder 1 en 2 genoemde declaraties en honoraria, doch er wordt niet gewezen op de noodzaak van een controle.

3 Alleen part-time universitaire aanstellingen uitsluitend op financiële overwegingen gebaseerd, zullen geleidelijk moeten verdwijnen. Dit wekt de vrees dat iedereen die zijn part-time aanstelling iets sierlijker argumenteert hem zal kunnen behouden.

4 Tot slot wordt de mogelijkheid van „incidentele” part-time aanstellingen uitdrukkelijk gehandhaafd.

De aan het slot van bovenstaande door de V.M.W.O. geëfende commentaar gegeven conclusies luiden:

1 Hoewel het niet de taak van de Commissie is een oplossing te vinden voor de toenemende desintegratie van de medische faculteiten, zou zij daartoe toch wel een belangrijke bijdrage kunnen leveren door het geven van een kwantitatief overzicht van de feitelijke situatie, en door het voorstellen van een regeling welke tenminste de periode zou kunnen overbruggen waarin een definitieve herstructurering van de medische opleiding en de medische research in Nederland wordt voorbereid.

2 Het niet in de beschouwing betrekken van de onmisbare groep van medisch biologische onderzoekers die werkzaam zijn in de laboratoria der klinieken en basisvakken, getuigt van een gebrek aan visie die een wederopleving van de medische wetenschap in Nederland bij voorbaat uitsluit.

3 De Commissie kan door haar eenzijdige samenstelling, waarin de beoefenaren der fundamentele medische research op geen enkele wijze vertegenwoordigd zijn, niet over de nodige informatie beschikken. Wij achten het derhalve dringend gewenst dat de Commissie dit hiaat compenseert door het horen van vertegenwoordigers der betrokken belangenorganisaties (te weten de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband, i.c. de V.M.W.O. en de Vereniging van Academici bij het Wetenschappelijk Onderwijs - V.A.W.O.), alsmede vertegenwoordigers van de wetenschappelijke staven der medische faculteiten.

De secretaris van de V.M.W.O.
(Dr. Th. H. Rozijn)

IN MEMORIAM PROF. DR. C. H. LENSCHOEK

Op 30 november 1969 overleed Dr. C. H. Lenshoek, emeritus hoogleraar in de neurochirurgie aan de Rijksuniversiteit te Groningen. Zijn heengaan kwam onverwacht ondanks de wetenschap dat zijn gezondheid niet sterk was. Nog luttele weken tevoren was hem op een wetenschappelijke vergadering van de Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen de oorkonde aangeboden behorende bij het hem zo terecht verleende erelidmaatschap van deze vereniging. Ook toen liet hij bij de aanwezigen die indruk achter van bijna jongensachtige frisheid, die een vitaliteit suggereerde, welke helaas bedriegelijk bleek te zijn.

Met Lenshoek is een van de pioniers van de neurochirurgie in Nederland heengegaan. Lenshoek werd in 1902 in Semarang geboren. Hij volgde daar de middelbare school en na vier klassen van de plaatselijke H.B.S. te hebben doorlopen deed hij eindexamen om daarna in Holland de studie op 17-jarige leeftijd te beginnen. Het arts-examen werd in 1926 behaald en in 1931 promoveerde Lenshoek op Geneeskundige chemie in de heilkunde. Een voor die tijd ongewoon onderwerp waarin een materie werd aangeroerd die pas vele jaren later in de algemene belangstelling kwam te staan. Na zeven jaar opgeleid te zijn in de heilkundige kliniek te Utrecht van Prof. Lameris bracht hij een jaar door in de kliniek van Vincent te Parijs, die daar de neurochirurgie bedreef met een techniek, die afweek van de geijkte techniek van Cushing. In 1934 begon Lenshoek met de neurochirurgie in Utrecht. Hij bouwde daar een goede afdeling op, maar kon de roepstem van Amsterdam en met name van Prof. Brouwer niet weerstaan toen door het vertrek van Oljenik de neurochirurgische kliniek aldaar leeg kwam te staan. Tot 1954 werkte Lenshoek in Amsterdam waarna hij naar Groningen vertrok waar hij tot de eerste hoogwerd.

Degenen, die het voorrecht hebben gehad zijn leerling te zijn geweest, hebben niet alleen kunnen profiteren van zijn grote belesenheid, zijn operatieve vaardigheid en toewijding voor zijn patiënten, maar hebben vooral de kans gehad zich te kunnen ontwikkelen naast een man met zeer bijzondere karaktereigenschappen.

