



OFFICIEEL ORGAAN  
VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ  
TOT BEVORDERING  
DER GENEESKUNST

# Medisch Contact

## REDACTIONEEL

### Het vragen van toestemming voor obductie

In een recente uitspraak van het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam (zie dit nummer, blz. 429) is een waarschuwing uitgesproken jegens een arts, die een obductie heeft verricht

zonder dat daarvoor aan de nabestaanden van de overledene toestemming was gevraagd. Wel had de arts met een internist, die zijn opleiding leidde, voorafgaand overleg gepleegd en zich gevoegd naar de inzichten van zijn opleider, doch - aldus dit College - zulks neemt niet weg dat de arts voor zijn beslissing geheel zelfstandig verantwoordelijk is omdat hij, ook al was hij in opleiding tot internist, als zelfstandig bevoegd arts ook in die situatie niet ondergeschikt is aan hem leidende collegae.

Een verschil in formele opstelling ten aanzien van de verantwoordelijkheid te dezer zake is wellicht te constateren tussen het hier gegeven inzicht en dat van het Medisch Tuchtcollege te Zwolle, dat (zie M.C. no 8/1966 blz. 176) de vraag, wie voor het ontbreken van toestemming voor obductie verantwoordelijk is, beantwoordde met te stellen dat dat diegene(n) is of zijn, die, ofschoon redelijkerwijs in staat toestemming tot obductie van nabestaanden van overledenen te krijgen, het vragen daarvan heeft (hebben) nagelaten. Het betrof hier een patholoog-anatoom, die op verzoek van een behandelend arts sectie had verricht zonder zich tevoren er van te vergewissen of de behandelend arts toestemming tot deze sectie aan nabestaanden had gevraagd. Het Medisch Tuchtcollege te Zwolle was van oordeel dat het vragen van deze toestemming een delicate opgave is, welke allereerst vereist het bestaan van een vertrouwensrelatie tussen hem, die contact met de nabestaanden van een overledene moet leggen en degenen, tot wie hij zich voor dit doel dient te wenden. Een zodanige vertrouwensrelatie, aldus het Zwolse College, bestaat niet tus-

25e JAARGANG — No. 17 — 24 APRIL 1970

#### INHOUD

Het vragen van toestemming voor obductie	409
Prof. K. Wiersma staatssecretaris van Justitie	410
De 155ste Algemene Vergadering der Maatschappij	411
Cursussen voor Voortgezet Medisch Onderwijs „Oost-Nederland”	412
Medische ethiek anno 1970	413
Engels-Rhodesisch conflict over artsenopleiding in Salisbury	417
Stervensbegeleiding: medisch-ethische plicht?	418
Samenwerkingsverband maatschappelijk werkers	424
Discussie over abortus provocatus	425
Conferentie Medische Staven	428
Uitspraken Medisch Tuchtcollege Amsterdam	429
Wat kan de medische polemologie doen?	433
Vaderlandsprijs 1970 voor huisarts S. M. Lammerts van Bueren	436
Bevindingen van een weekend-waarnemer terzake van al dan niet gemotiveerd inroepen van huisartsenhulp	437
Universitaire berichten	439
Van het Centraal Bestuur L.S.V.:	
Kandidaatstelling	439
Uit de afdelingen	440
Personalia	440
Brieven aan de redactie	441
Varia	443

Hoofdredacteur: F. A. Bol

Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens

Colofon op bladzijde 444

sen familieleden en degeen, die enkel als patholoog-anatoom bij de sectie wordt betrokken. De tegen de patholoog-anatoom ingediende klacht werd daarom afgewezen.

In de uitspraak van het Amsterdamse College heeft de aangeklaagde arts zich gevoegd naar de inzichten van zijn opleider maar als zelfstandig bevoegd arts wordt hij zelfstandig verantwoordelijk geacht, zijnde hij als zelfstandig bevoegd arts niet ondergeschikt aan hem leidende collegae. De vraag kan opkomen of de zelfstandige verantwoordelijkheid van de zelfstandige arts - en dat is ook de patholoog-anatoom - dan niet in het geding komt, lettende op de Zwolse uitspraak, wanneer hem een verzoek tot sectie van een collega „bereikt”.

