



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

DIAGNOSE

Diagnose, schrijft Buma in „De huisarts en zijn patiënt”, is de beschrijving van een probleem berustend op een tegenstelling tussen een ongewenste en een gewenste gang van zaken. Weijel daarentegen maakt onderscheid tussen de oorzaak en de inhoud van een klacht. Hij stelt: „De werkelijke vraag in de medische situatie is niet: wat heeft de patiënt, maar:

waarom klaagt de patiënt”. Pflanz brengt beide polen samen in de volgende omschrijving: „De diagnose is naast een beraadslaging over de oorzaak van de ziekte ook een middel tot elkaar begrijpen. Zij dient als communicatie tussen arts en patiënt en tussen arts en maatschappelijke instellingen als ziekenfonds, bedrijf, militaire instanties enz. Ze is daarom afhankelijk van het doel waarvoor ze gebruikt wordt en zegt soms meer over de arts en de maatschappelijke structuur dan over de patiënt” (M. Pflanz, Sozialer Wandel und Krankheit. Ergebnisse und Probleme der medizinischen Soziologie, 1962). Bepaalt bij Buma de diagnose vooral het handelen van de arts, Weijel legt het accent op het handelen van de patiënt, terwijl Pflanz bij de oorzaken van de ziekte ook het maatschappelijk gebeuren betreft.

Toen het hoofdbestuur van de K.N.M.G. kortgeleden een uitspraak deed over het roken, handelde het in de zin van Buma. In het hoofdartikel van Medisch Contact nr. 28/1971, blz. 749, wordt gezegd dat de ware klacht van de zware roker luidt, dat hij het niet kan laten. Waarom? zou Weijel vragen. Legt men het accent op de bestrijding van de sigarettent reclame in deze consumptiemaatschappij, dan benadert men het probleem langs een derde weg. Er mag in dit verband aan worden herinnerd, dat reeds in 1955 Querido in zijn inleiding tot een integrale geneeskunde aan de hand van een aantal patiënten uit de Amsterdamse ziekenhuispopulatie wees op de parallelproblematiek, die soms

26ste JAARGANG — Nr 30 — 30 JULI 1971

INHOUD

Diagnose	789
De mondige sterveling	791
Congres Union des écrivains médecins ..	796
Reorganisatie t.b.c.-bestrijding	797
Taak van het ministerie van Volksgezondheid en milieuhygiëne	797
Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij	798
Van het hoofdbestuur:	
Beschrijvingsbrief voor de Alg. vergadering op 30 oktober 1971	799
Brieven aan de redactie	810
Varia	811

Hoofdredacteur: F. A. Bol, arts.
Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens
en R. A. te Velde.

Colofon op bladzijde 812

meer soms minder duidelijk aantoonbaar is tussen de somatisch-psychische en sociale structuren waarin de patiënt verkeert.

Waar patiënt en ziekte ter sprake komen, komt men de bovengenoemde benaderingswijzen vaak door elkaar tegen. Dit leidt ertoe, dat desbetreffende beschouwingen en discussies veelal uitmonden in een Babylonische spraakverwarring. Het zou te betreuren zijn, indien hierdoor een polarisatie in discussie en meningsvorming zou gaan optreden, immers een synthese van de diverse opvattingen kan alleen maar in het belang van de patiënt zijn.

Door de enorme technische vooruitgang heeft de geneeskunde zich, overigens met voortreffelijke resultaten, eenzijdig ontwikkeld. Er heerst bij ons medici een angst om somatische afwijkingen over het hoofd te zien — maar niet alleen bij ons, ook bij de patiënt. De laatste zal zich volgaarne aan uitgebreide onderzoeken onderwerpen om somatische afwijkingen uit te sluiten, terwijl voor zijn ziekte wellicht duidelijke oorzaken in het psycho-sociale vlak zijn aan te wijzen. Wanneer wij de mens beschouwen als een organisme dat voortdurend wordt beïnvloed door zijn psychische, sociale en fysieke werkelijkheid, dan kunnen wij stellen dat iedere overbelasting op een van deze terreinen

een decompensatie tot gevolg kan hebben die zich kan uiten in het somatische vlak.

Een individu dat in onze samenleving geen bevrediging vindt, staan verschillende vluchtwegen ter beschikking: kunst, mystiek, religie en misdaad, zij alle kunnen een vluchtweg zijn. In toenemende mate nu biedt onze maatschappij een nieuw alternatief: het ziek worden (Folmer in „Huisarts en ijsberg”). Immers, daar liggen de spectaculaire therapeutische successen. De huisarts wordt dan ook in toenemende mate geconfronteerd met somatische klachten die hun oorsprong vinden in het psycho-sociale vlak. De vraag wordt dan of de huisarts wel de juiste figuur is om de gevraagde hulp te verlenen of te doen verlenen. Het antwoord mag niet anders dan ja luiden. Ja, want de problemen worden hem (in somatische vorm) voorgelegd.

Op het moment dat de hulpzoekende zich tot de dokter wendt, beslist hij dat hij patiënt is — niet de dokter, of hij wil of niet. De huisarts zal in staat moeten zijn de patiënt te verwijzen naar die deskundigen die de beste hulp kunnen bieden. Eerste eis is dan, dat de huisarts de problematiek moet kunnen onderkennen; ook hier zal teamwork en delegatie mogelijk moeten zijn. Evenals de specialist niet zou kunnen werken zonder chemici, biologen, fysici, farmacologen enzovoort, zal de huisarts hulp moeten bieden samen met werkers uit andere disciplines, zoals bijvoorbeeld psychologen, sociologen, maatschappelijk werkers, wil de zorg in de eerste lijn beter dan tot dusver aan haar doel beantwoorden. Het is typerend, dat binnen de huidige regeling van de ziekenfondsverstrekkingen de huisarts wel de hulp kan inroepen van de fysiotherapeut maar niet bijvoorbeeld die van de psycholoog.

Indien wij ervan uitgaan, dat de mens kan compenseren door stoornissen in het somatisch-psychische en/of sociale vlak dan is de hulpverlening aan de patiënt niet meer het monopolie van de arts alleen. Vanuit de artsorganisaties zou contact dienen te worden opgenomen met andere beroepsorganisaties; voorwaarde is, dat ook deze organisaties op grond van hun specifieke deskundigheid zich verantwoordelijk voelen voor en in staat zijn tot hulpverlening aan de individuele mens. De K.N.M.G. zou hiertoe het initiatief kunnen nemen. Een dergelijk samenwerkingsverband zou het ons misschien gemakkelijker maken „door-zicht” te krijgen in de werkelijke problemen en op basis daarvan een integrale hulp te geven aan de gedecompenseerde medemens.

B.



**Voor uitvoerig programma
en inschrijfformulier
zie Medisch Contact
nr. 24 van 18 juni j.l.**

De mondighe sterveling

***Vragen van leven en dood zijn te beantwoorden met vooropstelling,
dat de welbewuste beëindiging van het menselijk leven,
direct of indirect,
in geen cultuurfase categorisch verboden is geweest***

Door Mr. J. Ekelmans

De aanzet van mijn betoog wil ik geven aan de hand van een drietal voorbeelden:

het eerste: Op 21 oktober 1969 werd door de Amsterdamse rechtbank een 60-jarige man veroordeeld wegens doodslag door wurging van zijn vrouw, tot 7 maanden gevangenisstraf met aftrek van 6 maanden voorlopige hechtenis en 1 maand voorwaardelijk. De straf wettigt de veronderstelling meer afgestemd te zijn op de duur van de voorlopige hechtenis dan op de ernst van het feit, gelijk ook het geval was in de zaak Beukenoot, verteld door Marianne Philips. Er is te meer reden voor deze veronderstelling, nu deze man een zorgzaam echtgenoot was, die gedurende lange tijd zijn ongeneeslijk zieke, geheel verlamde vrouw, die ook niet spreken kon, had verpleegd en verzorgd, en uiteindelijk haar dringend verzoek had ingewilligd haar het leven te benemen, waartoe zij zelf niet (meer) in staat was, met het in zijn ogen meest humane middel, dat hem bij afwezigheid van medische kennis of middelen ter beschikking stond: verstikking.

het tweede: Op 12 januari 1966 liet Professor James Bedford, hoogleraar in de psychologie, zich invriezen door een team van artsen en verplaatsen naar Phoenix (Arizona) om daar bij een temperatuur van -320° Fahrenheit te worden bewaard. Professor Bedford en velen met hem, die inmiddels zijn voorbeeld hebben gevolgd op basis van de uitkomsten van de cryobiologie (de wetenschap, die zich bezighoudt met de bestudering van het bevroren van levende organen), deden dit in de verwachting te zijn tijd na een periode van schorsing van de levensfuncties het leven te kunnen hervatten (voortzetten) en te worden genezen van een ziekte, die ten tijde van hun invriezing naar de stand der medische wetenschap van toen voor ongeneeslijk moest worden gehouden.

het derde: Medio 1939 beëindigde Professor Werner Catel, hoogleraar in de kindergeneeskunde en verbonden aan de Universiteit van Leipzig, in zijn kliniek het leven van de pasgeboren baby Knauer: het kind was blind en idiot. Catel handelde daarbij na vooraf verkregen persoonlijke toestemming van Adolf Hitler, waarmede tevens het Duitse euthanasie-programma werd ingeleid. Catel werd overigens in 1949 terzake van overeenkomstige ingrepen vrijgesproken door een Duitse Rechtbank.

„Vóór het moment waarop het leven bescherming verdient, dient de hulp van de medicus te zijn gericht op levensbehoud, en na dit moment — desgewenst — op positieve stervensbegeleiding. In een vroeger stadium heeft de medicus ook de plicht tot stervenshulp, indien de betrokkene welbewust zelf uitdrukkelijk verklaart dit te willen". Aldus de auteur van bijgaande beschouwing, Mr. J. Ekelmans. Nevenstaand artikel is de letterlijke weergave van een voordracht, gehouden ter gelegenheid van de sluitingszitting van de Jonge Balie bij de Hoge Raad der Nederlanden, in feite het internationaal jaarlijks congres van de Haagse balie, d.d. 4 juni jl.

In alle, onderling zeer verscheiden voorbeelden, gaat het om de waardering van het menselijk leven, waarmede de Amsterdamse rechtbank werd geconfronteerd op basis van het geldende recht, dat uitgaat evenals — althans tot voor kort — de (medische) ethiek, van onvoorwaardelijke eerbied voor het behoud van het leven (voorbeeld 1), waarmee Prof. Bedford experimenteerde (of moet men zeggen nog steeds experimenteert? voorbeeld 2), zij het op onschuldige wijze, en waarin Professor Catel welbewust ingreep, en de aanvang maakte met een programma dat wordt aangeduid als „Vernichtung des Leben unwerten Lebens" (voorbeeld 3).

Deze tijd wordt mede gekenmerkt door het indringend stellen van talloze fundamentele vragen, die het wezen van de samenleving raken en die niet meer kunnen worden beantwoord met een simpele verwijzing naar de traditie — zo is het altijd geleerd —, het positief recht — zo geldt het in de samenleving — of de religie — zó wil God het (wat wil God trouwens eigenlijk?!): nòch het waarde-oordeel van vroeger, nòch het formeel waarde-oordeel van nu, kenbaar uit de geldende strafbepalingen, nòch de keuze van een bepaalde godsdienstige overtuiging, geeft uiteindelijk de justificatie van de norm, en bovendien niet indien inmiddels de feiten waarop deze oordelen zijn gebaseerd wijziging hebben ondergaan. Nu, bij de huidige (medische) kennis van macht, de recente ontwikkelingen in de theologie en de bijkans onbeperkte technische mo-

gelijkheden, lijkt hernieuwde bezinning gewettigd over de ethische vraag, welke waarde/zin aan het menselijk leven moet worden toegekend, speciaal of de geldende eerbied voor het menselijk leven in zich enkel moet medebrengen eerbied voor het *behoud* van elk leven en de facto oplegging van gemeenschapswege van een maximale levensduur.

Deze problematiek staat momenteel volop in de belangstelling. Ik denk speciaal aan een publikatie van Prof. Van den Berg in 1969: „Medische macht en medische ethiek”, aan het onderzoek van de socioloog Hofstede en de daarop gebaseerde tv-programma's in 1970: „Tot onze diepe Droefheid”, en aan de vraaggesprekken met Prof. Van der Meer dit jaar: „Tenzij een wonder gebeurt”, en wil daarnaast met respect noemen de dissertatie van Mevrouw Van Till: „Medisch-juridische aspecten van het einde van het menselijk leven”. Opmerkelijk daarbij is, dat deze belangstelling is toegespitst op menselijke wezens die van de aanvang af defect zijn — bijvoorbeeld Softenonbaby's, dan wel defect zijn geworden door slijtage — bijvoorbeeld demente bejaarden — ziekten of ongeval — bijvoorbeeld diep comateuse patiënten. Bovendien wordt daarbij wel de medische ethiek of beter de ethiek van de medicus een dominante taak toebedeeld en de arts een beslissende bevoegdheid toegekend.

**

Ik meen, dat aldus de vragen van leven en dood vanuit een onjuist perspectief worden beoordeeld en behandeld. Het lijkt mij juist er van uit te gaan en met nadruk voorop te stellen, dat de welbewuste beëindiging van het menselijk leven, direct of indirect, in geen cultuurfase categorisch verboden is geweest. Ik denk aan de oorlogen van vroeger en nu. De hedendaagse Russische soldaat zweert na de voltooiing van zijn basisopleiding: „Ik ben altijd bereid op het bevel van de Sovjet-regering mijn Vaderland... te beschermen, mijn eigen bloed en leven niet sparend voor het behalen van de overwinning op de vijand”. Is de taak van de Westerse soldaat een andere? Ik denk aan de doodstraf. Ik denk ook aan het moderne verkeer en de gevaarlijke sporten, waarbij eveneens welbewust en vaak niet-noodzakelijk de reële kans op niet-natuurlijke beëindiging van eigen of andermans leven voor lief wordt genomen en, naar geldende opvatting, mag worden genomen. Deze voorbeelden zijn bepaald niet gebaseerd op een tekort aan eerbied voor het menselijk leven, integendeel! Trouwens ook primitieve gebruiken als koppensnellen, scalperen, kannibalisme en het brengen van mensenoffers dragen onmiskenbaar de signatuur van respect voor het menselijk leven: men wilde zich immers de waarde van andermans leven toeëigenen of de goden ten eigen nutte mild stemmen.

De vraag is dan ook niet, *of* beëindiging van het menselijk leven is geoorloofd, maar *wanneer* dit wel of niet het geval is, waarbij de zin die aan ei-

gen of andermans leven in onderlinge correlatie wordt toegekend het beslissend criterium schijnt te zijn: ik denk vanuit het verlangen het eigen leven te kunnen leiden (de opgelegde/aanvaarde taak te kunnen vervullen), aan de inbreuk die een ander daarop dreigt te maken (oorlog) en de risico's die men door te leven wil/moet nemen (verkeer).

Belangwekkend is, dat in de taalkundige benoemingen van het doden — dit woord zelf is al overbelast — veelal een zedelijk (afkeurend) waardeoordeel begrepen is: *doodslag* en *moord* zijn notoire strafbare feiten, *rechtsdelicten*, immers strafwaardig ook zonder strafbaarstelling; *euthanasie* had aanvankelijk en ook taalkundig een gunstige klank: men sterft een goede, milde dood, hetgeen betrekking heeft op het *stervensproces*, het doodgaan; later, na godsdienstige en zedelijke afkeuring van het *ingrijpen* in het stervensproces, een ongunstige, speciaal na de uitvoering van het nationaal-socialistische euthanasie-programma; *zelfmoord* haakt taalkundig aan bij moord, hetgeen reeds een veroordeling inhoudt, hoewel overigens de in het Oude Testament verhaalde gevallen van zelfmoord neutraal, zedelijk niet gekwalificeerd, worden weergegeven. De terminologie in geval van oorlog is niet anders: dezelfde mens sterft de heldendood in de ogen van de een, en wordt als terrorist of vijand vernietigd in de ogen van de ander!

Ik sprak reeds terloops over de zin als criterium voor te beschermen leven; dat was enigszins voorvoorbarig. Beter lijkt het, alvorens daarop dieper in te gaan, vanuit de geldende doodscriteria, eerst tot een omschrijving van menselijk leven te komen. Het menselijk leven als zodanig, dat wil zeggen buiten de materie, bestaat niet. Ook is het leven geen toevoeging aan de materie, zoals in een der schepingsverhalen staat vermeld: „toen formeerde de Here God de mens van stof uit de aardbodem en blies de levensadem in zijn neus; aldus werd de mens tot een levend wezen” (Gen. 2:7). Leven is — biologisch — niet meer dan op zekere wijze functioneren van de materie, en het lijkt dan ook niet zinvol aan het leven metafysische beschouwingen te wijden.