Hij had niets in zich van het voor zijn generatie nog zo normale autoritaire als afdelingshoofd, maar

verkeerde met zijn medewerkers of het nu artsen of verpleegsters waren op voet van gelijkheid, zoals het hem ingegeven werd door de grote bescheidenheid die een van zijn karaktereigenschappen was. Deze instelling ten opzichte van zijn omgeving werkte reeds een uitstekende binding in de hand, doch deze werd nog versterkt door de echtheid, het totaal ontbreken van toneelmatigheid die zo kenmerkend voor hem was.

Eigenlijk zou men hem nog het beste kunnen beschrijven als een visionair, een man die zowel op zijn vakgebied als ook naar buiten welhaast intuïtief aanvoelde welke richting het opging. De intuïtief emotionele eigenschappen maakten dat hij ook in maatschappelijk opzicht niet onberoerd kon blijven. Hij was een „homme engagé” die het niet bij gevoels en gedachten liet, maar deze graag in daden omzette.

Dit heeft hem onder andere terug doen keren naar zijn geliefde geboorteland Indonesië, waar hij in Djakarta als eerste Nederlander de neurochirurgieleraar in de neurochirurgie in Nederland benoemd ging beoefende.

Zijn geëngageerdheid bracht ook een gevoel van onvrede met de status quo met zich mede, zowel maatschappelijk als ook ten aanzien van de situatie van de neurochirurgie in Nederland. Dit heeft een zekere mate van rusteloosheid in zijn levensloop veroorzaakt, waardoor hij pas in de tweede helft van zijn loopbaan zijn ideeën ten opzichte van de neurochirurgie heeft kunnen verwezenlijken: In Groningen bouwde hij een staf op, die niet slechts in staat was de executieve geneeskunde te beoefenen, doch tevens door kon dringen in die fundamente van de menselijke biologie, welke juist van belang zijn voor de pathologie waarmee de neurochirurg te maken heeft.

Lenshoek is een man die ons de weg heeft gewezen naar de toekomst van de neurochirurgie. Vandaar dat hij het erelidmaatschap van de Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen zo verdiend had.

Zijn vele vrienden in binnen- en buitenland zullen hem deerlijk missen, maar hoeveel groter moet de leegte die zijn heengaan betekent zijn voor zijn vrouw, die juist ook in deze laatste jaren zo'n grote steun is geweest. Onze gedachten gaan vooral naar haar uit.

S. A. de Lange

Treffen van voorzieningen

Het bestuur van de Stichting het Ondersteuningsfonds van de Maatschappij heeft aandacht gevraagd voor het feit dat het bij herhaling wordt geconfronteerd met aanvragen voor ondersteuning, waarbij duidelijk blijkt dat er bij de betrokkenen hiaten zijn blijven bestaan in de voorheen getroffen maatregelen. Met name de voorzieningen voor blijvende invaliditeit schieten meermalen tekort. Verder blijkt het dikwijls dat de oorspronkelijk gesloten verzekeringen niet zijn aangepast aan de geldontwaarding. Soms is dat het gevolg van onmacht omdat aanpassing op wat verder gevorderde leeftijd grote offers vraagt en soms zelfs onbetaalbaar is, maar soms is er ook onachtzaamheid in het spel geweest.

Het bestuur acht het de taak van de Maatschappij i.c. het Ondersteuningsfonds in dit soort gevallen hulp te bieden en is volledig bereid daaraan uitvoering te geven, geheel afgezien van de vraag of de oorzaak berust op overmacht, dan wel op een onjuiste aanwending van het voorheen misschien ruime inkomen. Het Ondersteuningsfonds kan evenwel alleen hulp bieden ter voorziening in de meest noodzakelijke behoeften, ook al heeft het bestuur de laatste jaren duidelijk meer armslag.

Het bestuur verzoekt daarom de leden der Maatschappij er in hun belang, nog eens op attent te maken dat zij vroegtijdig voorzieningen moeten treffen willen zij mogen verwachten dat deze later ook aan het doel zullen beantwoorden. Vooral diegenen onder de leden, die een ruim inkomen genieten uit het vrije beroep, moeten zich realiseren dat van de in dienstverband werkende collegae veelal 15 tot 30% van het inkomen wordt opgeëist voor secundaire voorzieningen: invaliditeits-, oudedags-, weduwe- en wezenverzekering en dat iemand in het vrije beroep dus niet mag verwachten dat verzekeringspremies, die slechts enkele procenten van zijn inkomen bedragen, een afdoende voorziening kunnen waarborgen.