Dit mogelijk formele verschil van inzicht is evenwel ondergeschikt te achten aan de duidelijke opvatting van beide Tuchtcolleges - die de openbaarmakingen van hun uitspraken op grond van het algemeen belang hebben gelast - dat het vragen van toestemming tot obductie een delicate zaak is omdat daarbij de hoogstpersoonlijke gevoelens van nabestaanden zijn betrokken en moeten worden gerespecteerd. Het Amsterdamse College, komend in zijn uitspraak tot een maatregel en niet, zoals het Zwolse College, tot afwijzing van de klacht, heeft uitdrukkelijk gesteld dat het niet vragen van toestemming tot obductie aan nabestaanden ondermijnend is voor het vertrouwen in de medische stand. Het achterwege laten van het vragen van deze toestemming is overtreding van artikel 1 van de Medische Tuchtwet.

Naast deze beide binnen enkele jaren gegeven uitspraken naar aanleiding van klachten over het zonder verkregen toestemming van nabestaanden verrichten van obductie, verdient een aspect, dat het Tuchtcollege Amsterdam nu in zijn uitspraak naar voren brengt, zeker ook de aandacht. Het stelt namelijk in zijn uitspraak letterlijk: „Toch moet hier een duidelijk conflict worden signaleerd tussen de eisen van uitoefening van de medische wetenschap en de gevoelens van naaste belanghebbenden. Obductie is immers een afsluiting van de medische behandeling, van belang voor de volksgezondheid en ter lering omtrent diagnose en behandeling, alsook ter opleiding van artsen. In ziekenhuizen, voor opleidingen aangewezen, behoren dan ook

---

## PROF. K. WIERSMA

### staatssecretaris van Justitie

Tot staatssecretaris van Justitie is benoemd Prof. Dr. K. Wiersma, die kenbaar heeft gemaakt dat de vervulling van deze functie neerlegging van enkele door hem thans verrichte zaken zal meebrengen. Prof. Wiersma is de rechtskundige raadsman van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, die derhalve zijn steun gaat verliezen.

De benoeming van Prof. Wiersma tot staatssecretaris vindt haar grond voornamelijk in de noodzaak dat de minister van Justitie Prof. Polak in verband met zijn gezondheidstoestand de steun van een staatssecretaris niet langer kan ontberen. Onder dit licht bezien is denkbaar, dat Prof. Wiersma niet blijvend een politieke carrière voor ogen staat en dat hij te enigertijd zijn taak als rechtskundig raadsman der Maatschappij weer zou kunnen opvatten.

---

regelmatig obducties te geschieden. Toestemming daartoe moet herhaaldelijk juist worden gevraagd op een moment waarop - geschokte - nabestaanden de gevolgen van een weigering moeilijk kunnen afwegen. Aan dit conflict kan slechts een einde worden gemaakt door een duidelijke wettelijke regeling, inhoudende wanneer en **op welke wijze** de gevoelens van naaste familieleden dienen te wijken voor de eisen, welke de medische wetenschap ten deze in het algemeen belang stelt”.

Mogelijk kan de staatscommissie, die zich buigt over de herziening van het medisch tuchtrecht, dit aspect in haar beraad betrekken. Mogelijk is het wel doenlijk aan te geven wanneer de gevoelens van nabestaanden moeten wijken voor medisch-wetenschappelijke eisen, maar **op welke wijze** die gevoelens dan dienen te wijken lijkt toch wel voor de dragers van die gevoelens een zo individuele aangelegenheid, dat een wettelijke wegwijzing daarbij geen oplossing zal bieden. Dit zal het Tuchtcollege te Amsterdam ook niet hebben bedoeld en hier zal wel sprake zijn van een verschrijving.

v.M.

# DE 155ste ALGEMENE VERGADERING DER MAATSCHAPPIJ

De zaterdag 18 april te Utrecht in Esplanade gehouden 155ste Algemene Vergadering der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst viel in twee delen uiteen: een huishoudelijk gedeelte in korte agenda en, na een pauze, inleidingen van de voorzitter der Maatschappij Dr. L. van der Drift en van Dr. C. P. Sporken over medische ethiek. In zijn korte inleiding tot deze vergadering lichtte de voorzitter de intenties toe, welke tot dit schema hadden geleid, wijzende op de noodzaak zich over vraagstukken van medische ethiek, die ook buiten medische kring zoveel aandacht hebben en die als actueel kunnen worden gekenschetst, uitvoerig te beraden.