Tussen het volledig, optimaal functioneren en het in het geheel niet functioneren ligt het uitgebreide terrein van het slechts ten dele functioneren, waarin min of meer arbitrair bij een zekere mate van functieverlies de grens tussen leven en dood wordt gevonden, beter: gekozen, wellicht mede op opportunistische gronden, ontleend aan de behoeften van orgaantransplantateurs. Deze op zich reeds uiterst lastige keuze wordt bovendien nog bemoeilijkt door de onzekerheid, of het waargenomen functieverlies blijvend zal zijn en niet uit zichzelf zal terugkeren of middels reanimatie of orgaantransplantatie zal kunnen worden teruggewonnen. De onvolkomenheid van de diagnostiek van de irreversibiliteit van het functieverlies weegt voor sommige kritische neurologen zo zwaar, dat Verjaal ergens heeft geschreven: „De dokter, die zich niet wil verliezen in schijnwetenschap, zal van de honderd vragen, die hem gesteld

worden, 99 maal moeten antwoorden: ik weet het niet". Niettemin zal een keuze, hoe moeilijk en arbitrair ook, *moeten* worden gemaakt!

Naar klassieke opvatting werd (blijvende) hart- of ademhalingsstilstand als symptoom van de dood beschouwd; op zich min of meer juist, omdat daardoor de afsterving van alle organen na enige tijd — de grote hersenen in 4 tot 6 minuten, het hart in circa 1 uur — wordt veroorzaakt, hetgeen *algeheel* functieverlies betekent. Naar moderner inzicht wordt algeheel functieverlies van de hersenen (klinisch) — decerebratie, hersendood — als criterium gesteld, waarbij dan de overige organen nog „normaal” doch niet meer geïntegreerd kunnen functioneren, zodat dan in elk geval de psychosomatische totaliteit, die in geïntegreerde vorm de mens vormt, totaal is verbroken. Het wil mij voorkomen, dat geen van beide doodscriteria bruikbaar is als criterium voor te beschermen menselijk leven. In beide gevallen was immers beslissend het functieverlies van het leven als zodanig en bleef buiten aanmerking het aspect van het menselijk leven, het (kunnen) leven *als mens*.

Zeker is, dat de gedecerebreerde niet meer als mens kan functioneren. De resterende functies laten geen enkele communicatie met de omgeving meer toe, in geen van beide richtingen, en het voortbestaan — voortvegeteren — van de restanten is enkel en hoogstens mogelijk op kunstmatige wijze. Maar aldus onderscheidt de gedecerebreerde zich niet (relevant) van de niet-gedecerebreerde. Anders gezegd: het lijkt mij niet voor serieuze betwisting vatbaar, dat mensen, zonder *algeheel gedecerebreerd* te zijn, toch geestelijk en/of lichamelijk zo gehandicapt kunnen zijn dat zij als mens niet meer kunnen functioneren/meeleven.

Wat is daaronder te verstaan: als mens functioneren? Het antwoord daarop lijkt mij langs twee wegen te vinden, en wel in vergelijking met dierlijk leven en in communicatie met de medemens. „De mens heeft bewustzijn, dat zich ontwikkeld heeft tot zelfbewust zijn, hij ervaart zich als een opgave; hij kan zichzelf ontwerpen. Hij wordt niet alleen voortgedreven door de geschiedenis, maar maakt ook geschiedenis. Hij vormt niet alleen een deel van de natuur, maar zet door zijn „cultureel” zijn, ook de natuur naar zijn hand” (De Froe c.s.: „Evolutie”). Men kan ook zeggen, dat met het ontwaken van dit zelfbewustzijn, de evolutie van dier naar mens zich heeft voltrokken. De Lange ziet als wezenskenmerk van menselijk leven de mogelijkheid tot het vormen van gedachten, dat is het bewust interpreteren van zintuigelijke waarnemingen, Schreuder de contactmogelijkheid met de buitenwereld en een Bejaardenzorgcommissie de potentie tot denken. Prick beperkt de taak van de arts tot instandhouding van *zinvol* leven, waaronder wel zal moeten worden verstaan de mogelijkheid om zin aan het leven te geven. Sporken acht het menselijk leven geëindigd, indien elke mogelijkheid van zelfrealisatie als mens in de lichamelijke en sociale bestaanssituatie ontbreekt, en Schillebeeckx stelt als beslissende vraag of de bio-

logische condities voor potentiële menselijkheid zijn vervallen, evenals de deelhebbing aan het constitutioneel wezen van de menselijke persoon: dat is de mogelijkheid tot vrijheid.

Het schijnt mij toe, dat zodra de mens definitief in de onmogelijkheid is komen te verkeren als mens in wederkerige reële sociale communicatie met anderen te leven, het resterende, enkel originair menselijk leven, geen aanspraak op bescherming meer kan maken en daaraan ook geen behoefte meer heeft. Dit menselijk substraat of preparaat heeft dan recht geheel (en aanstonds) te sterven, al was het enkel om verdere aftakeling en ontluistering — dat is ook een aspect van eerbied voor het menselijk leven! — te voorkomen. Hierbij is geen reden onderscheid te maken tussen hen die een lang leven achter de rug hebben — bijvoorbeeld demente bejaarden —, degenen die door plotseling onheil zijn getroffen — bijvoorbeeld in ernstige mate gedecerebreerde verkeersslachtoffers —, en het verwekte leven dat in zich niet draagt de potentie tot zinvol menselijk leven — bijvoorbeeld de Softenonbaby's —: wellicht zal in het laatste geval zelfs eerder tot levensbeëindiging mogen worden besloten, omdat het nauwelijks menselijk lijkt ernstig onvolwaardigen, die geen faire kans zullen (kunnen) krijgen, tot voortleven te verdoemen.

**

Bij deze algemene stelling wil ik aanstonds drie kanttekeningen maken:

1. Uiteraard ben ik mij ervan bewust, dat mijn criterium voor te beschermen menselijk leven niet alleen *arbitrair* is — dat is trouwens algehele decerebratie ook —, maar ook *elastisch* zal moeten zijn: de keuze wordt immers bepaald in een bepaald cultuurpatroon en in een bepaalde cultuurfase. Zo zal verdere voortschrijding van de vergrijzing van de maatschappij mee kunnen brengen, dat de beschikbare middelen ontoereikend zijn. In dit verband lijkt het nuttig tenminste de vraag te stellen, of het rijke Westen zijn financiële en medische potentie niet beter in ruimere mate ter beschikking dient te stellen van arme landen, teneinde tot een evenrediger verdeling te komen; gaat het wel aan hier kosten te maken, die elders meer baat zullen brengen? Zo zal ook voortschrijding van de wetenschap nopens het ontstaan/maken van leven en de (onbeperkte) verlenging van de levensduur buiten ongeval onherroepelijk medebrengen dwingende regulering van de voortplanting en beëindiging van het menselijk leven, ook wanneer dit niet defect is.

2. Er is wel gesteld, of gesuggereerd, dat de zin van het menselijk leven ook kan zijn gelegen in een appel op onbaatzuchtige liefde: in feite verpleging van maximaal hulpbehoevenden (zonder dat alle communicatie is uitgesloten?). Ik acht dit onjuist, zodra de aldus verpleegde geen subject (medemens) maar object van verpleging is geworden. Een andere zaak is, of het verlies van aanspraak op be-

scherming (verzorging, medische behandeling) mee moet brengen dat deze bescherming niet meer zou *mogen* worden gegeven; die consequentie lijkt mij in beginsel onjuist. Mag men zonder meer kinderen het recht ontzeggen hun demente ouders te verzorgen of ouders hun Softenonbaby's? Toch is hier misschien wel een verwijzing naar het Griekse pessimisme op zijn plaats, dat 'het het beste voor een ieder oordeelde nooit te worden geboren, maar nog beter, als het toch zover was gekomen, zo snel mogelijk terug te keren naar daar waar men vandaan kwam.

3. Vrees voor de mogelijke consequenties — waar gaan we heen?! — mag mijns inziens geen grond zijn een behoudend standpunt te blijven innemen. Chesterton heeft deze vrees reeds onder woorden gebracht, door te stellen dat de voorstanders van de euthanasie *nu* alleen de dood nastreven van hen die zichzelf tot last zijn, maar dat zij toch wel snel hun actie zullen uitbreiden tot hen die anderen tot last zijn. Deze vrees berust op de onbewezen stelling, dat de veronderstelde gevolgen afkeurenswaardig en onvermijdelijk zijn.

*
**

Met het ontstaan van de mens en het ontwaken van zijn zelfbewustzijn werd hem de verantwoordelijkheid voor het evolutieproces opgelegd. Aanvankelijk was de mens zich daarvan niet bewust en gaf de religie hem het vertrouwen, dat er een God „daarboven” of „daarbuiten” is, die de wereld bestuurt en bepaalde voorvallen bewerkstelligt of toelaat. Geleidelijk en langs verschillende wegen is de mens tot het inzicht gekomen, dat hij zelf is belast met het beheersen van de gehele natuur en dat hem de volle verantwoordelijkheid treft voor elke beslissing, of deze nu resulteert in een doen of een nalaten, gelijk ook hij zelf de gevolgen daarvan draagt. De mens is zich bewust geworden van zijn taak, hij staat niet meer onder voogdij: hij is mondig.

Voor de theoloog Bonhoeffer betekende mondigheid een leven zonder hemelse curator, waarbij de mens zelf denkt, zelf beslist en zelf verantwoordelijk is, al mag men deze mondigheid meer zien als „een last, die ons door de ontwikkeling van onze cultuur is opgelegd, dan als een verworvenheid die ons de vrijheid geeft hoogmoedig op het verleden neer te zien”. Wij zijn „condamnés à être libres sans retour” (Sartre) en Dostojewski schrijft in „De groot-inquisiteur”: „want nooit is er iets voor de mens en de maatschappij onverdraaglijker geweest dan de vrijheid!”.

Het is merkwaardig, dat deze verantwoordelijkheid buiten het terrein van het menselijk leven zo gemakkelijk wordt aanvaard en daarbinnen zo moeilijk en inconsequent:

a. wat betreft het ontstaan van menselijk leven is de vrijwillige geboorteregeling bijkans gemeengoed, terwijl de daaraan ten grondslag liggende beslissingen veelal van materialistische aard zijn, zo niet de

beslissing aan het toeval wordt overgelaten! Weliswaar wordt in *Humanae Vitae* gesteld, in aansluiting op het minderheidsrapport-Ottaviani, als onveranderlijke — kennelijk onverbeterlijke?! — leer van de kerk „dat iedere huwelijksdaad uit zichzelf gericht moet blijven op het doorgeven van menselijk leven”, om elders — terecht! — blijkt te geven van het inzicht dat deze leer „velen ongetwijfeld moeilijk, zo niet onmogelijk zal voorkomen”, doch ook in *Humanae Vitae* wordt de natuurlijke geboorteregulatie niet verboden;

b. voorts is gedurende het leven de gehele geneeskunde een voortdurend ingrijpen in de natuur, en worden wij ons langzamerhand bewust van onze verantwoordelijkheid het leefklimaat leefbaar te laten zijn;

c. maar ten aanzien van het streven zou in de natuurlijke gang van zaken niet mogen worden ingegrepen: hoogstens door middel van nalaten, alsof nalaten een zedelijk excuus zou zijn waar ingrijpen door handelen mogelijk is!

De inconsequente houding ten aanzien van het sterven komt ook tot uitdrukking aan het sterfbed, waar mijns inziens ten onrechte onderscheid wordt gemaakt tussen het geven van een levensverkortende behandeling (actieve euthanasie) en het nalaten van een levensverlengende behandeling (passieve euthanasie). Geoorloofd wordt dan bijvoorbeeld geacht, een levensbehoudende behandeling te staken in geval van „ongeneeslijk coma” — waarvan de dood het gevolg zal zijn — en ongeoorloofd het geven van een levensverkortende behandeling — een dodende injectie — waarvan de dood eveneens doch sneller het gevolg zal zijn. Dit onderscheid acht ik onjuist, onwaarachtig en een miskennis van de monopoliepositie van de arts. *Onjuist*, omdat naar mijn mening geen onderscheid behoort te worden gemaakt tussen handelen en nalaten, waar ingrijpen door handelen mogelijk is en mitsdien als een zedelijke taak moet worden gezien. *Onwaarachtig*, omdat feitelijk het onderscheid tussen doen en nalaten vaak enkel een kwestie van formulering is — de beademingsapparatuur wordt buiten werking gesteld, de beademing wordt nagelaten! *Een miskennis* van de monopoliepositie van de arts, omdat deze bij uitsluiting over de medische kennis en middelen beschikt, hem door de gemeenschap aangeleerd en toevertrouwd, zodat feitelijk enkel hij in staat is te doen of na te laten, waaraan de hulpbehoevende — dat is degene, die zijn hulp heeft — behoefte heeft.

De facto beschikt de patiënt zelf slechts over de mogelijkheid medische behandeling te weigeren, indien hij tenminste zijn wil daartoe nog voldoende krachtig kan verklaren. Zou het dan ook niet waardiger zijn, ook de verantwoordelijkheid voor het sterven *geheel* te aanvaarden, en een ieder het recht toe te kennen zelf de balans van zijn leven op te maken en daaruit de conclusies te trekken die

hem dienstig voorkomen; zelf de beslissing te nemen ten aanzien van de voortzetting of beëindiging van het eigen leven naar vrije subjectieve keuze, afhankelijk van het gekozen minimum leefniveau, waartoe onder andere beslissend kunnen zijn lichamelijke, geestelijke, sociale en politieke omstandigheden (ook politieke: denk aan de Nederlandse Joden in de meidagen van 1940); en in elk geval niemand een langer leven, direct of indirect, op te dringen (op te leggen) dan de betrokkene zelf wenst? Epictetus heeft dit fraai onder woorden gebracht: „Als de kamer rokerig is, maar niet te erg, zal ik blijven; als er te veel rook is, zal ik gaan. Onthoud dit, knoop dit goed in je oren, de deur staat altijd open.”

Het schijnt mij toe, dat de vrees de verantwoordelijkheid voor de dood te aanvaarden kan worden overwonnen door de factoren waarop zij berust zichtbaar te maken. Het ware nuttig, zich daarbij vooraf goed te realiseren dat de dood biologisch een wezenlijke functie in het menselijk bestel vervult. De levensprocessen zelf en de opeenvolging daarvan, het afsterven van de materie en het verwakken van „nieuw” leven zijn inherent aan het leven, wij kunnen zelfs het leven niet definiëren zonder de dood! Positief gezien is sterven dan ook plaatsmaken voor anderen. Kunnen wij ons trouwens eigenlijk wel voorstellen wat het leven zonder de dood — oneindig leven — zou inhouden? Jan Wolkers heeft eens gezegd (U neme zijn terminologie voor lief): „waarschijnlijk zou dat stontvervelend zijn!” Ik voor mij kan mij geen feitelijk gebeuren voorstellen, dat voortdurend, zonder einde, aangenaam zou zijn. Karl Barth heeft erop gewezen, dat juist in het beperkt zijn van het leven het waardevolle daarvan gelegen is; in de economie is het niet anders. Zouden wij bovendien anders niet uitstellen tot morgen, wat wij vandaag kunnen doen?!

*
**

Een belangrijke bijdrage tot de ontmythologisering van de dood kan worden geleverd door de theologie, die de eschatologie — dat is de futurologie van de theologie — uittilt boven de egoïstische zorg voor het individuele voortbestaan na de dood en die het geloof in een (lichamelijke) opstanding na de dood ontdoet van zijn mythologische elementen: „Een heilig man”, aldus Fontinell, „kwam eens een engel tegen, met in de ene hand een fakkel en in de andere een emmer water. Waar gaat U met dit

vuur naar toe, vroeg de heiligman, en met dit water? De toorts dient om de paleizen van de hemel in as te leggen, en het water om de vlammen van de hel te blussen, en dan zullen wij eens zien wie er echt van God houdt.”