Gezegd wordt wel eens dat artsen meermalen slechte financiers zijn. Dank zij de pensioenregeling voor vrij praktiserende artsen en dank zij de mogelijkheden die de O.L.M.A. biedt, wordt de financiering van de sociale voorziening voor hen voor een deel centraal verzorgd. Maar daar waar het inkomen het maar enigszins toelaat, zal het sparen niet mogen worden vergeten. Sparen via het verkrijgen van vast goed en via het verwerven van aandelen of eerder nog via het deelnemen in beleggingsfondsen, zoals het Beleggingsfonds voor Medici, is nog altijd — juist in deze tijd van voortschrijdende devaluatie — een noodzakelijke aanvulling op verzekeringen. Dat een invaliditeitsverzekering van de Artsen Onderlinge een zeer aan te raden en bovendien een betrekkelijk zeer voordelige verzekering is mag wel algemeen bekend worden verondersteld.

De ervaring leert dat men in een aantal gevallen geheel buiten eigen schuld in een situatie is gekomen, waarin men zich tot het Ondersteuningsfonds moet wenden. Maar de ervaring bewijst tevens dat vele collegae zichzelf of hun nabestaanden veel moeilijkheden kunnen besparen als zij, misschien met behulp van deskundig advies, tijdig genoeg en zodra het hen mogelijk is, werkelijk adequate voorzieningen treffen.

Moge deze opwekking vele leden ertoe brengen hun voorzieningen nog eens kritisch te bezien.

G. Dekker
Secretaris-penningmeester

Beschrijvingsbrief

voor de 155ste Algemene Vergadering van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, te houden op zaterdag 18 april 1970, aanvang 13.30 uur in „Esplanade”, Lucas Bolwerk 5, Utrecht (telefoon 030-26088).

Amendementen op de verschillende punten van deze beschrijvingsbrief moeten, om voor publikatie door het hoofdbestuur in aanmerking te komen, zo spoedig mogelijk en in elk geval vóór 18 maart a.s. bij het hoofdbestuur worden ingediend.

- I *Opening van de Algemene Vergadering te 13.30 uur precies.*
- II *Opnemen van de namen der districtsafgevaardigden en der afdelingsvertegenwoordigers.*
- III *Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering.*
- IV *Voorstel tot goedkeuring van de 13e lijst van aanvullingen en wijzigingen bij het „Rapport inzake Geneeskundige Verklaringen”.*
Zie dit nummer van Medisch Contact.
- V *Mededelingen van het hoofdbestuur.*
- VI *Rondvraag.*
Schorsing van de vergadering te uiterlijk 14.30 uur.
- VII *Heropening van de vergadering te 14.45 uur. Bespreking van het vraagstuk van de Medische Ethiek.*
 - 1. Inleiding door de voorzitter
 - 2. Voordracht door Professor Dr. C. P. Sporken
 - 3. Discussie
- VIII *Sluiting.*

Namens het hoofdbestuur,
G. Dekker,
secretaris-penningmeester

Punt IV

bij het „Rapport inzake Geneeskundige Verklaringen”

A. Wijzigingen, samenhangende met het Rapport „Scheiding van behandeling en controle”

1 In § 9 sub 13 d de laatste zin („De c.g. behoort...”) vervangen door:

Behalve naar *feitelijke gegevens* mag de c.g. ook vragen naar het *oordeel* van de b.g. (met name ten aanzien van de arbeidsgeschiktheid), doch uitsluitend ter *toetsing* van zijn eigen voorlopige conclusie; de c.g. is immers zelf volledig verantwoordelijk voor het door hem aan zijn opdrachtgever uit te brengen advies.

2 In § 9 sub 13 g vervangen door:

13 g. De c.g. moet de van de b.g. ontvangen inlichtingen als volstrekt *vertrouwelijk* beschouwen; met name geldt dit tegenover de patiënt, tegenover opdrachtgever en werkgever en tegenover de rechter in beroepszaken. Hij mag wel melding maken van het feit, dat hij inlichtingen van de b.g. heeft ontvangen, doch niet van wat deze inhielden. Er is één uitzondering: aan de rechter in beroepszaken mag de c.g. (v.g.) die feitelijke gegevens doorgeven, die hij in principe ook zelf zou hebben kunnen verkrijgen, doch die hij ter vermindering van dubbele onderzoeken (zie 13 d) aan de b.g. heeft gevraagd.