In deze inleiding heeft de voorzitter ook ten overstaan van de Algemene Vergadering de afgetreden secretaris-penningmeester G. Dekker - door buitenslands verblijf afwezig - dank gezegd voor het vele en goede werk door deze ten dienste der Maatschappij verricht en zijn opvolger, met de titel secretaris-generaal, J. Diepersloot, verwelkomd, motieven aanvoerend - diens bestuurlijk verleden, ervaring in een leidinggevende functie, de snelheid waarmee hij zich in zijn nieuwe taak heeft ingewerkt - waarop het volledig vertrouwen is gebaseerd dat de goede man op de goede plaats is gebracht, een verwelkoming, welke de vergadering met een applaus bevestigde.

In het huishoudelijk gedeelte kwam, na herdenking van de sinds een vorige Algemene Vergadering overleden leden, één voorstel aan de orde, te weten dat tot goedkeuring van de 13de lijst van aanvullingen en wijzigingen bij het „Rapport inzake Geneeskundige Verklaringen“, het zogenaamde groene boekje. Het voorstel, kort toegelicht door de voorzitter van de betreffende commissie A.E. Denekamp, werd na zeer korte discussie met algemene stemmen aangenomen.

De voorzitter heeft er nog de aandacht voor gevraagd dat bij besluit van het Dagelijks Bestuur de termijn (1 april 1970), waarop de districtsraden het werk van de afdelingsraden zouden moeten hebben overgenomen, voor enkele gevallen is verlengd. Er zijn thans vijftien districtsraden samengesteld; in vier districten worden verkiezingen gehouden en in een district zijn nog enkele moeilijkheden, maar aangenomen mag worden dat op 1 mei alle districtsraden functioneren.

Tot de daarop gegeven mededelingen van de voorzitter behoorde die betreffende een besluit van het hoofdbestuur om, nadat dit jaar in den Haag en in 1971 te Rotterdam het Ledencongres zal worden gehouden, zich op de organisatie daarvan nader te bezinnen. Tot dat doel zullen in 1972 en 1973 te Utrecht ééndaagse congressen worden gehouden,

waarna in 1974 ter gelegenheid van een lustrum van de Maatschappij een driedaags congres op het programma staat. Met de inmiddels opgedane ervaringen met eendaagse congressen hoopt men dan in staat te zijn te bepalen welke organisatorische vorm aan deze congressen moet worden gegeven teneinde zoveel mogelijk voor de leden de beletsen weg te nemen om deze congressen te bezoeken.

Uit de vergadering werd gevraagd of deze eendaagse congressen, die door het secretariaat der Maatschappij zullen worden georganiseerd, niet de mogelijkheid teloor doen gaan van de versterking van de onderlinge band in en in het algemeen de bloei van een het Ledencongres organiserende afdeling. De voorzitter erkende enerzijds dit nuttig effect, anderzijds hebben informatie betreffende de duurzaamheid van dit effect aanleiding kunnen geven dit teloor gaan te durven aanvaarden en de voorkeur te geven aan de omschreven proefneming.

Nadat de voorzitter nog had gezegd vooralsnog niet de consequenties te kennen die kunnen voortvloeien uit de recente benoeming van Prof. Dr. K. Wiersma, rechtskundig raadsman der Maatschappij, tot staatssecretaris van Justitie en vervolgens een opwekking deed om reactie op de door de Maatschappij aan de leden gerichte brief inzake financiële steun aan de S.A.N.O. (Stichting Uitzending Artsen naar Ontwikkelingslanden) er is reeds f 77.000 binnengekomen met een gemiddelde van f 95,—) werd na een korte rondvraag, waarbij kritiek werd geuit op de redactie van M.C. terzake van de plaatsing van een artikel van de arts Bouricius, deze ruim een uur vergende vergadering gesloten.

Na de pauze zijn vorengenoemde inleidingen gehouden, welke men elders in dit nummer integraal vindt afgedrukt. De vergadering heeft het gesprokene met grote aandacht gevolgd, de discussie na de beschouwing van Dr. Van der Drift bleef beperkt, na de met veel overtuiging voorgedragen inleiding van Dr. Sporken, volgde een uitgebreide gedachtenwisseling. De daarbij gemaakte kritische kanttekeningen bij het betoog van deze ethicus belieten allerminst dat de Ledenvergadering zich met overtuigend applaus schaarde achter de dank, Dr. Sporken door Dr. Van der Drift gebracht voor zijn gloedvol betoog.