Mijn opvatting brengt mee een herziening van de taak van de medicus, die, naar bestaande voorschriften van medische ethiek, uitsluitend pleegt te worden gezien als gericht op het behoud van het leven — veelal, hoe dan ook! — waarbij de eed van Hippocrates in hoog aanzien staat: „de geneeskundige behandeling zal ik aanwenden ten nutte der zieken naar mijn vermogen en oordeel; van hen houden wat ten verderve of tot letsel kan zijn. Ik zal aan niemand, ook niet op zijn verzoek, enig dodelijk geneesmiddel toedienen, nog mij lenen tot enig advies van dien aard.” Op het voetspoor van de leer der trias politica zie ik de taak van de medicus als een (adviserende en een) uitvoerende. Hem is het monopolie van de verlening van medische hulp toevertrouwd door de gemeenschap, die dan ook, vanuit haar opvattingen, de medicus moet voorschrijven hoe hij — niet vrijwillig, doch verplicht — heeft te handelen op de grens van leven en dood en bij de bescherming van het menselijk leven. Niet de individuele medicus heeft hier te beslissen, noch ook de medici als groep naar de in deze groep heersende opvattingen, doch de betrokkene zelf, met inachtneming van de door de gemeenschap te geven regels.

Verschil van inzicht tussen de medicus en de betrokkene zal niet door een van beiden — met name niet, zoals thans, door een veto van de medicus — doch door een onpartijdige derde — ik denk aan de kantonrechter, doch zijn keuze ligt bepaald niet voor de hand — moeten worden beslecht. In mijn opvatting betekent dit tweeërlei:

a. vóór het moment waarop het leven bescherming verdient, dient de hulp van de medicus gericht te zijn op levensbehoud, en na dit moment — desgewenst — op positieve stervensbegeleiding;

b. in een vroeger stadium heeft de medicus ook de plicht tot stervenshulp, indien de betrokkene welbewust zelf uitdrukkelijk verklaart dit te willen.

Het lijkt prematuur reeds nu over de doodstaboe een in memoriam uit te spreken. Ik kon enkel een prelude daarvoor geven in de overtuiging, dat de mondige sterveling daarheen op weg is. Derhalve, er staat geschreven: „Gij zult niet doden”; ik meen, dat aan de keerzijde van deze medaille behoort te staan: „en evenmin zult Gij het leven opdringerig verlengen”.

Congres Union Mondiale des Ecrivains Médecins

Dr. J. Th. Giesen schrijft ons:

Te Athene werd van 15 t/m 18 juni j.l. een internationaal congres van het Wereldgenootschap van artsen-schrijvers gehouden, onder voorzitterschap van Prof. Pietro Berri en van collega M. Adam Barron, oprichter van dit genootschap. Als basisthema gold: „L'espace dans la littérature”. Een groot aantal voordrachten, veelal in de Franse taal, hoewel ook het Duits en het Grieks werden gebruikt, werden hierover gehouden door collega's van velerlei land-aard.

Onze Griekse college J. Moutafis stelde: Wie ben ik? Van waar ben ik gekomen? Waarom ben ik geboren? Waarom moet ik sterven? Wat is ruimte? Waarom neemt de heelal-ruimte en onze menselijke leefruimte voor ons mensen steeds toe? Wij gaan hiervan mogelijk iets verstaan als wij er ons van bewust worden dat onze ruimtebeleving gebonden is aan en toeneemt met onze evolutie, waarvan de door haar gevolgde weg ons tot kompas kan dienen.

Een en ander heb ik als volgt bij het congres te Athene naar voren gebracht. Er is iets in onze huidige wereld, dat op uitzonderlijke wijze de aandacht verdient. Onze menselijke generaties beginnen „evolutie-bewust” te worden, maar zijn dat nog niet voldoende om de vruchten van deze correctieve bewustwording te kunnen plukken. In de bewustwording onzer steeds groeiende evolutie ligt voor de mens de oplossing van vele vraagstukken van het mens zijn als zodanig. Onder evolutie verstaan wij de natuurlijke drang, die uit energie-quanten, atomen, moleculen, levende cellen, planten, dieren, mensen in primitieve vorm en steeds verder ontwikkelde mensen deed ontstaan. Wij mensen hebben ontstaan als zodanig dus aan de evolutie te danken en volgen zonder uitzondering, wetend of onwetend, de weg der evolutie. Deze voert naar steeds grotere complexiteit der materiële structuren en functies dier structuren, die in toenemende mate gebonden zijn aan toename van bewust bestaan en van bewustwording, op alle geestelijke facetten van de mens.

Teilhard de Chardin stelde, op basis van dit door hem onderkende gebeuren, zijn wet der complexité-conscience als evolutionaire maatstaf. Hierbij is de complexité niet alleen kwantitatief, maar ook voor alles kwalitatief-functioneel te zien, zowel in micro-, als in makrokosmos. Indien wij conscience of bewustwording, als functionele toename van energie interpreteren, geldt de wet der complexité-conscience niet alleen voor de zogenaamde levende wezens en in het bijzonder voor de mens, maar voor alle energetische en materiële categorieën in de gehele

kosmos. Alle mensen zijn dus steeds evoluerende mensen, met hen mede evolueren hun waarden, evolueert hun werkelijkheid en hun ruimtebeleving, waarvan iedere stabiliteit slechts op schijn berust.

De tegenwoordige wereld houdt hiermede niet of althans onvoldoende rekening, zij is nog steeds te statisch, te dogmatisch ingesteld en beoordeelt de mens naar een historisch beeld, hetgeen in feite zelfs onze hedendaagse moderne sociologie nog doet. De mens oriënteert zich nog te veel op het verleden, te weinig op het komende, als typisch kenmerk van zijn huidige gemiddeld evolutionair stadium.

Het evolueren van de menselijke waarden als symptoom van evolutie van „de mens zelf” is reeds historisch aan te tonen. Terwijl Socrates als basis voor de menselijke werkelijke waarden, het goede, de plichten, de rechtvaardigheid en de schoonheid centraal stelde, ging Plato verder en stelde dat de waarheid, het ware, de kern van de werkelijke waarden vormde. Hij beoordeelde de waarden meer rationeel en minder emotioneel. Kant stelde zijn waardebegrip wederom ruimer en zag waarden als directe doelstellingen van de menselijke geest, belichaamd in kunst, wetenschap en opmerkelijk ook nog steeds in plichts vervulling, waarin Socrates hem reeds was voorgegaan. Kant beoordeelde zijn waarden dus wederom meer rationeel; reeds werd door hem de wetenschap als zodanig als waarde genoemd.

Uit de houding van Kant kunnen wij opmaken dat in de plichts vervulling meer rationele waarde ligt dan velen heden ten dage willen of kunnen onderkennen. De ontwikkeling van het menselijke emotionele leven is het oudst, daarna kwam die der menselijke ratio. Dieren en prehistorische mensen hebben en hadden een relatief sterk ontwikkelde emotionaliteit en zijn en waren naar onze maatstaven slechts met een summier verstand begiftigd. Bij de evolutionaire groei aan de top der huidige mensengeneraties zien wij de ratio steeds duidelijker in capaciteit toenemen en de emotionele opwindning verminderen.

Wij kunnen het verloop van onze evolutie volgen langs de intensiteiten der verschillende belevingen van de mens, waarvan emotionaliteit, ratio en bewustwording de voornaamsten zijn. Aan de hand van gedragingen, uitingen en opvattingen kunnen wij het evolutionaire stadium van de mens bepalen, en richting kiezen voor de komende menselijke generaties. De weg der evolutie is ons komend menselijk kompas; op deze weg liggen onze enige criteria voor een werkelijke menselijke vooruitgang, die de mens zelf „nimmer” zal kunnen stellen.

Reorganisatie van de T.B.C.-bestrijding

Prof. Dr. J. W. Tesch schrijft ons:

Hierbij gaarne een kleine kanttekening bij het door een redactie overgenomen fragment uit het verslag over 1970 van de Algemene Rekenkamer, onder de titel „Naar reorganisatie van de tuberculosebestrijding”, gepubliceerd in No. 26 van 2 juli 1971, blz. 715-716. Het wekt volgens mij een totaal verkeerde indruk. Ieder, die ook maar enigszins op de hoogte is van de gezondheidszorg in Nederland, weet dat de vragen over het rendement van het tuberculose-bevolkingsonderzoek en het eventueel combineren met ander bevolkingsonderzoek reeds lang aan de orde zijn. Dit was, ook zonder verslag van de Algemene Rekenkamer, een probleem dat door het departement en alle betrokkenen ernstig werd onderzocht.

In het verslag van de Algemene Rekenkamer worden vervolgens beschouwingen gewijd aan uitwerking van het alternatief „Uitbreiding van de taken van de bestaande organisatie met bestrijding en preventie van andere ziekten”. Daarmee kan natuurlijk in beginsel worden ingestemd. De daarop volgende beschouwing over het „opsporen” van harten vaatziekten moet echter wel wat kritischer worden bekeken.

Het totale probleem van bevolkingsonderzoek „op andere ziekten” is veel gecompliceerder dan de onschuldige krantenlezer zou vermoeden. Uit alle ervaringen in het buitenland is wel gebleken, dat men aan de hand van een aantal manifestaties wel groepen kan identificeren, die een verhoogd risico hebben, maar dat het tot nu toe niet goed mogelijk is geweest dit verhoogde risico operationeel te maken voor de individuen.

De mogelijkheid van een bevolkingsonderzoek moet altijd getoetst worden aan drie voorwaarden, te weten:

1 de methode moet zo zijn, dat voldoende specificiteit bij de waargenomen verschijnselen bestaat;

2 aan de „positieven” moet een adequate behandelings-/begeleidingsprocedure kunnen worden aangeboden;

3 aangetoond dient te worden, dat door een bevolkingsonderzoek een meer effectieve bestrijding van de ziekte en beperking van de sterftekans door een bepaalde ziekte wordt bereikt.

Indien men deze toetsing toepast, blijkt dat in dit stadium het instellen van een bevolkingsonderzoek (screening) met betrekking tot chronische, niet-microbiële ziekten in de meeste gevallen nog niet met stelligheid kan worden aanbevolen (zie hierover ook: „Screening in medical care”, Oxford University Press 1968 en F.N. Sickenga: „Een poging tot begripsbepaling en bezinning” in T. Soc. Gen., 48, 1970, 87-92).

Het is mij niet bekend welke onderzoekingen in Breda zijn verricht, maar ik moet wel stellen, dat de

mogelijkheid tot het opsporen van 54000 „gevallen” per jaar, gezien in het licht van de „natuurlijke historie” van hart/ vaatziekten, voorlopig nog een wens zal blijven. Vanuit een college, dat met exacte cijfers werkt, komt de passage op pag. 716 die begint met „Daar het vrij aannemelijk is, dat het rendement aan opgespoorde hartziekten. . . aanmerkelijk zal teruglopen”, tot mij over als onbezonnen optimisme! Om nog maar niet te spreken van het onderzoek van het bloedsuikergehalte. Men heeft zich niet gerealiseerd, dat eenmalige screening op een eenvoudig kenmerk onvoldoende specificiteit heeft en zal leiden tot een uitgebreid en kostbaar na-onderzoek. Het is niet uitgesloten, dat dan in een later verslag van de Algemene Rekenkamer moet worden gesteld, dat het „rendement” gering is!

De taak van „Volksgezondheid en Milieuhygiëne”

Het door de kabinetsformateur Mr. B. W. Biesheuvel aan de Koningin uitgebrachte eindrapport betreffende zijn formatiewerkzaamheden is opgenomen in een geleidende brief van de kabinetsformateur aan de voorzitter der Tweede Kamer. Als bijlage is daaraan toegevoegd de tijdens de formatiepogingen door de voorzitters van de Tweede Kamerfracties van de K.V.P., V.V.D., A.R.P., C.H.U. en D.S'70, gemaakte afspraken waaruit wij hieronder de in die bijlage onder B vermelde afspraak overnemen:

B. De minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne wordt belast met alle aangelegenheden, behorende tot de taak van:

1. het directoraat-generaal van de volksgezondheid van het Departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Hieronder zijn begrepen:

- a. de uitvoering van de Wet op de Luchtverontreiniging;
- b. de verdere voorbereiding en uitvoering van de Wet op de Bodemverontreiniging;
- c. het voorbereiden van wettelijke maatregelen tegen geluids- en trillingshinder;
- d. de primaire verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Hinderwet en voorhands van de Vleeskeuringswet en de Drank- en Horecawet;
- e. de verantwoordelijkheid voor de inhoud van het verstrekkingenpakket, zoals voorzien in de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De primaire verantwoordelijkheid voor de financiële aspecten van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, blijft berusten bij de minister van Sociale Zaken;

2. de hoofdafdeling Internationale Volksgezondheidsaangelegenheden van het Directoraat-Generaal voor Internationale Zaken van het Departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid;

3. het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid.

Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (XV)

Een brief van Jacobus Moleschott aan Carel Eduard Daniëls

Het adres van de brief uit Rome luidt:

Den WelEdelen Zeer Geleerden Heer Medae
Doctor C. E. Daniëls Bibliothecaris en Secretaris der
Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der
Geneeskunst.

Amsterdam

adres te vernemen bij den Heer F. van Rossen,
Heerengracht 281

In dit adres is een fout, Daniëls was wel Bibliothe-
caris en lid van het Hoofdbestuur zoals dat vroeger
gebruikelijk was — Kleiweg de Zwaan, die van 1919
tot 1922 de boekerij beheerde, was de laatste biblio-
thecaris die zitting had in het Hoofdbestuur — doch
geen secretaris van de Maatschappij.

En in de tekst van de brief leest men:

Waarde en Zeer Geachte Ambtgenoot,

Eenige weken geleden heb ik Uwe mededeelingen
over Haarlem's staalwater met grote belangstelling
ontvangen. Indien de praktijk haar zegel hecht aan
hetgeen de samenstelling van dit water belooft, dan
is hier in 't binnenland van Nederland eene bron ge-
opend, die niet alleen de meest verschillende geval-
len van bloedarmoede, maar ook tuberculeuze aan-
doeningen voorspoedig te behandelen.

Ik wensch van harte dat de ervaring deze voor-
spelling nog moge overtreffen.

Voor Uwe bibliotheek zou ik u gaarne weer eens
eene kleinigheid zenden, indien ik maar uw juist
adres wist. Zoudt gij niet zoo goed willen zijn het
mij eens op te geven?

Met vriendschappelijke hoogachting steeds

Uw. Dw.

Jac. Moleschott

Rome, 7 mei 1893

Deze brief gaat over het Haarlem's staalwater uit
de Wilhelminabron, een keukenzouthoudende staal-
bron. In de Haarlemmermeer op het terrein van de
boerderij d' IJzerinck waren een paar minerale bron-
nen ontdekt. De exploitatie is nu echter reeds lang
gestaakt. Daniëls schreef hierover „De Wilhelmina-
bron, keukenzouthoudende staalbron te Haarlem.
Haarlem 1892”, uitgegeven door de Mij. tot Exploita-
tie van Staalwaterbronnen te Haarlem. In 1893 ver-
scheen een Engelse uitgave en in 1894 een Duitse
en een Franse. Al deze uitgaven zijn aanwezig in de
bibliotheek van de Maatschappij. Moleschott schrijft
dat hij gaarne een bijdrage zal zenden voor de
bibliotheek van de Maatschappij. Dit wilde ook Ali
Cohen, zoals ik in een mijner vorige „Brieven”
schreef. Gelukkig zijn er tegenwoordig ieder jaar
nog velen, die onze Bibliotheek bedenken.

De brief van Moleschott en andere brieven uit het
einde van de 19e eeuw en daarna hebben niet meer

het deftige en dikwijls wijdlopie karakter van voor
die tijd.

Jacobus Moleschott is 9 augustus 1822 in 's Her-
togenbosch geboren en 20 mei 1893 in Rome over-
leden. Hij studeerde geneeskunde in Heidelberg,
waar hij in 1845 promoveerde. Daarna praktizeerde
hij in Utrecht, waar hij tegelijkertijd werkte in het
laboratorium van Gerrit Jan Mulder. Van 1847 tot
1854 was hij privatdocent in de fysiologische che-
mie in Heidelberg, in 1856 werd hij hoogleraar voor
fysiologie in Zürich, in 1861 evenzo in Turijn en in
1879 in Rome. In 1866 werd hij Italiaans staatsbur-
ger, hij bewoog zich ook op politiek gebied, in 1876
werd hij senator. Moleschott heeft veel geschreven,
vooral op het gebied van de stofwisseling.

Carel Eduard Daniëls is 4 juni 1839 in Hillegom
geboren. Hij studeerde in Leiden en promoveerde in
juni 1862 in de medicijnen en in oktober van hetzelf-
de jaar in de chirurgie en verloskunde. Daniëls was
van 1883 tot 1919 bibliothecaris van de Maatschap-
pij en had als zodanig grote verdiensten; in 1913
werd hij erelid van de Maatschappij. Hij was oprich-
ter van het Geschiedkundig Medisch Pharmaceu-
tisch Museum te Amsterdam en medeoprichter van
„Janus, archives internationales pour l'histoire de la
médecine et pour la géographie médicale”. In 1919,
bij het neerleggen van het bibliothecarisschap, ver-
huisde Daniëls van Amsterdam naar 's-Gravenhage,
waar hij 25 januari 1921 overleed. C. P. Burger
schreef een In Memoriam: C. E. Daniëls als biblio-
thecaris ('s-Gravenhage 1921).