3 In § 9 sub 14 a vervangen door:

14 a. De b.g. behoort in principe *bereid* te zijn aan de c.g. de door deze gevraagde — en aan de b.g. reeds bekende — *feitelijke gegevens* te verstrekken. (Wel dient hij hierbij zijn *beroepsgeheim* niet uit het oog te verliezen; het feit dat hij de inlichtingen aan een collega verstrekt, ontheft hem zeker niet automatisch van zijn geheimhoudingsplicht!) Voorts mag de b.g., wanneer de c.g. blijkt geeft zijn eigen conclusie (bijvoorbeeld over de arbeidsgeschiktheid) aan die van de b.g. te willen toetsen, ook wel zijn *oordeel* over de patiënt kenbaar te maken. Daarbij zal hij echter — méér dan bij het verstrekken van feitelijke inlichtingen — met de *vertrouwensrelatie* tussen hem en zijn patiënt rekening moeten houden.

4 In § 9 sub 14 d de volgende zin toevoegen aan de eerste alinea:

Voorts is er een uitzondering gemaakt voor de c.g. van de sociale verzekering (verzekeringsgeneeskundige); zie daarvoor de aanvulling op punt B-2.

5 In § 9 een nieuw punt 14 F toevoegen:

14 f. De b.g. behoort er in het algemeen tegenover zijn patiënten *geen geheim* van te maken, dat wanneer de c.g. hem inlichtingen vraagt, hij deze zal verstrekken en daarbij eventueel ook zijn oordeel kenbaar zal maken.

6 Eveneens toevoegen een nieuw punt 14 g:

14 g. Het is de b.g. toegestaan om — wanneer hij dit in het belang van de patiënt acht — op *eigen initiatief* contact met de c.g. op te nemen. Ook hierbij geldt, dat hij dan bereid moet zijn hiervan aan zijn patiënt mededeling te doen.

7 In § 9 sub 15 de tweede alinea vervangen door:

Collegiale inlichtingen worden per definitie ver-

strekt door de b.g. aan een andere medicus en wel (afgezien van enkele in dit rapport omschreven uitzonderingen) pas nadat deze de patiënt heeft onderzocht respectievelijk heeft laten onderzoeken. Zij kunnen alleen betrekking hebben op zaken, die de b.g. bij de behandeling bekend zijn geworden en kunnen dus nooit een speciaal onderzoek vereisen. Over de inhoud van de collegiale inlichtingen leze men de punten 13 d en 14 a van deze paragraaf.

8 In punt B-2 tussen voorlaatste en laatste alinea tussenvoegen:

Voor de uitvoering van de *sociale verzekeringswetten* is op deze laatste regel een uitzondering gemaakt (zie het rapport „Scheiding van behandeling en controle” in Medisch Contact van 24 oktober 1969, pagina 1217). Het is de verzekeringsgeneeskundige toegestaan, ook zonder dat hij de patiënt tevoren heeft gezien, inlichtingen aan de b.g. te vragen, mits hij langs andere weg zich reeds een voldoende indruk omtrent de ziekte en omtrent het bestaan van arbeidsongeschiktheid heeft kunnen vormen en mits hij nooit een eindadvies aan het uitvoeringsorgaan uitbrengt zonder eigen onderzoek van de patiënt

B. Andere aanvullingen en wijzigingen

9 Nieuw punt C-18 toevoegen:

C-18. Tijdstip van aanvang van een ziekte

— De b.g. krijgt soms van een instelling (meestal een verzekeringsinstelling of een werkgever) het verzoek mede te delen, op welk tijdstip bij zijn patiënt een (al dan niet met name genoemde) ziekte of kwaal voor het eerst is opgetreden, respectievelijk op welk tijdstip naar zijn mening de patiënt zelf wist of redelijkerwijze kon vermoeden hieraan lijden te zijn. Ook wordt daarbij door de instelling wel een bepaalde datum opgegeven (bijvoorbeeld de ingangsdatum der verzekering respectievelijk de datum van indiensttreding of keuring), zodat de vraag met ja of neen kan worden beantwoord.