\*\*

Met deze 155ste Algemene Vergadering is Esplanade als plaats van samenkomst verlaten. Volgende Algemene Vergaderingen zullen in de nieuwe Jaarbeursgebouwen worden gehouden.

v.M.

# Cursussen voor Voortgezet Medisch Onderwijs „Oost-Nederland”

Na de cursus „Vorderingen in de geneeskunst”, van 23 tot en met 25 april laatstleden op het terrein van de Technische Hogeschool Twente gehouden, staan voor het lopende jaar nog een drietal cursussen voor voortgezet medisch onderwijs voor belangstellenden uit het Oosten des lands op het programma. De cursussen worden georganiseerd door de Dr. G. J. van Hoytemastichting, met medewerking van de Commissie Boerhaave Cursussen voor Voortgezet Medisch Onderwijs van de Rijksuniversiteit te Leiden. Respectievelijk in juli, augustus en november zullen leergangen plaatsvinden in trauma capitis, arts en verpleegkundige in ziekenhuis, en ontwikkelingen in de geneeskunde. In detail:

26-27 juni 1970, cursus „Trauma capitis”.

Deze cursus zal een overzicht geven van de stand van zaken op dit ogenblik wat betreft diagnose, behandeling en nazorg. De eerste dag zal vooral gewijd zijn aan de diagnostiek. Hierbij zullen zowel de algemene en neurochirurgische als de specifieke, röntgenologische en electrodiagnostische diagnostiek aan de orde komen. Ook zullen dan de pathologisch-anatomische aspecten worden behandeld.

De tweede dag staan de algemene therapie, de neurochirurgische therapie, de psychotherapeutische revalidatie, de sociale aspecten en het post-traumatische syndroom op het programma. Sprekers zijn onder meer: Dr. H. Doeleman, Oegstgeest; Prof. Dr. K. A. Jochheim, Keulen; Dr. Karimi-Nejad, Keulen; Dr. Kruij, Enschede; M. Kuilman, Amsterdam; J. Oostrom, Enschede; Prof. Dr. A. Verjaal, Leiden en Dr. J. Zeldenrust, Den Haag.

14-15 augustus 1970, cursus „Arts en verpleegkundige in ziekenhuis”.

Deze cursus is reeds tweemaal in Leiden gegeven en heeft daar een zeer groot succes gehad. Deze cursus is opgezet om de verschillende facetten van de patiëntenzorg in het ziekenhuis, met name op een verpleegafdeling, te berichten. Door de snelle ontwikkeling van de geneeskundige mogelijkheden wordt het werk op een verpleegafdeling steeds ingewikkelder. In de eerste plaats zal aandacht worden besteed aan de samenwerking arts-verpleegster. Verder zullen de psychologische en sociologische aspecten, de pastorale zorg, de consequenties van de medische technologie, de geneesmiddelenvoorziening en de wettelijke aansprakelijkheid worden besproken. Tevens zullen beschouwingen worden gehouden over de opleiding van de verpleegkundigen en wel over de bestaande toestand en de wensen voor de toekomst. De wensen ten aanzien van de hogere beroepsopleiding van verpleegkundigen zullen aan de orde worden

gesteld. Er zal ruime gelegenheid zijn tot discussie. De cursus is bestemd voor verpleegkundigen, ziekenhuisartsen, ziekenhuisbesturen en directies, doch anderen zijn van harte welkom voor zover er ruimte is. Een grote belangstelling, ook in Twente, tekent zich reeds af.

20-21 november 1970, cursus „Ontwikkelingslijnen in de geneeskunde”.