Dr. J. A. van Dongen

Uit Medisch Contact anno 1946

*Naar aanleiding van vele verzoeken om ver-
gunningen voor vulpenhouders, hebben wij ons
in verbinding gesteld met „Parker Service” te
Amsterdam. Deze firma heeft ons medegedeeld,
dat deze vergunningen niet konden worden ver-
strekt, omdat vulpenhouders, hoewel dan zeer
beperkt, toch vrij in de handel verkrijgbaar zijn.
„Parker Service” heeft echter toegezegd, dat zij
aan haar afnemers zal verzoeken bij aflevering
van vulpenhouders artsen te doen voorgaan.*

*Ten aanzien van de categorieën van in dienst
te roepen artsen zij het volgende opgemerkt.
Voor dienstneming in het Leger zijn — behou-
dens oudere artsen voor vele speciale functies
— aangewezen alle dienstplichtige artsen, die
na Mei 1940 zijn afgestudeerd. Van deze cate-
gorie zijn velen afgevallen, doordat zij resp.
werden afgekeurd of ongeschikt werden bevon-
den om als officier op te treden op grond van
politieke onbetrouwbaarheid of uit andere hoof-
de, terwijl velen onmisbaar werden verklaard.
Hierdoor is men genoodzaakt geworden ook
artsen, die vóór Mei 1940 waren afgestudeerd,
te mobiliseeren, mits zij misbaar waren.*

BESCHRIJVINGSBRIEF

Voor de 158ste Algemene Vergadering van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, te houden op zaterdag 30 oktober 1971, aanvang 13.30 uur precies in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum, De Croeselaan, Utrecht. (telefoon 030-914914).

Amendementen op de verschillende punten van deze beschrijvingsbrief moeten, om voor publikatie door het hoofdbestuur in aanmerking te komen, vóór 30 september a.s. bij het hoofdbestuur worden ingediend.

- I Opening
- II Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter algemene vergadering
- III Inleiding van de voorzitter
- IV Verkiezingen
- V Behandeling van het jaarverslag der Maatschappij over 1970
- VI Behandeling van de jaarverslagen over 1970 van de Raad van Beroep, Medisch Contact, Bureau voor waarneming en vestiging, Commissie voor de geldmiddelen, Stichting het ondersteuningsfonds en commissie steunregeling oorlogsslachtoffers
- VII Financiële stukken van Medisch Contact: Stichting ondersteuningsfonds en Maatschappij
- VIII Voorstel tot wijziging van de artikelen van het H.R. welke betrekking hebben op
 - a de procedure van verkiezing van afgevaardigden en plaatsvervangend afgevaardigden ter Algemene Vergadering en van de leden der districtsraden;
 - b de contributie;
 - c Medisch Contact.
- IX Bespreking nota inzake structuur Ziekteverzorgingsverzekering
- X Mededelingen van het hoofdbestuur
- XI Rondvraag
- XII Sluiting.

*
**

Ad IV Verkiezingen

- 1. Benoeming van een stembureau.
- 2. Verkiezingen.
 - a. Van drie leden van het hoofdbestuur.
Op 31 december 1971 treden af 1. Dr. J. Hage, specialist, Tilburg, 2. Dr. F. H. J. Kortenhorst, huisarts, Delft, en 3. Prof. Dr. Th. Vossenaar, hoogleraar, Utrecht, die *niet herkiesbaar zijn*.
De verkiezingen geschieden voor elke vacature afzonderlijk. Degenen die worden gekozen in de vacature 1 en in de vacature 2, welke zullen ontstaan door periodieke aftreding op 31 de-

cember 1971, treden in functie op 1 januari 1972 en hebben zitting tot en met 31 december 1977. Degene die wordt gekozen in de vacature 3, welke ontstaat door een tussentijdse aftreding op 31 december 1971, treedt eveneens in functie op 1 januari 1972 en heeft zitting tot en met 31 december 1973. A. J. Zwartendijk wil alleen voor verkiezing in vacature 3 in aanmerking worden genomen.

De volgende kandidaten (in alfabetische volgorde) zijn gesteld:

- 1. C. F. A. Heijen, Tilburg, specialist
- 2. Mevr. M. C. J. van Reekum-van Waasbergen, Delft, studentenarts
- 3. A. J. Zwartendijk, Alphen a/d Rijn, huisarts
- b. Van een lid van de Raad van Beroep.
Op 31 december 1971 treedt af F. H. Veldhuyzen van Zanten te Gouda, die *herkiesbaar is*.
Het hoofdbestuur heeft, na overleg met de Raad van Beroep, de volgende voordracht opge maakt:
 - 1. F. H. Veldhuyzen van Zanten, Gouda
 - 2. Dr. R. B. Spanjaard, Amsterdam.
- c. Van een lid van de Commissie voor de Geldmiddelen.
Op 31 december 1971 treedt af A. J. Denekamp, Zwolle, die *niet herkiesbaar is*.
Het hoofdbestuur heeft, na overleg met de Commissie, de volgende voordracht opgemaakt:
 - 1. G. C. M. van Maarsseveen, Venlo
 - 2. H. van Beek, Zaandam.
- d. Van een lid van het bestuur van de Stichting het Ondersteuningsfonds.
Op 31 december 1971 treden af A. D. J. Berkhout, Wassenaar, en W. J. de Jager, Amstelveen, die *niet herkiesbaar zijn*.
Het hoofdbestuur heeft, na overleg met het bestuur van de Stichting, de volgende voordracht opgemaakt:
 - voor de vacature Berkhout:
 - 1. L. W. van Lammeren, Weert
 - 2. S. A. de Jong, Meppel
 - voor de vacature de Jager:
 - 1. Dr. H. Doeleman, Oegstgeest
 - 2. J. Lourens, Alkmaar.
- e. Van een lid van de Commissie van uitvoering voor de steunregeling aan oorlogsslachtoffers.

Op 31 december 1971 treedt af Dr. J. C. P. Eeftinck Schattenkerk, Amsterdam, die *herkiesbaar is*.

Het hoofdbestuur heeft, na overleg met de commissie, de volgende voordracht opgemaakt:

1. Dr. J. C. P. Eeftinck Schattenkerk, Amsterdam
2. Dr. A. van der Zwan, Zwoile.

Personalia kandidaten voor verkiezingen:

b.1. F. H. Veldhuyzen van Zanten, Gouda. Geboren 1971, internist, waarnemend geneesheer-directeur van het Van Iterson-ziekenhuis Gouda, voorzitter van de Raad van Beroep.

b.2. Dr. R. B. Spanjaard, Amsterdam. Geboren 1917, longarts, directeur consultatiebureau Amsterdamse Vereniging tot bestrijding van t.b.c., voorzitter van afdeling en district Amsterdam.

c.1. G. C. M. van Maarsseveen, Venlo. Geboren 1905, longarts, districtsarts-consultatiebureau t.b.c., oud-hoofdbestuurslid, was voorzitter der Maatschappij in 1969, erelid der Maatschappij.

c.2. H. van Beek, Zaandam. Geboren 1921, huisarts, afgevaardigde van district III.

d.1. (Vacature Berkhout) L. W. van Lammeren, Weert. Geboren 1915, huisarts.

d.2. S. A. de Jong, Meppel. Geboren 1911, bedrijfsarts werkplaats voor minder validen te Meppel en Hoogeveen, correspondent Ondersteuningsfonds en afdelings vertrouwensarts.

d.1. (Vacature De Jager) Dr. H. Doeleman, Oegstgeest. Geboren 1911, medisch adviseur G.A.K., oud-hoofdbestuurslid, oud-ondervoorzitter der L.A.D.

d.2. J. Lourens, Alkmaar. Geboren 1908, huisarts.

e.1. Dr. J. C. P. Eeftinck Schattenkerk, Amsterdam. Geboren 1908, chirurg, adviseur G.A.K., adviserend lid S.R.C.

e.2. Dr. A. van der Zwan, Zwolle. Geboren 1907, neuro-chirurg vrije praktijk, oud-hoofdbestuurslid.

Ad V Jaarverslag 1970 der Maatschappij

Zie dit nummer van Medisch Contact.

Ad VI Jaarverslagen 1970

Behandeling van de jaarverslagen 1970 van

- a De Raad van Beroep
- b Het bestuur van Medisch Contact
- c De commissie voor het bureau voor waarneming en vestiging
- d De commissie voor de geldmiddelen
- e Het bestuur van de Stichting het ondersteuningsfonds
- f De commissie van uitvoering voor de steunreling aan oorlogsslachtoffers.

Zie voor deze jaarverslagen een der volgende nummers Medisch Contact.

Ad VII Financiële stukken

Behandeling van de — in een der volgende nummers van Medisch Contact te publiceren — financiële stukken, met het verslag van de commissie voor de geldmiddelen, van

Medisch Contact

1. De rekening en verantwoording van het geldelijk beheer over het jaar 1970.
 - a. Bespreking van de rekening en verantwoording.
 - b. Voorstel de rekening en verantwoording goed te keuren.
2. De begroting voor het jaar 1972.
 - a. Bespreking van de begroting
 - b. Voorstel de begroting goed te keuren.
3. Voorstel de penningmeester van Medisch Contact voor het geldelijk beheer over het jaar 1970 te dechargeren.

B. Stichting het Ondersteuningsfonds voor behoeftige geneeskundigen en voor behoeftige weduwen en wezen van geneeskundigen.

1. De balans per 31 december 1970
 - a. Bespreking van de balans
 - b. Voorstel de balans te aanvaarden.
2. De rekening over het jaar 1970
 - a. Bespreking van de rekening
 - b. Voorstel de rekening goed te keuren.
3. De begroting voor het jaar 1972.
 - a. Bespreking van de begroting
 - b. Voorstel de grondslag voor de maximale bijdrage voor het jaar 1972 te verhogen van f 50,— tot f 56,—
 - c. Voorstel de begroting goed te keuren.
4. Voorstel de penningmeester van de Stichting ondersteuningsfonds voor het geldelijk beheer over het jaar 1970 te dechargeren.

C. De Maatschappij.

1. De balans per 31 december 1970.
 - a. Bespreking van de balans
 - b. Voorstel de balans te aanvaarden.
2. De rekening en verantwoording van het geldelijk beheer over het jaar 1970
 - a. Bespreking van de rekening en verantwoording
 - b. Voorstel de rekening en verantwoording goed te keuren.
3. De begroting voor het jaar 1972
 - a. Bespreking van de begroting
 - b. Voorstel de contributie voor het jaar 1972 te verhogen van f 200,— tot f 256.—
 - c. Voorstel de begroting goed te keuren.

D. De gecombineerde balans der Maatschappij.

1. Bespreking van de gecombineerde balans per 31 december 1970
2. Voorstel de gecombineerde balans te aanvaarden.

E. Voorstel het verslag van de Commissie voor de geldmiddelen goed te keuren.

F. Voorstel de secretaris-generaal der Maatschappij voor het geldelijk beheer over het jaar 1970 te dechargeren.

Namens het hoofdbestuur:
J. Diepersloot, arts
secretaris-generaal

Jaarverslag 1970 van de Maatschappij

1. ALGEMENE AANGELEGENHEDEN

1.1. Maatschappelijke aangelegenheden

In 1970 kreeg het *contact met de pers* de bijzondere aandacht van het hoofdbestuur. Zo werd door de journalistiek adviseur van de Maatschappij een aantal richtlijnen opgesteld, welke in de eerste plaats bedoeld zijn om bestuursleden te helpen bij het bepalen van hun houding tegenover de publiciteitsmedia.

In verband met de door bepaalde perspublicaties ontstane onrust in het land werd in januari een *persconferentie gehouden over de bereikbaarheid van de arts*. Daarbij werd begrip gevraagd voor de bijzondere en moeilijke positie waarin de artsen bij de uitoefening van hun beroep verkeren. De vrees werd geuit dat een eventueel onjuiste of tendentieuze berichtgeving de patiënt-arts-relatie zou kunnen verstoren.

De in 1966 ingestelde *commissie bevolkingsvraagstuk*, die tot opdracht had de bestudering van de medische aspecten van de bevolkingsaanwas in ons land alsmede de advisering van het hoofdbestuur inzake de daaruit eventueel voor de Maatschappij voortvloeiende taken, bracht in maart 1970 haar rapport uit. Bij de behandeling door het hoofdbestuur werd besloten om, alvorens een definitief oordeel uit te spreken, het rapport aan de Afdelingsbesturen voor te leggen, vergezeld van een aantal gerichte vragen voor wat betreft de taak van de K.N.M.G. en de individuele arts op dit gebied. Eind 1970 was deze adviesaanvraag in een gevorderd stadium van voorbereiding.

Intensieve aandacht werd besteed aan het *abortusvraagstuk*. In afwachting van de realisering van het door de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid kenbaar gemaakte voornemen, een multidisciplinair samengestelde commissie in te stellen, die een nader advies aangaande een aantal vragen inzake het abortusvraagstuk zou moeten beantwoorden, had het dagelijks bestuur in zijn vergadering van september 1969 besloten om de uitwerking van procedureregels ten behoeve van de hulpverlening bij ongewenste zwangerschap op te dragen aan de sectie medische aangelegenheden en wel in overleg met terzake deskundige wetenschappelijke verenigingen. Dit leidde tot instelling door de sectie van een commissie waarin o.m. twee psychologen en drie gynaecologen waren opgenomen. Deze commissie heeft in de loop van 1970 haar advies uitgebracht. Daarin kwam als conclusie naar voren dat binnen Maatschappijverband activiteiten ten aanzien van het probleem der ongewenste zwangerschap moesten worden ontwikkeld. Zo zou aan de Afdelingen geadviseerd kunnen worden, te trachten te bevorderen dat op korte termijn goed gecoördineerde samenwerkingsvormen ontstaan ten behoeve van de hulpverlening bij ongewenste zwangerschap. Een dergelijk schrijven werd in september 1970 aan

de Afdelingsbesturen verzonden. Daarin werd verder gewezen op het probleem der falende anticonceptie en de noodzaak van goede voorlichting op dit gebied. Tevens werd verzocht, eind 1971 te rapporteren over de stand van zaken met betrekking tot de ontplooiende activiteiten.

Begin 1970 werd een multidisciplinair samengestelde commissie-abortusvraagstukken (commissie-Kloosterman) door de staatssecretaris van sociale zaken en volksgezondheid geïnstalleerd. Deze commissie kreeg tot taak te adviseren over de vraag of de terzake geldende bepalingen van het Wetboek van Strafrecht dienden te worden gewijzigd en zo ja, in welke zin. In de loop van 1970 werd aan de Maatschappij door de commissie-Kloosterman een desbetreffende vragenlijst voorgelegd. In het antwoord der Maatschappij werd o.m. gesteld dat geen verruiming van de bestaande mogelijkheden werd voorgestaan. Aangezien echter een aantal artsen zich door de huidige bepalingen in de Strafwet bij hun, tot een indicatiestelling leidende, overwegingen bedreigd voelt om in vrijheid te denken en te adviseren over een eventuele abortus provocatus, leek een wegnemen van de thans in de wet bestaande onduidelijkheid — met name over de strafbaarheid van de arts, die in dezen op goede gronden handelt — wel noodzakelijk.

Behalve in bovenstaand verband vroeg het abortusvraagstuk ook de aandacht in verband met een door de heren Lamberts en Roethof ingediende initiatiefwet voor een wettelijke regeling van de abortus provocatus.

Nadat in de hoofdbestuursvergadering van januari 1970 een aantal aanbevelingen van de *commissie-selectievraagstuk* was aanvaard heeft het secretariaat zich beraden over een nadere uitwerking c.q. bestudering. Voor directe tenuitvoerlegging leende zich de suggestie der commissie om de medische informatiekaart zodanig aan te passen dat de bereidheid, om na het overlijden organen beschikbaar te stellen, hierop kenbaar zou kunnen worden gemaakt.

Mede in verband met het vorengaande werd een *werkgroep-medische informatiekaart* ingesteld die karakter, vorm en inhoud van een nieuwe medische informatiekaart van de K.N.M.G. zal bezien. Deze werkzaamheden duurden eind 1970 nog voort.