Onmiskenbaar ligt aan zulk een vraag in de meeste gevallen een al dan niet uitgesproken wantrouwen ten grondslag. De instelling wil op deze wijze de betrouwbaarheid van de door de patiënt zelf gedane mededelingen controleren teneinde te kunnen nagaan, of de mogelijkheid aanwezig is tot weigering van een uitkering of tot ontbinding van een dienstverband.

In zulke gevallen dient de b.g. zich vanzelfsprekend van elke (positieve of negatieve) mededeling te onthouden. Dit geldt evenzeer wanneer het de med. adviseur (respectievelijk de k.g. of c.g.) van de instelling is, die deze vraag aan de b.g. stelt.

Het bovenstaande is natuurlijk niet van toepassing, wanneer er geen sprake is van wantrouwen, bijvoorbeeld wanneer een c.g. — zuiver ten behoeve van de beoordeling van arbeidsgeschiktheid of prognose — in een collegiaal gesprek met de b.g. naar de duur van een ziekte of een klacht vraagt.

Voor inlichtingen in verband met aanvullende le-

vensverzekeringsuitkering bij overlijden na langdurige ziekte, zie C-13.

10 Punt D-3 aanvullen met een nieuwe alinea:

Het nieuwe Burgerlijk Wetboek kent ook een verklaring van *niet-zwanger* zijn. Volgens artikel 34, lid 2, sub c wordt namelijk het verbod voor een weduwe om binnen 306 dagen na de dood van haar echtgenoot te hertrouwen onder meer opgeheven, wanneer zij een — tenminste 30 dagen na de dood van haar echtgenoot afgegeven — verklaring overlegt, dat zij op enig tijdstip na zijn dood niet zwanger was; deze verklaring mag alleen door een vrouwenarts worden verstrekt (zie Medisch Contact van 5 december 1969, pagina 1381). Er bestaat geen bezwaar tegen, dat de behandelende vrouwenarts deze verklaring afgeeft.

11 In punt E-14 laatste zin van de eerste alinea („Wenst de instelling. . .”) vervangen door:

Wenst de instelling een verklaring van een medicus, dan verdient het de voorkeur, dat zij zelf hiervoor een arts aanwijst. Is zij hiertoe echter niet bereid of niet bij machte, dan mag ook een willekeurige andere arts (mits niet de b.g.) de bedoelde verklaring afgeven.

12 Van punt E-17 de laatste zin („Inlichtingen mogen. . .”) vervangen door:

Ook verklaringen-van-geen-bezwaar, zoals die soms door automobiel-verzekeraars worden gevraagd over bejaarde kandidaat-verzekerden, mogen door de b.g. niet worden afgegeven.

In al de genoemde gevallen dient — tenzij er door de instelling een keurend arts is aangewezen — de patiënt zich door een „willekeurige andere arts” te laten onderzoeken. Nadat dit onderzoek heeft plaatsgevonden, mag de b.g. aan deze k.g. (of aan de med. adviseur) inlichtingen verstrekken.

13 Punt E-22 vervangen door:

E-22. Afwezigheid van ziekte op vroeger tijdstip — Zie hiervoor C-18.

waarop de aan- en verkopen van effecten vermeld staan.

De Federatie Organisaties Intellectuele Beroepen zal een „hearing” aanvragen met de Tweede-Kamer Commissie, welke het ontwerp Beroepspensioenfondsenwet in studie heeft.

Voor het boekje „De pas afgestudeerde arts en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst” wordt een nieuwe tekst betreffende de pensioenregeling goedgekeurd.

Voor de vergaderdata in 1970 zal een schema worden opgesteld met een vergaderfrequentie van één vergadering per twee maanden.

Kort verslag van de bestuursvergadering van de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen, gehouden op woensdag 17 december 1969 in het gebouw der Maatschappij te Utrecht.

Het verslag van de vergadering d.d. 29 oktober 1969 wordt goedgekeurd.

Er wordt een kort verslag gegeven van de „hearing” van de Tweede-Kamer Commissie waar de FOIB-delegatie is gehoord.

Het afsluiten van een contract voor 1970 met de Stichting Dienstverlening aan Pensioenfondsen met betrekking tot de verlenging inzake risicodekking is punt van bespreking.

Het komt het bestuur gewenst voor op korte termijn een voorlopige balans- en resultatenrekening 1967/1968 te publiceren. Bovendien zal een summier jaarverslag worden uitgebracht door bestuur en directie.