Deze cursus beoogt de ontwikkelingen in een aantal wetenschappen door te trekken, voor zover die voor de geneeskunde van belang zijn. Het is de bedoeling, dat hierdoor de groei van de geneeskunde vanuit een drie-dimensionale benadering, namelijk technisch, maatschappelijk en geneeskundig, zo goed mogelijk gestalte krijgt voor de nabije toekomst. De technische zijde zal worden gezien vanuit de ontwikkelingen in de bio-informatica, de biochemie, de biofysica en de farmaceutische industrie. Het maatschappelijke aspect komt aan de orde bij de behandeling van onderwerpen als de plaats van het ziekenhuis in de toekomst der geneeskunde, de ziekenhuisorganisatie, de extramurale geneeskunde (met name de huisartsgeneeskunde) en maatschappelijke organisaties. Ten slotte zal worden getracht de ethiek ten aanzien van deze ontwikkelingen te belichten. De eerste dag zal voornamelijk bestaan uit informatie vanuit de technische wetenschappen, terwijl de tweede dag typisch het accent ligt op de maatschappelijke en ethische bijdragen. Hierdoor wordt vooral wat betreft het tweede gedeelte de interesse-sfeer niet alleen voor medici van belang geacht, doch evenzeer voor ziekenhuisbesturen, politici die beslissingen in de gezondheidssector nemen, geestelijke verzorgers, kruisverenigingen, psychologen, e.d. Het eerste gedeelte zal eveneens van belang zijn voor biologen, physici, chemici, farmacologen en dergelijke. Aan het eind van ieder der symposiondagen zal een paneldiscussie worden gehouden.

De intekening voor de augustus-cursus is reeds opengesteld. Alle opgaven moeten worden gericht aan het secretariaat van de Dr. G. J. van Hoytemastichting, Van Kolstraat 18, Enschede, tel. 05420-19108 (bij voorkeur 's ochtends tussen 9 en 12 uur).

**Abonnementen,  
welke niet één maand van te voren  
zijn opgezegd,  
worden geacht voor dezelfde termijn  
verlengd te zijn**

# MEDISCHE ETHIEK ANNO 1970

## *Inleiding van de voorzitter der Maatschappij, Dr. L. van der Drift, ter Algemene Vergadering op 18 april 1970 te Utrecht*

Het uitkomen van boeken met titels als: „Medische Ethiek Vandaag”, een serie vraaggesprekken met medici onder redactie van de heer Calff; „Recent medisch-ethisch Denken”, een verzameling opstellen van verschillende auteurs, zowel medici als niet-medici; „Voorlopige diagnose” van Dr. Paul Sporken, R.K. moraal-theoloog; „Ethiek der voorlopigheid van Dr. Heering, een ethicus uit de vrijzinnig-protestantse denkrichting; is een verschijnsel dat wijst op de evolutie en het tijdbepaald zijn van het denken over de ethische aspecten, verbonden aan onderwerpen die men gewoonlijk rekent tot het terrein van de geneeskunde. De snelle ontwikkeling van deze geneeskunde als wetenschap dwingt tot bezinnen op de ethische aspecten van de door deze evolutie aan het licht gebrachte nieuwe kennis. Maar niet alleen de vooruitgang van de wetenschap, ook de ontwikkeling van de verhoudingen in de menselijke samenleving is van verstrekkende invloed op het ethisch gevoelen omtrent allerlei geneeskundige vraagstukken.

Hoewel in de statuten van de Maatschappij de bestudering van de ethische aspecten van de geneeskunde en de geneeskunde niet expliciet wordt genoemd — in artikel 1 sub j. van het huishoudelijk reglement wordt alleen gesproken van het schenken van aandacht „aan het hoog houden van de gedragsregels der geneeskundigen” — heeft de Maatschappij zich in haar lange historie steeds hiermee beziggehouden. De versnelling in de ontwikkeling van wetenschap en samenleving dwingt het hoofdbestuur van de Maatschappij tot bezinning op de hierbij tot dusver gevolgde methodieken en procedures om à tempo en op eigentijdse wijze te kunnen blijven meedenken over de gevolgen van dit alles voor het zedelijk bevinden met betrekking tot vrijwel alle onderwerpen op het terrein van de geneeskunde in de meest uitgebreide zin des woords.

Deze bezinning heeft geleid tot het inzicht, dat de bestudering van de ethische aspecten van geneeskundige onderwerpen thans meer wordt bevorderd door het aanwijzen van de problematiek en het aandragen van stof tot overdenking dan door het poneren van stellingen die in het verleden nogal eens als stellingen werden opgevat.