Van de vele activiteiten der Maatschappij kunnen in dit kader nog worden genoemd:

— het overleg met het departement van defensie inzake de vraag of de minister van Defensie c.q. iedere militaire meerdere, een dienstplichtige, die de hem bij de wet gegeven bevoegdheid bezit de geneeskunst uit te oefenen, kan bevelen gebruik te maken van die bevoegdheid;

— de geneeskundige verzorging van politieke gevangenen in Griekenland. Het beraad hierover resulteerde in een motie aan de W.M.A.-vergadering te Oslo — welke werd aangenomen — inzake het recht op een adequate medische verzorging voor alle mensen en onder alle omstandigheden;

— het gesprek met de medische leden der tucht-

colleges inzake de problematiek van het werk in deze colleges;

— de brief aan alle leden met het verzoek het werk van de Stichting Artsen naar Ontwikkelingslanden (SANO) met een geldelijke bijdrage te steunen.

In het bijzonder moge tenslotte nog worden vermeld het overlijden in het verslagjaar van het erelid Dr. L. F. C. van Erp Taalman Kip, van de secretarispenningsmeester der Maatschappij Dr. H. J. W. Droogleever Fortuyn en van de notulist de heer L. van Moppes.

1.2. Financiën.

Per 1-1-1970 is het rapport-personeelsbeleid in werking getreden. Met name de daaraan verbonden verbetering van de pensioenvoorziening zal aanzienlijke financiële consequenties met zich meebrengen.

Daarnaast is een lastenverzwaring opgetreden doordat het Sociaal-Economisch Bureau — dat voorheen als een zelfstandig bureau ten behoeve van Maatschappij en Maatschappelijke Verenigingen fungeerde, en waarvan de kosten derhalve gezamenlijk werden gedragen — per 1-1-1969 is opgeheven. Aangezien de Maatschappelijke Verenigingen niet langer bereid zijn in de kosten bij te dragen is de financiering sedertdien geheel op de Maatschappij komen te rusten.

1.3. Gebouw.

Tengevolge van fouten, gemaakt bij het aanbrengen, heeft het glasmozaïek aan de gevel van het Maatschappijgebouw gedeeltelijk losgelaten. Dit was aanleiding tot een procedure tegen de verzekeringsmaatschappij, daar deze laatste weigerde de schade te vergoeden. Deze procedure was eind 1970 nog niet afgesloten.

1.4. Secretariaat.

In het verslagjaar werd van twee bureaufunctionarissen officieel afscheid genomen en wel op 21 maart van collega Dekker en op 26 september van collega De Jager. Na reeds in 1969 de 65-jarige leeftijd te hebben bereikt, doch op verzoek nog een jaar in dienst te zijn gebleven, verliet collega Dekker per 1 april de Maatschappij, waaraan hij vele jaren als secretarispenningsmeester zijn beste krachten had gewijd. Hij werd opgevolgd door ondergetekende, waarbij de functie-aanduiding werd gewijzigd in secretaris-generaal. In de hoofdbestuursvergadering van 4 juli 1970 werd afscheid genomen van collega W. J. de Jager, die wegens het bereiken der pensioengerechtigde leeftijd zijn functie als secretaris der Maatschappij neerlegde. Zijn vele verdiensten vonden o.m. erkenning door zijn benoeming tot officier in de Orde van Oranje Nassau. Collega De Jager werd bereid gevonden zijn functie van secretaris van het Centraal College en het College voor Sociale Geneeskunde te blijven uitoefenen.

Voor wat betreft de organisatie van het bureau besloot het hoofdbestuur in zijn vergadering van 6 juni 1970 tot instelling van een afdeling buitenland. Op de noodzaak hiervan was al geruime tijd gewe-

zen, o.a. met het oog op de consequenties van het totstandkomen van een vrije circulatie van artsen in E.E.G.-verband, alsmede ter ondersteuning van de leden der Nederlandse delegatie in het Permanente Comité der Artsen der E.E.G. Mr. H. A. Veenstra werd in principe bereid gevonden de functie van hoofd van deze afdeling op zich te nemen.

Verder werd na uitvoerige besprekingen o.m. met deskundigen van het bureau Kleinveld en Kraayenhof besloten over te gaan tot gebruikmaking van een computer ten behoeve van de ledenregistratie en de contributie-inning. Na de vele arbeid en de kosten, verbonden aan het opzetten der bestanden enz., mag worden verwacht dat deze omschakeling op den duur arbeidsbesparend en financieel aantrekkelijk zal zijn.

Daarnaast werd een aanvang gemaakt met de reorganisatie van het archief. Hierbij wordt overgeschakeld op het z.g. U.D.C.-systeem, waardoor het archief beter toegankelijk, meer overzichtelijk en hanteerbaar zal worden.

Bij de aanvaarding in december 1969 door het hoofdbestuur van het eind-rapport der commissie-personeelsbeleid werd tevens besloten tot instelling van een bestuurlijke gespreksgroep, met als taakopdracht de inhoud van het rapport met delegaties van het personeel te bespreken. Dit geschiedde aan de hand van door het personeel ingezonden vragen en opmerkingen. In de loop van het verslagjaar kon het geheel op bevredigende wijze worden afgehandeld, waarna de nieuwe regeling met terugwerkende kracht vanaf 1-1-1970 in werking is getreden.

Voor gegevens inzake de bezetting van het Maatschappijbureau, het ledenaantal en het aantal medische studenten moge verwezen worden naar bijlage I.

2. WERKZAAMHEDEN HOOFDBESTUUR

2.1. Algemene taken.

2.1.1. *Samenstelling en werkwijze.* (Voor de samenstelling van hoofdbestuur en dagelijks bestuur moge worden verwezen naar bijlage II.)

In 1966 werd besloten tot instelling van een drietal secties - te weten voor medische, sociaal-economische en algemene (en juridische) aangelegenheden. Doel hiervan was de werkwijze van het hoofdbestuur te bevorderen, doordat problemen in deze secties zouden worden voorbesproken en van een advies voorzien in het hoofdbestuur zouden worden gebracht, eventueel door de secties zouden worden afgedaan.

Reeds in het eerste jaar van hun bestaan bleken de secties door verschillende omstandigheden niet geheel bevredigend te functioneren. Nadat in 1969 het voortbestaan al ter discussie was gesteld — waarbij na ampele overwegingen werd besloten de proef voort te zetten — is ook in 1970 deze vraag actueel gebleven. Dit was aanleiding tot een onderzoek naar het functioneren der secties, welke studie eind 1970 nog niet was afgerond. De gedachten gaan uit naar opheffing der secties en vervanging door ad hoc commissies met daarnaast enkele per-

manente commissies voor specifieke problemen, waardoor de deskundige inbreng kan worden vergroot.

2.1.2. *Relatie met de periferie.*

Door de sectie algemene aangelegenheden werd in maart aan het hoofdbestuur een nota uitgebracht betreffende het vraagstuk der public relations, waarin grote aandacht werd besteed aan het contact met de periferie. Gebleken is dat zowel bij de plaatselijke besturen als de leden onvoldoende kennis bestaat omtrent de werkzaamheden van het hoofdbestuur. Met name de activiteiten liggend buiten de behartiging der materiële belangen der leden zijn zeer weinig bekend. Anderzijds is het hoofdbestuur onvoldoende op de hoogte van wat onder de leden leeft.

Teneinde tot een verbetering hierin te komen werd geadviseerd — welke advies door het hoofdbestuur werd overgenomen — tot inschakeling van een adviesbureau. De keuze viel daarbij op het bureau Hollander en van der Meij N.V., public-relations-adviseurs in Den Haag, welk bureau in oktober een rapport aan het hoofdbestuur heeft uitgebracht. Daarbij werd besloten het vraagstuk ter verdere uitwerking in handen van de sectie algemene aangelegenheden te stellen.

In het verslagjaar vond tweemaal een bijeenkomst plaats van het dagelijks bestuur met de voorzitters en secretarissen der districten. Ook daar vormde, naast vele andere onderwerpen, de interne communicatie een punt van bespreking, waarbij van de zijde der districten waardevolle suggesties werden gedaan. Gesteld kan worden dat dit contact tussen dagelijks bestuur en districten op bevredigende wijze functioneert.

2.1.3. *Ziekenfonds-aangelegenheden.*

In januari werd een rapport uitgebracht door de commissie-ziekenfondspraktijk academische ziekenhuizen. Hoewel de commissie tot de conclusie kwam, dat de gedragsregels inzake de uitoefening van ziekenfondspraktijk door hoogleraren of, algemener, door academische functionarissen herziening behoeften, heeft zij geen veranderingen voorgesteld. Want tijdens haar werkzaamheden was een nieuwe situatie ontstaan tengevolge van het besluit van minister Veringa, dat voor poliklinische verrichtingen in academische ziekenhuizen betaling zou worden verlangd. Tevens bracht het rapport-Smalenbroek nieuwe denkbeelden ter tafel. Pas als de situatie zich zal hebben uitgekristalliseerd, zou naar de mening der commissie het vraagstuk der gedragsregels opnieuw ter hand kunnen worden genomen.

In de ziekenfondssfeer bestond aanvankelijk het gevaar, dat meningsverschillen over de wijze, waarop de Regeling en Klapper zou dienen te functioneren, tot grote moeilijkheden zouden leiden, doch aan het eind van het verslagjaar heeft de Ziekenfondsraad zich op het standpunt gesteld, dat op deze materie de totstandkoming van overeenkomsten voor het jaar 1971 niet zou mogen afstuiten.

Door de Contactcommissie van Medewerkersorganisaties — het contactorgaan van de in de Ziekenfondsraad vertegenwoordigde medewerkersgroeperingen — werd op 21 april een schrijven gericht aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid inzake het toezicht op de honoreringsovereenkomsten. Daarin werden bezwaren tegen de huidige regeling — waarbij dit toezicht in eerste instantie berust bij de commissie-overeenkomsten van de Ziekenfondsraad — uiteengezet. Voorgesteld werd deze goedkeuring te vervangen door een repressief toezicht op de overeenkomsten, uit te oefenen door de minister en staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

In het verslagjaar maakte de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid bij het parlement een wetsontwerp aanhangig, krachtens hetwelk de loongrens van de verplichte ziekenfondsverzekering boven de normale verhoging een beperkte extra-verhoging zou ondergaan. In aansluiting op de bemoeienissen met deze materie in 1969 op het vlak der adviesorganen heeft de Maatschappij zich terzake tot de Tweede Kamer gewend. In dit adres werd naar voren gebracht, dat de noodzaak van een extra-verhoging niet was aangetoond en het onjuist is te achten, dat zulk een maatregel geïsoleerd tot stand zou worden gebracht op het moment, dat het gehele stelsel van ziektekostenverzekeringen bij de S.E.R. in studie is.

Sinds enige tijd beraadt een commissie uit de S.E.R. zich over het vraagstuk van de structuur der verzekeringen tegen de kosten voor geneeskundige verzorging. Daarbij is in deze commissie o.m. de invoering van een algemene volksverzekering ter sprake gekomen en in het kader daarvan werd aan de medewerkersgroeperingen een vragenlijst toegezonden inzake problemen, die daarbij voor hen zouden rijzen. De Maatschappij heeft daarop — na intensief beraad zowel intern als in de Contactcommissie van Medewerkersorganisaties — een voorwaardelijke reactie ingezonden. Daarbij is duidelijk gesteld dat dit niet een antwoord van de K.N.M.G. betrof, daar dit zonder raadpleging der leden niet kon worden gegeven. In deze reactie is overigens niet volstaan met een beantwoording van de gestelde vragen, doch werd tevens een alternatief aangegeven ter oplossing van de huidige moeilijkheden op het gebied der lastenverdeling.

2.1.4. *Buitenlandse aangelegenheden.*

In 1969 werden in Maatschappijverband de concept-richtlijnen inzake een vrije circulatie van artsen uitvoerig behandeld. Daarbij werd uitgesproken dat de Maatschappij grote positieve betekenis hecht aan de totstandkoming van deze vrije circulatie. In de richtlijnen werden vele denkbeelden verwerkt, welke de Maatschappij tezamen met de zusterorganisaties in de overige E.E.G.-landen heeft gepropageerd. Niettemin was men van oordeel dat de richtlijnen in de voorgelegde vorm nog op enkele punten voor verbetering vatbaar waren. Kort samengevat luiden deze punten:

1. Opneming van een aanpassingsperiode van zes maanden.

2. Opheffing van de in Duitsland geldende bepaling, dat na afstuderen de arts 18 maanden in de praktijk werkzaam moet zijn geweest alvorens ziekenfondspraktijk te mogen uitoefenen.

3. Opneming van de bepaling dat de emigrerende arts de in het ontvangende land gebruikelijke titel moet voeren.

4. Afvoering van de bedrijfsgeneeskunde van de lijst van specialismen.

5. Incorporatie in de richtlijnen van een medisch handvest.

6. Het scheppen van de mogelijkheid tot instelling van een specifieke huisartsenopleiding.

7. Het wegnemen van juridische belemmeringen voor de immigrerende arts tot het vervullen van een functie in Franse overheidsziekenhuizen.

8. Afstemming op de medische praktijk van de definitie inzake dienstverlening.

9. Het ook op artsen in dienstverband betrekken van Richtlijn I.

10. Het openen van een recht op beroep op Europees niveau.

In januari 1970 verscheen het advies van het Economisch en Sociaal Comité der E.E.G. inzake deze ontwerp-richtlijnen. Daarbij bleek dat, met uitzondering van de punten 5, 6, 7 en 10, aan de bovenstaande verlangens der artsen was voldaan. In augustus sprak het Europees Parlement zich over de Richtlijnen uit. Daarbij werd de huisartsenopleiding wel aangeraden, helaas op weinig bevredigende wijze. Ook werd een betere rechtsbescherming voor wat betreft het overleggen van dossiers aanbevolen. Daarentegen ging ten aanzien van de door het Comité Permanent gewenste aanpassingsperiode van zes maanden — welke door het Economisch en Sociaal Comité imperatief was voorgeschreven — het Europees Parlement niet verder dan een verzoek tot bestudering van de mogelijkheid van het voorschrijven van deze verplichting. Overigens kon het uitgebrachte advies bevredigend worden genoemd.

In dit verband kan nog worden vermeld dat het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid over het regeringsstandpunt met betrekking tot de Richtlijnen voeling houdt met de Maatschappij.

Het Comité Permanent der Artsen der E.E.G. kwam tweemaal in plenzitting bijeen. Daarbij kwamen o.m. de huisartsenopleiding en de reeds vermelde adviezen van het Economisch en Sociaal Comité en het Europese Parlement ter sprake. Tevens werd besloten dat het secretariaat, dat in 1969 en 1970 in België was gehuisvest, per 1-1-1971 door de Italiaanse artsenorganisatie zal worden verzorgd.

Daar de werkwijze van het Comité Permanent alsmede de financiële consequenties nogal wat vragen oproepen, zal de Nederlandse delegatie een nota opstellen waarin denkbeelden omtrent de toekomstige werkwijze worden uiteengezet.

Van 16-22 augustus vond te Oslo de jaarlijkse Algemene Vergadering der World Medical Associa-

tion plaats. Daarbij werd een tweedaags congres gewijd aan het onderwerp: „Has the general practitioner a future”, waaraan ook ondergetekende een bijdrage mocht leveren. De voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap, collega H. J. Dokter, heeft over dit congres een verslag gepubliceerd in „huisarts en wetenschap”. Onder de door de vergadering aangenomen resoluties was er een, n.l. inzake de garantie van een adequate medische verzorging voor alle mensen, welke was ingediend door de K.N.M.G.

2.2. *Bevordering geneeskunst i.e.z.*

2.2.1. *Medische ethiek.*

Nadat de vaste commissie-medische ethiek op eigen verzoek was ontbonden, omdat de commissieleden van oordeel waren dat in het huidige tijdsgevoel de basis der commissie te smal was, heeft over het op het gebied der medische ethiek te voeren beleid overleg plaatsgevonden met artsengroeperingen op levensbeschouwelijke grondslag. Dit contact vond plaats binnen een daartoe gevormde gespreksgroep. Uit deze gespreksgroep kwam het advies tot instelling van een niet te grote, maar wel multidisciplinair gestructureerde stuurgroep naar voren, teneinde te trachten gemeenschappelijke uitgangspunten te vinden. Daarnaast zal de stuurgroep de bestudering van bepaalde actuele ethische vraagstukken in de gezondheidszorg stimuleren. Deze stuurgroep is inmiddels samengesteld en naast enkele artsen hebben daarin zitting een moraaltheoloog, een jurist en een socioloog.

De snelle ontwikkeling der geneeskundige wetenschap dwingt tot een bezinning op de medisch-ethische aspecten van de door deze evolutie aan het licht gebrachte nieuwe kennis. Dit was het thema van de tijdens de algemene vergadering van april gehouden inleiding van de voorzitter der Maatschappij. Daarnaast werd dit thema geadstrueerd in een voordracht van de moraal-theoloog Sporken over stervensbegeleiding.