De saldobiljetten 1968/1969 zijn inmiddels verzonden. In een begeleidende brief is uitdrukkelijk gesteld dat aan de bij de Stichting geboekte bedragen op dit moment geen rechten kunnen worden ontleend.

MC | **VAN DE STICHTING VOORLOPIG BEHEER PENSIOENGELDEN VOOR HUISARTSEN**

Bestuursvergaderingen

Kort verslag van de bestuursvergadering van de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen, gehouden op woensdag 29 oktober 1969 in het gebouw der Maatschappij te Utrecht.

Het verslag van de vergadering d.d. 27 augustus 1969 wordt goedgekeurd en getekend.

Besloten wordt het effectendepot te concentreren bij de Nederlandsche Bank en haar correspondenten en een dollar-rekening te openen bij een Amerikaanse Bank. In het vervolg zal eenmaal per maand een overzicht aan het bestuur worden gezonden

MC | **VAN DE STICHTING PENSIOENFONDS MEDISCHE SPECIALISTEN**

Bestuursvergaderingen

Kort verslag van de 23e bestuursvergadering van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten d.d. 19 november 1969 in het gebouw van de Maatschappij te Utrecht.

In het verslag van de 22e vergadering worden enkele kleine wijzigingen aangebracht. In het puntenverslag worden enkele punten bekort. Hierna volgt goedkeuring van beide stukken.

Op de volgende vergadering d.d. 18 december 1969 zullen de balans- en resultatenrekening 1968 gereed zijn.

De Commissie Oudedagsvoorziening Specialisten werkt aan het reglement voor de definitieve

pensioenregeling voor specialisten; met de L.A.D. is men tot een gemeenschappelijk standpunt gekomen over specialisten, die gedeeltelijk in dienstverband werken.

De nota's voor de extra contributie 1970 zullen in de eerste week van januari 1970 worden verzonden.

Het vergaderschema voor 1970 wordt aangenomen. Het zal ter kennisneming worden toegezonden aan de Maatschappij, de L.H.V. en de L.S.V.

Kort verslag van de 24e bestuursvergadering van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten d.d. 18 december 1969 in het gebouw der Maatschappij te Utrecht. Specialistische praktijkuitoefening, vrij beroep op dienstverband

Het verslag van de 23e vergadering wordt goedgekeurd en aldus vastgesteld.

De voorzitter deelt mee dat de Commissie Oude-dagsvoorziening Specialisten in december 1969 gereed komt met de volledige ontwerp-tekst van statuten en reglement. Bovendien is een zeer duidelijke toelichting gegeven.

Aan de hand van een op te stellen nota zullen be-

sluiten worden overwogen met betrekking tot een op te richten beleggingsadviesraad.

Het bestuur wenst zijn bezorgdheid uit te spreken met betrekking tot de positie van de vrij gevestigde specialisten binnen het kader van de in de ziekenhuiswereld bestaande plannen voor een pensioenregeling.

De actuaris brengt verslag uit van de „hearing” van de Tweede Kamer Commissie waar de FOIB-delegatie is gehoord.

In het voorlopig jaarverslag 1968 worden enkele tekstwijzigingen aangebracht waarna het gereed is voor publikatie in Medisch Contact.

MC | VAN DE PERMANENTE COMMISSIE DOKTERSASSISTENTEN

Richtlijnen (1970) betreffende arbeidsvoorwaarden voor doktersassistenten

1. Onder doktersassistente wordt verstaan het vrouwelijk hulppersoneel, dat in het bezit is van een door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst erkend diploma voor doktersassistente en werkzaam in een dokterspraktijk.

2. Het bruto-salaris per maand, op basis van een 42-urige werkweek (voor een doktersassistente ouder dan 50 jaar op basis van een 37-urige werkweek) bedraagt:

eerste dienstjaar	f 495,—
tweede dienstjaar	f 520,—
derde dienstjaar	f 550,—
vierde dienstjaar	f 595,—
vijfde dienstjaar	f 645,—
zesde dienstjaar	f 710,—
zevende dienstjaar	f 770,—
achtste dienstjaar	f 845,—
negende dienstjaar	f 915,—
tiende en volgende dienstjaren	f 1.010,—

3. Het salaris wordt evenredig verminderd bij een werkweek van minder dan 42 uren.

4. De arbeidstijd wordt geregeld met inachtname van de desbetreffende wettelijke voorschriften en van hetgeen in een dienstbetrekking gebruikelijk is.