2.2.2. *Gedragssleer.*

De in het vorige punt vermelde evolutie op het gebied der medische ethiek was voor het hoofdbestuur aanleiding om opdracht te geven het z.g. „blauwe boekje” betreffende medische ethiek en gedragssleer, dat aan de pas afgestudeerde artsen werd uitgereikt, aan een kritische beoordeling te onderwerpen en, waar nodig, te herzien. Daartoe werd een aantal deskundigen verzocht aan de nieuwe redigering deel te nemen. Eind 1970 was een en ander nog niet voltooid. Het ligt in de bedoeling om in deze nieuwe uitgave, aan de hand van bestaande verhoudingen in de gezondheidszorg, speciaal de nadruk te leggen op algemene richtlijnen voor de gedragssleer.

2.2.3. *Rechtspraak.*

Per 1-4-1970 is de nieuwe regeling inzake de Maatschappij rechtspraak in werking getreden. Was deze voorheen toevertrouwd aan 67 afdelingsraden, met de invoering van Hoofdstuk X van het Huishou-

delijk Reglement werden deze afdelingsraden vervangen door 20 districtsraden, gebaseerd op een gelijktijdig tot stand gebrachte herziene districtsindeling. De Raad van Beroep bleef gehandhaafd als hogere beroepsinstantie. In de nieuwe opzet zijn zes vooraanstaande advocaten vast als adjunct-secretaris aan de districtsraden verbonden. Daarnaast deed een hoogleraar-jurist zijn intrede als lid van de Raad van Beroep.

Het versterkte juridische element is tevens een onderstreping van de duidelijke beperking welke aan de taak voor de districtsraden als rechtsprekende colleges binnen de Maatschappij is gesteld. Moesten de afdelingsraden vroeger ervoor waken dat de leden zich hielden aan „de eisen van de gedragsleer voor geneeskundigen” en hadden zij dienovereenkomstig een toezichthoudende taak, in de nieuwe structuur is die functie toebedeeld aan de afdelingsbesturen en zijn de districtsraden zuiver rechtsprekende colleges geworden.

In verband met de invoering van deze nieuwe regeling werd tevens een herziene handleiding voor de rechtspraak opgesteld.

2.2.4. *Praktijkvoering.*

a) *Ledenservice.*

In de loop van het verslagjaar werd de vraag actueel of binnen de Maatschappij een grotere plaats moet worden ingeruimd voor de ledenservice. Met name wordt daarbij gedacht aan de voorlichting aan jonge en a.s. artsen op onder meer het gebied van verzekeringen en financiering. Het punt vormde onderwerp van uitvoerige besprekingen die tenslotte leidden tot een opdracht aan ondergetekende om een en ander nader uit te werken.

b) *Intercollegiale toetsing.*

Naar aanleiding van het in 1968 verschenen rapport van de door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid ingestelde commissie-huisartsen (commissie-Muntendam) werd het vraagstuk der intercollegiale toetsing uitvoerig besproken. In eerste instantie vond dit plaats binnen de sectie medische aangelegenheden. In een in februari uitgebrachte nota aan het hoofdbestuur gaf de sectie als haar conclusie dat een dergelijke toetsing voorlopig het beste tussen de artsen onderling kan plaats vinden. Men beperkte de toetsing echter niet tot de huisartsen (zoals in het rapport van de commissie-Muntendam was voorgesteld) maar achtte haar essentieel voor de gehele artsenstand. De wijze waarop deze intercollegiale toetsing dient te geschieden zou door een daartoe in te stellen commissie moeten worden uitgewerkt. Daarbij zou in de eerste plaats moeten worden gedacht aan het vaststellen van normen van redelijkheid en doelmatigheid, die voor het waarborgen van een goede kwaliteit van de medische hulp en meer in het bijzonder ten aanzien van de praktijkvoering noodzakelijk zijn. Deze commissie legde aan het einde van het verslagjaar de laatste hand aan een interimrapport aan het hoofdbestuur.

c) *Associaties van specialisten die een ongelijk specialisme beoefenen.*

Ook in 1970 werd het dagelijks bestuur geconfronteerd met de problemen die kunnen rijzen indien specialisten een associatie wensen aan te gaan terwijl zij een ongelijk specialisme beoefenen. In overeenstemming met het standpunt, dat door de L.S.V. in een daartoe strekkend advies werd kenbaar gemaakt, bleef het dagelijks bestuur een dergelijke samenwerkingsvorm in principe afwijzen omdat hieruit in verschillend opzicht ongewenste consequenties zouden kunnen voortvloeien (bijv. inzake verwijzingen, de verhouding tot andere ter plaatse gevestigde artsen, het ontbreken van de mogelijkheid volledig voor elkaar te kunnen waarnemen). In een enkel uitzonderingsgeval was het dagelijks bestuur niettemin bereid zijn reglementair vereiste goedkeuring aan een associatie-contract van dit soort te hechten, dit evenwel uitsluitend wanneer geen ander bruikbaar alternatief aanwezig was en bovendien kon worden aangetoond dat vermelde ongewenste consequenties ontbraken c.q. van beperkte invloed waren. Als uitgangspunt blijft het dagelijks bestuur echter negatief staan tegen dit soort samenwerkingsvormen en zal uitzonderingen slechts zeer restrictief doen plaats vinden nadat gemotiveerd alle gronden daartoe tijdens partijen te zijner kennis zijn gebracht.

d) *Samenwerkingsvormen en kostenknik.*

In verband met te voeren onderhandelingen in die richting, bereikte het dagelijks bestuur een verzoek van de kant van de L.H.V., te willen medewerken aan het inpassen van de conform art. 704 H.R. gehanteerde goedkeuringsprocedure in een regeling, die het laten wegvallen van de kostenknik bij (bepaalde vormen van) associaties tot doel had. Zij het met een duidelijke reserve — het dagelijks bestuur voelde zich als zodanig onvoldoende technisch geëquipeerd en daardoor geremd om beslissingen te nemen in concrete gevallen, terwijl daarvan grote financiële gevolgen afhankelijk zouden kunnen zijn — wilde het dagelijks bestuur wel met de voorgestelde regeling meegaan. Naar evenwel bleek, voelden de ziekenfondsen per saldo voor de regeling niet veel, zodat aan een en ander in 1970 nog geen uitvoering werd gegeven.

e) *Huisarts in universitair dienstverband.*

Naar aanleiding van een desbetreffende vraag van de Nederlandse Stichting tot bevordering der Huisartsgeneeskunde heeft een door het hoofdbestuur ingestelde commissie zich beraden over de principiële vraag in hoeverre de figuur van de huisarts in volledig dienstverband wenselijk was. Van de zijde der Stichting werd naar voren gebracht, dat, wil de huisartsgeneeskunde een wetenschappelijke basis krijgen, het noodzakelijk lijkt dat de huisartseninstituten kunnen beschikken over huisartsenpraktijken waar experimenten kunnen worden opgezet. Daarbij leeft de verwachting dat in de toekomst aan alle universiteiten huisartseninstituten zullen worden verbonden die, hetzij over „eigen” praktijken willen beschikken, hetzij met huisartsenpraktijken

een zekere vorm van affiliatie zullen aangaan.

In mei bracht deze commissie haar rapport uit. Daarin gaf zij als haar mening te kennen dat het onder de huidige omstandigheden aanvaardbaar is te achten dat huisartsen, als zodanig verbonden aan universiteiten, hun werkzaamheden in dienstverband uitoefenen, waarbij o.m. werd gesteld dat de voorwaarden, waaronder dit dienstverband wordt uitgeoefend, zodanig dienen te zijn dat zowel aan de algemeen als de lokaal geldende regels voor het uitoefenen van het beroep als huisarts wordt voldaan. Het hoofdbestuur verzocht de commissie de ontwikkeling op dit gebied te willen blijven volgen.

2.3. *Bevordering wetenschap en kennis.*

2.3.1. *Opleiding tot arts.*

Ook in het afgelopen jaar had de medische opleiding weer de volle aandacht.

Nadat reeds in 1968 door het Interfacultair Overleg Geneeskunde een Raamplan was opgesteld, waarin een aantal alternatieve mogelijkheden terzake van de opleiding was uitgewerkt, verscheen in de loop van het verslagjaar het rapport van de Subcommissie wijziging artsopleiding van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening, waarin men zich stelde achter alternatief I van het raamplan van het I.O.G. (artsexamen na 6 jaar gevolgd door een jaar specifieke huisartsopleiding). Het hoofdbestuur heeft zich verenigd met het standpunt van de Staatscommissie. De minister van Onderwijs koos in 1968 (zij het voorlopig) voor Raamplan II (na het 6e jaar het diploma assistentarts; na voltooiing van het 7e jaar het normale artsdiploma). Daarbij werd echter de toezegging gedaan dat de minister tevens de mogelijkheden van tijdige invoering van Raamplan I zou onderzoeken.

Deze materie is vele malen onderwerp van gesprek geweest op verschillende niveaus. Aan het einde van het verslagjaar heeft het hoofdbestuur zich schriftelijk tot de minister gewend in verband met het feit dat de beslissing over de keuze van een van de alternatieven van het raamplan nog steeds niet was genomen.

Voorts heeft het hoofdbestuur de minister van O. en W. gewezen op de noodzaak van een landelijke planning en programmering van het medisch onderwijs, zich daarbij aansluitend bij het voorstel van het I.O.G. tot instelling van een centrale deskundige instantie, waarin alle betrokkenen zijn vertegenwoordigd.

Ook de selectie bij de toelating tot de medische studie vormde aanleiding tot een schrijven aan de minister. Daarin werd aangedrongen op een spoedige uitvoering van het voorstel van de commissie Verdam om een onderzoek in te stellen naar de mogelijkheden van een zinvolle vorm van een toelatingsexamen voor de studie in de geneeskunde.

Tenslotte vroeg de 8ste medische faculteit te Maastricht de aandacht. Hierover vonden o.m. contacten plaat smet het ministerie van O. en W. en de commissie van voorbereiding oprichting 8ste medische faculteit (de commissie Tans).

2.3.2. *Specifieke voortgezette opleiding.*

Inherent aan het alom heersende verlangen inzake een specifieke huisarts-opleiding is de wens, om ook voor de huisarts te komen tot een vorm van registratie, zoals thans reeds gebruikelijk is voor specialisten en sociaal-geneeskundigen. Dit vraagt de instelling van een permanent college dat de eisen vaststelt, waaraan de opleiding tot huisarts, de opleiders en de opleidingsplaatsen moeten voldoen. In dit college zouden KNMG, faculteiten en overheid vertegenwoordigd moeten zijn. Er is een commissie van overleg ingesteld die te zijner tijd voorstellen terzake aan het hoofdbestuur zal voorleggen.

Aan de orde kwamen besluiten van het Centraal College voor de opleiding en registratie van medische specialisten inzake de opleidingseisen voor de specialismen kindergeneeskunde en longziekten en tuberculose. Het hoofdbestuur kon zich daarmede verenigen. Hetzelfde geldt voor een besluit van het College voor Sociale Geneeskunde inzake opleidingseisen voor de tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde.

2.3.3. *Nascholing.*

Het beraad over dit onderwerp binnen de kring der beroepsbeoefenaren werd voortgezet. Reeds in 1969 had dit overleg geleid tot de oprichting van de Stichting Financiering Nascholing Huisartsen, welke te zijner tijd zal opgaan in een dergelijk breder samenwerkingsverband dat de nascholing van alle categorieën artsen beoogt. Aan dit overleg namen in 1970 ook de faculteiten der geneeskunde en de departementen van Onderwijs en Wetenschappen en Sociale Zaken en Volksgezondheid deel. Daarbij gingen de gedachten met betrekking tot de institutionalisering van de samenwerking in de richting van een interuniversitair centrum op basis van de regeling van de interuniversitaire instituten. Het ligt in de bedoeling dat de universiteiten en de vertegenwoordigers van de organisaties van de medische beroepsbeoefenaars in dit centrum op gelijke basis gaan samenwerken.

Het bureau Intromart werd door Teleac opdracht gegeven tot het verrichten van een evaluerend onderzoek inzake de door haar in samenwerking met het Nederlands Huisartsen Instituut gegeven nascholingscursus voor huisartsen over het onderwerp aritmieën. Gebleken is dat de huisarts-patiëntrelatie door deze uitzendingen niet nadelig werd beïnvloed; zelfs kwam uit bepaalde gegevens een duidelijk positieve invloed op de waardering van het werk der huisarts naar voren.

2.3.4. *Medische Wetenschap.*

Inzake het ontwerp van wet op de dierproeven werd een schrijven gericht tot de leden van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid waarin de noodzaak van het totstandkomen van een wettelijke regeling in dezen werd onderschreven.

2.4. *Bevordering volksgezondheid.*

2.4.1. *Algemene gezondheidszorgvraagstukken.*

In dit kader werd aandacht geschonken aan

— het drugprobleem; een werkgroep werd ingesteld met als opdracht een discussiestuk voor het hoofdbestuur voor te bereiden. Uit de bespreking van de door deze werkgroep ingediende nota resulteerde de instelling van een commissie, die zal trachten een eventuele uitspraak van de Maatschappij voor te bereiden;

— de moeilijkheden bij de opname van acute psychiatrische patiënten in de randstad Holland;

— een nieuwe structuur van de gezondheidszorg in Oostelijk Flevoland;

— de fluoridering. Hieromtrent werd een persbericht uitgegeven waarin het hoofdbestuur de wenselijkheid van fluoridering onderschrijft.

Via de Centrale Raad voor de Volksgezondheid kwamen aan de orde:

— de wet op de paramedische beroepen;

— het concept-rapport van de C.R.V.G. inzake de structurering van de geestelijke gezondheidszorg, waarin m.n. de echelonsgewijze opbouw de aandacht trok;

— het interim-advies van de C.R.V.G. inzake financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg via de openbare middelen dan wel via de sociale verzekering;

— het voorontwerp van wet Geestelijk Gestoorde.

Op 19 december organiseerde de Maatschappij een symposium over kindermishandeling. Centraal stond daarbij het verbinden van een medicus aan de Raden voor de Kinderbescherming, die als vertrouwensarts kan fungeren voor de medici die met gevallen van kindermishandeling worden geconfronteerd.

2.4.2. Milieu-hygiëne.

Door district II werd het hoofdbestuur betrokken bij het probleem van de geluidshinder rond Schiphol. Via lidmaatschappen van de Vaste Commissie voor Milieuhygiëne van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en van de Raad voor de Luchtverontreiniging, welke laatste werd ingesteld door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, heeft het hoofdbestuur inspraak in de oordeelsvorming omtrent milieu-hygiënische vraagstukken.

2.4.3. Geneeskundige wetgeving.

Het wetsontwerp ziekenhuisvoorzieningen maakte vele malen onderwerp van bespreking uit, zowel in het hoofdbestuur als in contacten met instanties daarbuiten. Met name de vertegenwoordiging der Maatschappij in het College Ziekenhuisvoorzieningen is daarbij aan de orde geweest. Met betrekking tot dit laatste vindt nauw overleg plaats met de Nationale Ziekenhuis Raad, teneinde te trachten tot een gezamenlijk voorstel te kunnen komen inzake de samenstelling aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

3. *Werkzaamheden der 155e Algemene Vergadering*, gehouden op 18 april 1970 te Utrecht, in Esplanade.

In de ochtendzitting werden met algemene stem-

men een aantal aanvullingen en wijzigingen bij het Rapport inzake Geneeskundige Verklaringen — voornamelijk voortvloeiend uit het Rapport Scheiding van Behandeling en Controle — aangenomen.

Van de zijde van het hoofdbestuur werden enkele mededelingen gedaan inzake de organisatie der ledencongressen. Het is de bedoeling in 1972 en 1973 een 1-daags congres te houden, georganiseerd door het bureau. Op deze 1-daagse congressen zullen onderwerpen aan de orde worden gesteld die van meer algemeen belang zijn. In 1974 — een lustjaar voor de Maatschappij — zal een 3-daags congres worden georganiseerd. Aan de hand van de ervaringen, opgedaan met deze 1-daagse en het 3-daagse congres zal dan opnieuw worden bezien hoe in de toekomst de organisatie der congressen zal zijn.

De middagzitting was gewijd aan een bespreking van het vraagstuk der medische ethiek. Daarbij werd door Dr. C. P. Sporken een inleiding gehouden, waarna discussie plaats vond. De pers werd in de gelegenheid gesteld dit deel der Algemene Vergadering bij te wonen.

Werkzaamheden der 156e Algemene Vergadering, gehouden op 12 september 1970 in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht.

Allereerst vonden de verkiezingen plaats.