5. De doktersassistente heeft recht op vakantie met behoud van salaris, gedurende 15 werkdagen per jaar, gerekend vanaf 1 juli.

6. De doktersassistente heeft voorts recht op een vakantietoeslag van 6% van het salaris genoten in de periode, waarover de vakantie geldt. De toeslag wordt gegeven bij het opnemen van de vakantie.

7. De doktersassistente is verplicht het beroepsgeheim te bewaren in dezelfde omvang als van een medicus wordt geëist.

8. Deze richtlijnen gelden vanaf 1 januari 1970.

MC | PERSONALIA

Nieuwe leden:

Mej. G. A. C. Aarnoutse, Beethovenlaan 24, Culemborg.
A. H. M. Bedaux, Einsteinstraat 63, Nijmegen.
C. S. Boss, Stationsstraat 5, Alphen a. d. Rijn.
W. T. J. van den Brink, Graaf Florisweg 56, Gouda.
A. H. van Drooge, Havezatelaa 237, Deventer.
H. 't Hart, Wezenland 236, Deventer.
J. A. H. van Hof, Dorpsstraat 80, Schoondijke.
Mevr. J. M. T. Jansma, Mathenesserlaan 421a, Rotterdam.
G. W. Kastelein, Papengracht 5, Leiden.
H. Kruijff, p/a Henegouwenlaan 70, Rotterdam.
J. M. A. P. Nijst, Brug 1, Reeuwijk.
Mevr. I. Paalvast-de Leeuw, Calandstraat 281, Breda.
J. J. Slagter, Haarlemmerstraat 56, Leiden.
J. Snobl, Mechelenstraat 60, Breda.
G. A. J. M. Spaandonk, Versterstraat 21, Vught.
Th. Thien, Aubadestraat 192, Nijmegen.
G. F. L. Triest, Akerstraat 141, Brunssum.
A. F. A. M. de Vreese, Staringstraat 34, Enschede.
G. W. P. Wisselink, 1620 Marshall, Houston, 77006, U.S.A.
H. P. A. Wolters, arts, J. W. Passtraat 109, Nijmegen.

Overleden

J. Baart de la Faille, Windlustweg 3, Wassenaar.
W. G. F. Buning, Kabeljauwallée 15, Doorwerth.
E. van den Hof, Dorpsstraat 42, Putten (Gld).
H. A. Laan, P. de Hooghlaan 49, Hilversum.
T. T. Teng, Lorentzkade 222, Haarlem.
W. N. de Voogd, Colenbranderhof 9, Slotervaart, Amsterdam.
S. Walch, Klaverstraat 55, Rotterdam.

Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft.

STUDENTENGRAP

Een studentengrap spreekt tot de verbeelding. Medisch Contact heeft ons nu kennis laten maken met een studentengrap in de figuur van H. L. Meijers, die zo gaarne collega Bol (sedert 1934 arts), mede uit naam van zijn patiënten een ander baantje wil bezorgen.

De schrijver van het ingezonden stuk in M.C. van 23 januari j.l., H. L. Meijers, die in dat stuk zo graag spreekt over zijn collega Bol blijkt een juridische student te zijn aan de economische hogeschool van Rotterdam (zijn telefoon nummer is 010-231780, zijn adres is Nieuwe Binnenweg 194d te Rotterdam). Toen ik dit ontdekte ben ik eerst boos geweest, heb daarna gelachen, heb toen „collega” Meijers, juridisch student, opgebeld en tot slot collega Bol gerustgesteld.

Gaarne zag ik dat de redactie van M.C., alvorens tot plaatsing van ingezonden stukken met discussie- en inspraaktrend, ingezonden door randfiguren wordt overgegaan, eerst het geschrevene evalueert, zijn context sub- of objectiveert en confrontatie tot het traditionalistische denken vermijdt, teneinde immanente communicatiestoornissen uit de stroomversnelling van het hedendaagsche expansionistische pogen te relativeren.

Rijswijk, 26 januari 1970

G. Hoogslag, huisarts

Naschrift - Gealarmeerd door bovenstaande onthulling hebben wij gepoogd gehoor te krijgen op het vermelde telefoonnummer, echter steeds tevergeefs. Wij moeten evenwel aan nemen dat de onthulling juist is - een arts Meijers met de voorletters H. L. bleek onnaspeurlijk - en dat een aanstaand jurist zich als „collega” heeft vermomd. Derhalve nemen wij de aan de onthulling toegevoegde weldoordachte en doorwrocht geformuleerde raad volledig ter harte - Red. M.C.