Tot lid van het hoofdbestuur werden gekozen: Dr. J. L. A. Boelen, Gouda; L. Th. G. Rozeman, Sittard; Dr. H. W. A. Sanders, Helmond; mej. E. Smit, Amsterdam; Dr. Y. van der Wielen, Voorburg.

Tot lid van de Raad van Beroep werden gekozen: Dr. D. J. Hartman, Velp; Dr. H. Navis, Arnhem; Dr. Jos. L. Specken, Eindhoven; F. H. Veldhuyzen van Zanten, Gouda; Prof. Mr. A. L. Melai te Leiden.

Tot plv. lid van de Raad van Beroep werden gekozen: Ph. J. Hoedemaker, Leeuwarden; Dr. R. B. Spanjaard, Amsterdam; Dr. J. D. Bom, 's-Gravenhage; Mr. J. C. Coebergh, 's-Gravenhage.

Tot lid van het Bestuur van Medisch Contact werden gekozen: Dr. J. A. Stoop te Utrecht en J. H. van Meurs te Beverwijk.

Tot lid van de Stichting het Ondersteuningsfonds werd gekozen: E. M. van Schaik te Apeldoorn.

Tot lid van de Commissie van uitvoering voor de steunregeling van oorlogsslachtoffers werd gekozen: G. Dekker te Overveen.

Tot bibliothecaris der Maatschappij werd herkozen: Dr. J. A. van Dongen te Amsterdam; tot plv. bibliothecaris werd herkozen H. de Vos te Haarlem.

Achtereenvolgens werden behandeld en goedgekeurd het jaarverslag der Maatschappij over het jaar 1969 alsmede de jaarverslagen-1969 van de Raad van Beroep, het bestuur van Medisch Contact, de commissie van het Bureau voor Waarneming en Vestiging, de commissie voor de Geldmiddelen, het bestuur van de Stichting het Ondersteuningsfonds en de commissie van Uitvoering voor de steunregeling aan oorlogsslachtoffers.

Hierna werden de financiële stukken behandeld en goedgekeurd, waarbij de bijdrage-1970 aan de

SANO — evenals in 1969 — met f 5.000,— werd verhoogd tot f 20.000,—.

Van de zijde van het hoofdbestuur werden vervolgens de invoering der nieuwe contributieregeling per 1-1-1971, het houden van een symposium over kindermishandeling op 19-12-1970 en de consequenties voortvloeiende uit het personeelsrapport aan de orde gesteld. Hierover ontstond geen discussie.

In de middagzitting werd door Mr. W. B. van der Mijn een inleiding gehouden over de medische wetgeving en heeft Dr. H. Roelink de waarneming door en bereikbaarheid van praktiserende artsen behandeld.

Tijdens de rondvraag werd gewezen op de noodzaak voor de Maatschappij adequaat te reageren op ontwikkelingen op het gebied der gezondheidszorg. Tevens werd bezwaar gemaakt tegen een verkiezingsprocedure, waarbij op volkomen onbekende kandidaten moest worden gestemd. Ook de Regeling en Klapper kwam ter sprake, waarbij geïnfomeerd werd naar het Maatschappijstandpunt in dezen.

4. Het ledencongres der Maatschappij.

Het 22ste ledencongres der Maatschappij werd gehouden op 2 en 3 oktober 1970 en werd georganiseerd door de Afdeling 's-Gravenhage. Het weten-

schappelijke gedeelte daarvan was gewijd aan het thema „Volksgezondheid in een veranderende wereld”. Daarbij werden de volgende inleidingen gehouden:

Dr. Ir. Th. P. Tromp: „Natuurwetenschappelijk en technisch wetenschappelijk perspectief voor de geneeskunde”.

Prof. Dr. A. Querido: „Curatieve geneeskunde in perspectief”.

Prof. Dr. H. G. J. M. Kuypers: „Biologisch wetenschappelijk perspectief voor de geneeskunde”.

Prof. Dr. N. Speijer: „Mens — maatschappij — arts”.

Dr. L. van der Drift: „Arts — mens — maatschappij”.

Tijdens de gala-avond was er een optreden van het Nationaal Ballet.

Veel aandacht, o.a. in de pers, trok tijdens dit ledencongres, het optreden der kritische artsen waarmee zij hun ontevredenheid over de huns inziens verkeerde opzet van het congres kenbaar wilden maken. In latere contacten met deze artsengroep is getracht tot begrip voor elkaars standpunt te komen.

26 mei 1971

J. Diepersloot, arts
secretaris-generaal

Bijlagen

Gegevens van het bureau:

Het aantal ingekomen en uitgaande stukken bedroeg in 1970: 16.114.

Het aantal leden der Maatschappij per 31 december 1970 bedroeg:

leden binnen Nederland	13.834
algemene leden	208
bijzondere leden	
(Aruba)	28
(Curaçao)	57
(Suriname)	31
totaal	14.158

Studenten van de medische faculteiten: in het studiejaar 1970-1971

	1e jaar		overige jaren		
	m	v	m	v	totaal
Universiteit van Amsterdam ..	192	70	1.492	398	2.152
Vrije Universiteit Amsterdam ..	154	62	945	248	1.409
Rijksuniversiteit Groningen ..	155	65	1.199	291	1.710
Rijksuniversiteit Leiden	191	78	1.398	410	2.077
Kath. Univ. Nijmegen	186	70	1.214	226	1.696
Rijksuniversiteit Utrecht	295	81	1.396	437	2.209
Medische faculteit Rotterdam ..	112	48	492	144	796

Door overlijden ontvielen aan de Maatschappij in 1970:

P. van Aalst, Bennebroek; F. G. C. Arnout, Rotterdam; J. Baart de la Faille, Wassenaar; H. F. G. van Balen, Velp; H. A. W. Bamberger, Geldrop; J. Beintema, Breda; C. L. Bense, Lochem; W. van den Berg, Sliedrecht; A. Beumer, Rheden; I. Bloch, Amsterdam; Dr. J. de Bloeme, Oosterbeek; J. Boiten, Rotterdam; Mej. E. H. Boorsma, Den Haag; W. A. Borgeld, Wassenaar; P. C. Borst, Apeldoorn; Dr. G. J. Brand, Baarn; M. A. F. H. van den Broek, Dordrecht; Dr. W. J. H. Bungenberg de Jong, Dordrecht; P. L. Burggraaf, Molenaarsgraaf; A. R. H. P. Canter Visscher, Hilversum; J. Clinge Doorenbos, Amsterdam; Prof. Dr. H. A. E. van Dishoeck, Leiden; Dr. J. B. Drenth, Heerlen; Dr. H. J. W. Droogleevers Fortuyn, Leidschendam; J. A. M. Dunselman, Didam; C. D. van Duyn, Wageningen; Th. A. B. C. van Dijck, Breda; Dr. F. A. Eggink, Oegstgeest; C. van Elk, Hoogerheide; L. F. C. van Erp Taalman Kip, Arnhem; Mevr. M. A. van Ess-van der Knoop, Amstelveen; H. G. van Everdingen, Dordrecht; Dr. W. K. Frensdorf, Glimmen; E. J. E. Frohn, Amsterdam; B. O. Garritsen, Zwijndrecht; M. S. Gerbrandy, Warnsveld; E. F. Gillissen, Poortugaal; J. B. G. M. van Gils, Eindhoven; L. J. J. van Ginneken, Den Bosch; E. van Gogh, Haarlem; Dr. J. de Graaf, Groningen; J. G. de Graaff, Bussum; Mevr. L. G. Groeneveld-van Houwingen, Amsterdam; Dr. J. de Groot, Den Haag; W. Grooters, Apeldoorn; M. Gualthérie van Weezel, Ten Boer; A. C. M. van Haeren, Rotterdam; J. H. den Hartog, Zeist; W. D. Hendriks, Rotterdam; Dr. R. A. Hoekstra, Leeuwarden; J. L. H. A.

Hollman, Maastricht; W. L. C. M. Hopmans, Breda; W. J. Höppener, Roermond; B. J. Hornstra, Bergum; R. van Houten, Den Haag; Dr. G. J. Huët, Bussum; H. J. van 't Hul, Haren; A. I. de Hulster, Benschop; G. M. Jager, Amsterdam; H. J. Jongepier, Middelburg; J. de Jongh, Den Haag; Mevr. W. M. J. E. Kalkman-Bruins, Amsterdam; Dr. J. H. Kremer, Amsterdam; F. H. Kuipers, Geleen; P. van der Kuy, Kethel; H. A. Laan, Hilversum; Dr. A. M. H. J. Leering, De Bilt; C. P. van Leersum, Kampen; A. J. J. van Leeuwen, Rotterdam; V. Ph. Leunissen, Den Haag; Jhr. Dr. A. H. van Lidth de Jeude, Zeist; Mej. C. M. J. Ligtenberg, Breda; M. J. H. Limpens, Schaesberg; A. M. C. Lindner, Leeuwarden; H. M. van Lothringen, Tilburg; H. W. van Meeteren, Doorwerth; J. C. Meyboom, Leiden; B. L. Mutgeert, Oranjestad; H. M. J. V. Naber, Rotterdam; Th. Niemeyer, Groningen; Mej. Dr. M. B. E. Nilant, Amsterdam; Dr. F. A. Nolle, Oegstgeest; P. W. L. Olthof, Zaandam; A. C. Ossewaarde, Breskens; R. F. H. Pelt, Capelle a/d IJssel; Prof. Dr. A. B. F. A. Pondman, Haren; R. A. Prins, Amersfoort; M. v. d. Ridder, Holten; Dr. C. J. Roos, Amsterdam; J. M. Scaf, Haaksbergen; C. W. van Schaik, Driebergen; F. A. Schalijs Sr., Rotterdam; N. H. D. Schöyer, Gorinchem; N. H. A. J. Schulte, Bentveld; M. C. J. H. Seegers, Blerick; H. A. A. Sekhuis, Arnhem; Dr. B. L. Sie, Amsterdam; K. B. Sie, Enschede; P. Ch. Simons, Den Haag; G. H. G. Smit, Zaandam; Mevr. J. M. Sollewijn Gelpke-Manders, Oegstgeest; J. J. Spielman, Heemstede; B. J. van Staple, Grouw; S. van Steenwijk, Eindhoven; Th. v. d. Stok, Maastricht; W. F. J. Stöpler, Zeist; P. Swets, Utrecht; Tjoe Tie Teng, Haarlem; Dr. M. L. J. Vaessen, Heiloo; P. J. Veenenbos, Alkmaar; M. J. van de Velde, Rotterdam; Dr. L. B. C. Veldhof, Amsterdam; R. H. A. J. Verhoeven, Vlijmen; P. Vermet, Voorschoten; J. F. Verster, De Meern; P. P. Veugelers, Heerlen; Arie Vonk, Doorwerth; J. Vonk, Putten; P. C. J. Voogd, Middelarnis; W. N. de Voogd, Amsterdam; T. W. van Vuure, Dussen; S. C. van Waalwijk van Doorn, Ede; S. Walch, Rotterdam; M. Westerkamp, Enschede; Dr. P. A. A. Weterings, Zeist; T. E. Wiersema, Veenland; Ch. F. Winkel, Curaçao; H. Zoeteman, Zuidland.

Samenstelling van het hoofdbestuur

De samenstelling van het hoofdbestuur was in het jaar 1970 als volgt (het jaartal achter de naam geeft aan het jaar aan het eind waarvan het lid af treedt).

Dr. L. van der Drift, voorzitter (1971)
 Prof. Dr. Th. Vossenaar, ondervoorzitter (1973)
 O. G. E. de Boer (1975)
 W. C. de Boer, lid centraal bestuur L.A.D.
 W. van Bork (1975)
 Dr. J. A. Dallmeijer (1974)
 Dr. E. D. Eggink (1972)
 Dr. J. Hage (1971)
 J. Helfrich, lid centraal bestuur L.H.V.
 Mevr. Dr. L. Hemmes (1971)
 F. H. M. Jansen (1970)

J. J. de Konink (1973)
 Dr. F. H. J. Kortenhorst (1971)
 Dr. A. E. Leuftink (1974)
 G. C. M. van Maarsseveen (1970)
 Dr. J. van Mansvelt, voorzitter L.S.V.
 (tot 24-10-1970)
 Dr. Z. Nauta (1970)
 J. F. A. van Rijn, voorzitter L.H.V.
 Dr. H. W. A. Sanders (1976)
 Dr. C. H. J. Stockmann, lid centraal bestuur L.S.V.
 Dr. R. Vermeer (1974)
 Dr. R. M. Versteegh, aanvankelijk als lid CB/LSV, later voorzitter L.S.V.
 H. Voorzanger, voorzitter L.A.D.
 Dr. Y. van der Wielen (1972)
 Dr. J. C. Schultsz, voorzitter van de Raad van Beroep
 Aan de vergaderingen van het hoofdbestuur namen deel:
 F. A. Bol, hoofdredacteur van Medisch Contact
 Drs. P. Brandes, secretaris van de Maatschappij
 Dr. C. F. Brenkman, vertegenwoordiger van de Alg. Ned. Ver. voor Sociale Geneeskunde (plaatsvervanger is Prof. Dr. L. Burema)
 G. Dekker, secretaris-penningmeester der Maatschappij (tot 1-4-1970)
 J. Diepersloot, secretaris-generaal der Maatschappij (vanaf 1-9-1969)
 Prof. Dr. J. F. Folkerts, vertegenwoordiger van het Interfacultair Overleg (plaatsvervanger is Prof. Dr. P. G. Gerlings)
 W. J. de Jager, secretaris der Maatschappij (tot 1-8-1970)
 J. J. van Mechelen, journalistiek adviseur der Maatschappij
 Mr. W. B. van der Mij, secretaris van de Maatschappij
 Dr. H. Roelink, secretaris van de Maatschappij.
Het dagelijks bestuur bestond uit:
 Dr. L. van der Drift, voorzitter
 Prof. Dr. Th. Vossenaar, ondervoorzitter
 Dr. J. Hage
 Mevr. Dr. L. Hemmes
 Dr. F. H. J. Kortenhorst
 J. J. de Konink (plvv. lid)
 Dr. A. E. Leuftink (plvv. lid)
 Dr. J. van Mansvelt, voorzitter van de L.S.V.
 (tot 24-10-1970)
 J. F. A. van Rijn, voorzitter van de L.H.V.
 Dr. R. Vermeer (plvv. lid)
 Dr. R. M. Versteegh, voorzitter van de L.S.V.
 (vanaf 24-10-1970)
 H. Voorzanger, voorzitter van de L.A.D.
 Aan de vergaderingen van het dagelijks bestuur namen deel:
 Drs. P. Brandes, secretaris
 G. Dekker, secretaris-penningmeester
 J. Diepersloot, secretaris-generaal
 W. J. de Jager, secretaris
 J. J. van Mechelen, journalistiek adviseur
 Mr. W. B. van der Mij, secretaris
 Dr. H. Roelink, secretaris

Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich overigens het recht voor de te publiceren brieven in te korten.

ZIEKENHUIS EN POLITIE (III)

Gaarne willen wij ingaan op de uitnodiging om te reageren op het artikel van collega Cremers, „Gedragslijn voor politiefunctionarissen met een opdracht ten aanzien van een bepaalde patiënt in een ziekenhuis of inrichting” (M.C. nr. 26/1971, blz. 714), dat een o.i. belangrijke zaak aan de orde stelt. In dit artikel worden verschillende zaken („vrijplaats” voor verdachten, horen van getuigen) over één kam geschoren en de schrijver laat naar onze mening enkele belangrijke aspecten buiten beschouwing. Uitgangspunt bij de beoordeling moet zijn, dat een patiënt — ook een door de politie gezochte patiënt — zich tot een arts of een ziekenhuis moet kunnen wenden voor het verkrijgen van geneeskundige hulp, zonder dat hij zich daardoor blootstelt aan het gevaar van arrestatie. Wanneer dit niet het geval zou zijn, zou hij immers uit vrees voor de politie verstoken kunnen blijven van noodzakelijke geneeskundige hulp.

Dit uitgangspunt leidt er toe, dat arts of ziekenhuis de politie nimmer behulpzaam kunnen zijn bij het opsporen of arresteren van een gezochte die zich als patiënt tot hen heeft gewend. Dit betekent, dat de stelling van collega Cremers: „Het verbieden van de toegang tot een ziekenhuis door de directie is daarom zinloos”, als principeel onjuist moet worden afgewezen. Dat politie en ziekenhuizen beide een hulpverlenende taak hebben doet hier niet ter zake, evenmin als het feit dat de ziekenhuizen in het belang van de patiënt herhaaldelijk een beroep op de politie moeten doen om familieleden te verwittigen en dergelijke. De gedragslijn voor artsen en ziekenhuizen in gevallen waarin politiefunctionarissen hun medewerking vragen, bijvoorbeeld om een verdachte patiënt in het ziekenhuis te arresteren of om de politie te waarschuwen wanneer die patiënt zal worden ontslagen, moet zijn dat geen enkele medewerking en geen enkele inlichting kan worden gegeven.

Geheel anders natuurlijk ligt de zaak wanneer de politie de man tevoren reeds te pakken had en hem zelf naar het ziekenhuis heeft vervoerd (of laten vervoeren) voor behandeling van zijn verwondingen of aandoeningen. In dat geval behoort aan de politie alle no-

dige medewerking te worden gegeven. Wel moet daarbij worden bedacht, dat overneming van de eventuele bewaking nooit de taak van het ziekenhuis kan zijn. Of bewaking door de politie in het ziekenhuis kan worden toegelaten, moet van geval tot geval worden bekeken.

Vraagt de politie toegang voor het horen van slachtoffers van verkeersongevallen of van misdrijven of mogelijke getuigen van zodanige gebeurtenissen, dan past arts en ziekenhuis vanzelfsprekend het verlenen van medewerking, waarbij alleen het medische belang van de patiënt een beperkende factor kan vormen. In dit opzicht zijn wij het geheel met collega Cremers eens.

Een in vele jaren opgedane ervaring heeft ons geleerd, dat bovenstaande zaken vele artsen en verplegenden maar ook vele politiefunctionarissen niet duidelijk voor ogen staan. Wij kunnen dan ook instemmen met de conclusie van collega Cremers, dat de politiemans niet dan met toestemming van de behandelende arts een in behandeling zijnde verdachte of getuige mag bezoeken, maar niet met de aanwijzing dat hij die toestemming via de dienstdoende verpleegster moet zien te verkrijgen. Wij houden daarom vast aan de regel, dat geen politiefunctionaris tot een patiënt wordt toegelaten dan na verkregen toestemming van de directie.

Amsterdam, 19 juli 1971

Dr. A. P. v.d. Wey,
geneesheer-directeur
Academisch Ziekenhuis G.U.

Dr. J. M. v.d. Valk,
medisch adjunct-directeur
Academisch Ziekenhuis G.U.

INDUSTRIËLE ACHELELOOSHEID

In medisch Contact nr. 22 werd van mijn hand opgenomen in deze rubriek een stukje „chemisch imperialisme”. Hierin bracht ik een aantal serieuze bezwaren voor de volksgezondheid van de uitbreidende chemische industrie op railerende wijze onder woorden. Op dit stukje reageert nu collega Terpstra in M.C. nr. 26 bladzijde 726 met „tendentieuze nonsens”. Hij geeft een chemisch exposé, zoals iedereen inmiddels al lang heeft kunnen lezen in dag- en weekbladers. Nu wil het geval, dat de I.C.I. een octrooi heeft op een VX-zenuwgas, zoals ik al eerder heb gereleveerd (vergl. M.C. 1970 no. 24).

Wat het „werkelijke doel is” van de produktie van een gas, ja van de gehele industrie, ontgaat collega Terpstra evenzeer als ondergetekende. Bij elke organisatie ontstaan belangrijke

en soms moeilijk tijdig merkbare doelverschuivingen. Dat is uit de bedrijfs-sociologie langzamerhand wel overbekend. Welnu: De ontwikkeling van liëringen tussen (chemische) industrie, overheid en defensie-organisaties was aan Generaal Eisenhower in 1961 al opgevallen. Hij sprak van militair-industriële complex. Deze machtsontwikkeling heeft bepaald niet als primaire doelstelling het salus aegroti, of sterker nog salus populi. Het wordt veel eerder een doel op zichzelf en wel met imperialistische tendenties: dat betekent consolidering, versterking en uitbreiding van macht, zonder heteronome justitie. Dat wil zeggen zonder onderschikking van deze ontplooiing in enige andere hiërarchie van waarden dan een economische.

Collega Terpstra negeert dit alles, of misschien weet hij het niet eens. Liever geeft hij een nummertje „voorbereiden” weg, waarop hij dan een paar achteloze diskwalifikaties laat volgen. Met zo'n achteloos antwoord van een collega namens de industrie moeten wij het dan maar weer doen. En om die achteloosheid van de industrie ging het juist.

Beverwijk, 4.7.1971

J. H. van Meurs, zenuwarts

„VOLSTREKT ONAANVAARDBAAR”

In Medisch Contact van 16 april '71, dat ik eerst onlangs ontving in verband met de geïsoleerde plaats waar ik werk vond ik een uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege, betreffende een arts, die narcose met i.v. Thiopentone placht te geven.

In de overwegingen wordt vermeld, dat na advies van een deskundige anesthesist, is gebleken dat: a. het verrichte onderzoek volstrekt onvoldoende is; b. een zuurstofapparaat en beademingsmasker ten enenmale onvoldoende zijn ter bestrijding der complicaties.

Zoals u weet zijn artsen in ontwikkelingslanden gedwongen om ingrepen te verrichten en verantwoordelijkheden te dragen, waarvoor zij niet speciaal zijn opgeleid. Zo valt het geven van narcose onder deze verantwoordelijkheden, waarbij de Thiopentone narcose, al of niet gecombineerd met ether, een algemeen aanvaarde methode is. Ik wil niet ingaan op het feit, dat ether al één veiliger is, aangezien hier vele situaties zijn waar deze methode niet in aanmerking komt, zoals iedere tropenarts weet.

Met mij nu zijn er tientallen artsen hier, die zich beperken tot een onderzoek van hart en longen samen met bloeddrukbeoordeling, al of niet na inspanning. Het H.B. wordt klinisch ge-

schat. Verder staan tijdens de operaties zuurstofapparaat en beademingsset klaar. Hoewel meestal wel een intubatieset beschikbaar is, is het de vraag hoeveel artsen voldoende ervaring hiermee hebben om in een stress-situatie er mee te kunnen omgaan. Ook een tracheotomieset is er wel, maar aangezien ieder scherp voorwerp een noodtracheotomie mogelijk maakt, is dit niet relevant.

Uit de praktijk en de handboeken blijkt nu, dat Thiopentone complicaties op vele manieren zijn te bestrijden. Om nu de vier meest voorkomende te vermelden, die zonder bovenvermelde sets kunnen worden bestreden, noem ik:

1. Laryngospasmus: Op te heffen door de narcose te verdiepen. Indien geen succes: insufflatie van 100% zuurstof heft de spasme op. Indien in zeer zeldzame gevallen nog geen succes: succinylcholine i.v. en beademen met beademingsset; alternatief noodtracheotomie.

2. Hartstilstand: Hartmassage

3. Circulatoire collaps: Normale maatregelen als Trendelenburg positie, toepassen van vasopressoren, eventueel infuus toedienen (zodanig Picrotine als antidotum).

4. Inklemming der epiglottis: Met de vinger op te heffen.

Aangezien de anesthesist deskundige en het College blijkbaar bovenvermelde maatregelen onvoldoende acht, zou ik gaarne willen vernemen, en met mij vele anderen hier, welke verdere onderzoeken vooraf en welke extra apparatuur het nodig acht. Het doet mij nogal benauwend aan, dat wij blijkbaar „volstrekt onvoldoende” werken en „ten enenmale onvoldoende” geoutilleerd zijn. Indien ook u van mening bent, dat dit zo is, dan zou ik u willen verzoeken hiervan de betrokken autoriteiten op de hoogte te stellen, zodat maatregelen genomen kunnen worden om deze „volstrekt onaanvaardbare” situatie te stoppen.

Aangezien ik van mening ben dat de mens in Afrika even weinig recht heeft op een „volstrekt onvoldoende” behandeling als de mens in Europa, geloof ik dat actie op zijn plaats is, tenzij u het met mij eens kunt zijn, dat de behandeling weliswaar niet optimaal maar toch zeker voldoende is.

Geenszins, wil ik de uitspraak van het College aanvechten, want daarvoor zijn er te veel andere factoren in het spel, slechts de twee bovenvermelde overwegingen vecht ik aan. Gaarne uw commentaar,

Biharamulo, 3 juli 1971
Tanzania

T. W. J. Schulpen,
District Medical Officer

Drugs kunnen een mens helpen bij bepaalde beperkingen. De schadelijkheid van de uitwerking wordt bepaald door de diepgang van die beperkingen, het verslavend effect van het gebruikte middel op zich en de persoonlijke gevoeligheid van de gebruiker. Aldus de filosofie die ten grondslag ligt aan een nieuw voorlichtingspamflet over drugs, uitgegeven door het Nationaal Protestants Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid, Duinweg 23, Den Haag, tel. 070-512521. Het pamflet, nummer 6 in de serie G.G.-pamfletten geeft een zakelijk inzicht in het samenleven en de „gaten” die daarin vallen, alsmede een overzicht van de meest gebruikte middelen om die gaten kunstmatig te vullen en hun uitwerking; drugs, aldus het pamflet, hoeven die gaten niet alleen te vullen, zij kunnen ze ook camoufleren. Naast een overzicht van de middelen en hun uitwerking, aanwijzingen voor „eerste hulp” en het voorkomen van ongelukken, geeft de brochure ook een aantal aanwijzingen voor ouders en opvoeders en een lijst met de voornaamste hulpadressen. In de serie G.G.-pamfletten maakte het centrum eerder de titels: 1. Voorbehoedsmiddelen; 2. Homofilie; 3. Kinderlokkers; 4. Kinderloosheid; 5. Geslachtsziekten. Vanwege hun onderwerp verschenen deze pamfletten als uitgave van de Protestantse Stichting ter bevordering van Verantwoorde Gezinsvorming. De meeste G.G.-pamfletten worden verspreid via artsen, vormingscentra, scholen, gezondheidszorginstellingen, kerken en dergelijke. Bestellingen kunnen worden gedaan door storting op gironummer 659712 ten name van de P.S.V.G. te Den Haag, onder vermelding van... x G.G. 1 etc.; kosten: 1-20 exemplaren f 0,50 per stuk, 21-50 exemplaren á f 0,40, 51-100 exemplaren á f 0,30, 101 en meer f 0,25 per stuk.

In het kader van de tweede P. J. Waardenburg-prijsvraag wacht het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap kritische beschouwingen in over de navolgende onderwerpen: de Mary Lyon-hypothese, gezien vanuit de oogheelkunde (ref. M. F. Lyon, *Nature* 1961, 190, 372 en id., *Lancet* 1961, II, 434); irisanomalieën in combinatie met lensafwijkingen; oogheelkundige afwijkingen bij chromosomale anomalieën; de betekenis van de „inborn errors of metabolisme” in de oogheelkunde. De deelnemers — Nederlandse (oog)art-

sen en studenten — kunnen zich tot de behandeling van één van de genoemde onderwerpen beperken. Hun inzendingen moeten voor 1 oktober 1973 binnen zijn. Het ingezonden materiaal mag voor een proefschrift worden gebruikt. De jury die de inzendingen zal beoordelen bestaat uit Dr. P. J. Waardenburg, Prof. Dr. N. M. J. Schweitzer en Dr. J. E. Winkelman. De prijsuitreiking vindt plaats tijdens de jaarvergadering van het gezelschap, december 1973; de winnaar krijgt f 2.500,—. Nadere inlichtingen verschaft de secretaris van de jury, Dr. J. E. Winkelman, de Lairesestraat 67, Amsterdam-Z., aan wie ook de inzendingen onder ken-ken kunnen worden gestuurd; als secretaris van het N.O.G. ontvangt hij gaarne de namen van de inzenders met de daarbij behorende kentekens.

Het probleem van de preventie van zelfmoord en zelfmoordpoging is het onderwerp van een symposium, dat de vakgroep klinische psychologie van het Psychologisch Laboratorium van de Katholieke Universiteit donderdag 30 september en vrijdag 1 oktober 1971 organiseert. Besproken worden de recente ontwikkelingen in het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de zelfmoordpreventie en de werkwijze, structuur en effectiviteit van organisaties die op dit gebied actief zijn. Er zijn sprekers uit binnen- en buitenland. Verzoeken om inschrijvingsformulieren kunnen worden gericht aan het secretariaat van het symposium, afdeling Klinische Psychologie, Erasmuslaan 16, Nijmegen tel. 08800-58711, toestel 2668 (Psychologisch Laboratorium).

„De geneesheren aangesloten bij het Vlaams Geneesheren Verbond, hebben tijdens hun Statutaire Voorjaarsvergadering te Antwerpen op 8 mei jl. vastgesteld dat de gezondheid van onze bevolking ernstig bedreigd wordt door de milieuverontreiniging. Zij waarschuwen de overheid dat de aantasting van de volksgezondheid nu reeds een feit is en dat indien niet op de meest energieke wijze wordt opgetreden een nationale ramp in de nabije toekomst onvermijdelijk is. Zij stellen vast dat op technisch gebied voor de vrijwaring van de milieuhygiëne zich geen eigenlijke problemen stellen. Zij wensen niet langer in de woestijn te prediken en eisen dan ook dat de oplossing van dit probleem dringend, zonder verwijl en met alle middelen door de overheid

zou aangepakt worden". Aldus de letterlijke tekst van een open brief van de Vlaamse artsen aan premier Eyskens, gepubliceerd in het V.G.V.-maandblad Periodiek nr. 6/1971. De najaarsvergadering van het verbond zal geheel aan het probleem van de milieuhygiëne zijn gewijd.



Drie leden der Tweede Kamer, de heren Westerterp (K.V.P.), Boertien (A.R.P.) en Bos (C.H.U.) hebben de regering gevraagd of het haar bekend is dat bij de Raad van de Europese Gemeenschappen thans veertig voorstellen voor richtlijnen en verordeningen sedert drie jaar en honderdtwintig voorstellen voor richtlijnen en verordeningen sedert twee jaar op afdoening wachten. De minister van Buitenlandse Zaken de heer Schmelzer heeft daarop geantwoord dat dit de regering bekend is en hij is met de vraagstellers van mening dat deze vertraging belemmerend werkt op de Europese integratie. De minister tekent daarbij aan dat de vertraging vooral is opgetreden in de sector van harmonisatie van wetgevingen, waarbij het dikwijls gaat om technisch zeer gecompliceerde problemen met, veelvuldig, veiligheids- en volksgezondheidsaspecten. Op dit gebied, aldus de bewindsman, bestaat bij de Lid-Staten vaak huiver om het meestal moeizaam tot stand gekomen eigen systeem te wijzigen.



Het aantal blijvend gehandicapten stijgt in ons land alleen al door het hartinfarct met 7.000 jaarlijks. Per dag krijgen 120 Nederlanders een hartinfarct; 20 van hen ondervinden daarvan zulke nadelige gevolgen dat zij gehandicapt blijven. Het aantal blijvend gehandicapten als gevolg van de 25.000 verkeers- en 300.000 bedrijfsongevallen die zich ieder jaar in ons land voordoen, is niet precies bekend. Vast staat, dat er per jaar 30.000 aanvragen méér met betrekking tot een W.A.O.-uitkering worden gehonoreerd; van de mensen die voor het eerst zo'n uitkering ontvangen, zijn er 10.000 minder en 20.000 volledig arbeidsongeschikt. Het ministerie van Sociale Zaken ziet het steeds toenemen van het aantal gehandicapten als een beklappend feit, dat het in direct verband brengt met het stijgen van de welvaart. In de brochure „Werk in het bedrijfsleven voor gehandicapten" poogt het be-zwaren tegen het dienst nemen van gehandicapten weg te nemen.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

Bestuur: Dr. J. Degenaar, Epe, voorzitter; B. Q. A. Enneking, Breda, vice-voorzitter; Dr. J. A. Stoop, J. M. Kemperstraat 5, Utrecht, secretaris; G. A. C. Bosch, Amsterdam, penningmeester; J. H. van Meurs, Beverwijk.

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

Uitgever: Uitgeverij. 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 opgaaf van redenen worden geweigerd.

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 40,—, plus f 1,60 BTW = f 41,60, buitenland f 45,—, losse nummers f 1,04 (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 Uitgeverij. Kruyt N.V., Bussum.

Oplage: 16.920 exemplaren.

Druk: Verweij Mijdrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Adressen: K.N.M.G. (secretariaat, boekhouding, ledenregister, enz.) - Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband - Landelijke Huisartsen Vereniging - Landelijke Specialisten Vereniging - Centraal College - Specialisten Registratie Commissie - College voor Sociale Geneeskunde - Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie - Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.):

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-12184 of 12960; 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.

* * *

Bureau voor waarneming en vestiging:

van 9 tot 16.30 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411:

uitsluitend na 18 uur en in het weekend: telefoon 020-798984.

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021