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, zal zijn medewerking verlenen aan de uitvoering van een onderzoek, waartoe het initiatief is genomen door het Openbaar Lichaam Rijnmond.

Dit onderzoek heeft tot doel inzicht te verkrijgen in welke mate verschillende factoren naar de mening van de inwoners van de Rijnmond de leefbaarheid van het milieu in hun gebied bepalen. Het onderzoek zal zich richten op verschillende componenten van het leefmilieu, zoals omgeving, woning, vervoer, recreatie én op de sociaal-medische, sociaal-psychologische en sociaal-economische aspecten van de leefbaarheid.

Het Openbaar Lichaam Rijnmond stelt dit onderzoek in om bij de bepaling van het beleid over het vraagstuk van de leefbaarheid in de Rijnmond te beschikken over gegevens die een indruk geven van de mening en de meer specifieke klachten van de bewoners zelf over hun leefmilieu. Er wordt verwacht, dat het resultaat van het onderzoek ertoe zal leiden, dat een beter inzicht wordt verkregen in de factoren die het sociaal-psychisch welzijn van de mens in een bepaald leefmilieu beïnvloeden.

§

Op vergaderingen van het Uitvoerende Comité van de Wereld Gezondheids Organisatie zal niet meer worden gerookt. Het comité heeft zich hierover eenstemmig uitgesproken. De directeur-generaal van de W.G.O. is gevraagd voor de volgende assemblee een rapport op te stellen omtrent de maatregelen, die kunnen worden genomen om het standpunt van de organisatie met betrekking tot de gevaren van het roken te onderstrepen. Tevens wordt hem gevraagd dit standpunt te verwerken in een bepaling, dat op geen der officiële vergaderingen nog mag worden gerookt. Verder wordt er op aangedrongen belangstellende regeringen en gezondheidsorganisaties te helpen informatie te geven over de aan de rookgewoonte verbonden gevaren.

§

In de collegezaal van de Kinderkliniek van het Binnengasthuis, Grimborgwal 10 te Amsterdam, wordt begin april de 22e Herhalingscursus Kinder-geneeskunde gehouden. De cursus A, toegankelijk voor kinderartsen, vindt plaats op 6, 7 en 8 april 1970. De cursus B voor huisartsen, kinderhygienisten en andere belangstellenden sluit daarop aan: 9, 10 en 11 april 1970. Woensdagmiddag 8 april kan in het kader van de cursus A, een symposium over congenitale leverafwijkingen worden bijgewoond. Aanmelding vóór 1 maart 1970 bij het secretariaat van de Kinderkliniek, Binnengasthuis, Amsterdam.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

Bestuur: Dr. J. Degenaar, Epe, voorzitter; B. Q. A. Enneking, Breda, vice-voorzitter; Prof. Dr. S. A. de Lange, Essenweg 54, Rotterdam, secretaris; Prof. D. C. den Haan, Rotterdam, penningmeester; G. A. C. Bosch, Amsterdam.

Redactie: Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgever: Uitgeversmij. Kruyt n.v., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32259, postgiro 142554.

Advertenties: In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend bij de uitgever. Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgave van redenen worden geweigerd.

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij t.b.d. Geneeskunst f 30,—, plus f 1,20 BTW = f 31,20, buitenland f 35,—, losse nummers 78 cent (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

Adreswijziging: Leden Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst uitsluitend aan Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden aan Uitgeversmij. Kruyt N.V., Bussum.

Oplage: 16.060 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE
MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Adres der Maatschappij en haar organen: Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411, postgiro 58083; hoofdbestuur, dagelijks bestuur, boekhouding, bureau voor waarneming en vestiging van 8.30 tot 17 uur, (na 18 uur en ook 's zondags telefoon 020-798984). — Landelijke Huisartsen Vereniging — Landelijke Specialisten Vereniging — Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband — Specialisten Registratie Commissie — Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen, O.L.M.A.

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen: secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-2184; postgiro 111950 t.n.v. de penningmeester der Stichting Ondersteuningsfonds te Utrecht.

Raad van beroep: Dr. H. Navis, secretaris, Joris van der Haagenlaan 22, Arnhem.