In de volgende beschouwing mag ik namens het hoofdbestuur van dit inzicht verantwoording afleggen, in de hoop en de verwachting, dat de daaruit voortgekomen veranderingen in de wijze van bestudering van ethische vraagstukken op het terrein der geneeskunde uw instemming mogen hebben en zowel mogen bijdragen tot verbreding en

verdieping van de discussie hierover in de intercollegiale kring als ook tot de samenspraak met vertegenwoordigers van andere disciplines en in laatste instantie met de gehele bevolking, wier gezondheidsbelangen te dienen het doel van onze professie en van onze Maatschappij is.

### *Historie*

Bezien wij de wijze waarop de Maatschappij in het verleden medisch-ethische problemen heeft bestudeerd, dan moet worden geconstateerd, dat deze activiteiten aanvankelijk vooral plaatsvonden in de afdelingen en voornamelijk betrekking hadden op wat wij thans geneigd zijn de gedragsregels te noemen. Toch heeft de Maatschappij reeds vroeg deze besprekingen samengevat tot een medisch-ethische code en erop toegezien dat deze werd gehandhaafd. Hiertoe werden in 1903 afdelingsraden ingesteld. De Maatschappij heeft er steeds voor gewaakt, dat geen verstarring optreedt. Telkens weer werden commissies ingesteld om de regels aan te passen aan de wijzigingen, ook in het maatschappelijk bestel.

Wat betreft het meer recente verleden: In 1949 werd een Commissie Beroepsgeheim ingesteld, welke in 1952 een belangrijk en in Medisch Contact gepubliceerd rapport heeft uitgebracht. In 1954 is een commissie ingesteld, welke de opdracht kreeg een nieuwe uitgave voor te bereiden van het in 1936 verschenen boek „Medische Ethiek”. Na de publikatie van de diverse hoofdstukken in Medisch Contact is het geheel gebundeld in de thans bestaande uitgave van 1959, het zogenaamde „blauwe boekje”. De beide commissies zijn in 1964 samengevoegd tot een permanente commissie „Medische Ethiek en Beroepsgeheim”.

Het reeds genoemde blauwe boekje werd tot voor kort aanbevolen als leidraad voor de studie door verschillende hoogleraren aan de faculteiten der geneeskunde bij hun uiteenzettingen over de medische ethiek. Het feit, dat de voorraad van dit blauwe boekje uitgeput is geraakt, is de directe aanleiding geweest voor het hoofdbestuur om zijn beraad ter zake af te ronden in het besluit dit boekje niet te laten herdrukken, maar over te gaan tot een andere wijze van publiceren over vraagstukken betreffende de medische ethiek.

### *Medische Ethiek*

Zo heb ik dan nu voor het eerst de term „medische ethiek” gebruikt, hetgeen ik tot dusver met opzet heb vermeden. In het vervolg van mijn betoog

zal ik korthedshalve deze term vaker gebruiken, doch alleen bij wijze van afkorting en niet omdat medische ethiek een vorm van ethiek zou zijn, die zich wezenlijk onderscheidt van andere vormen van ethiek.

Ethiek is de wetenschappelijke vorm van bestudering van het zedelijk bewustzijn in een samenleving van mensen — dus een analyseren van en kritisch nadenken over de verschijningsvormen en de inhoud van hetgeen aan zedelijk bewustzijn leeft onder de deelgenoten van die samenleving. Medische Ethiek in deze zin is dus ethiek welke zich in het bijzonder richt op dat deel van het zedelijk bewustzijn in de menselijke samenleving, dat betrekking heeft op onderwerpen die liggen op het terrein van de geneeskunde in de meest uitgebreide zin van het woord. In dit verband kan men in de samenleving twee groepen onderscheiden: de geneeskundigen en de overigen. Dit impliceert, dat men in de medische ethiek de ethiek der medici kan onderscheiden als de kritische reflectie in wetenschappelijke zin op het zedelijk bewustzijn in de kring der geneeskundigen met betrekking tot geneeskundige onderwerpen. Deze stellingname houdt tevens de erkenning in dat in alle groeperingen van mensen die tezamen de volksgemeenschap vormen, evenzeer zedelijk bewustzijn met betrekking tot geneeskundige vraagstukken aanwezig moet worden geacht. Tussen deze te onderscheiden groepen in de bevolking mag op grond van deskundigheid of betrokkenheid bij het onderwerp van medische ethiek geen rangorde worden voorondersteld.

De vroeger veelal vermeende alleen- of meer-deskundigheid van medici in medisch-ethische aangelegenheden heeft door de stroomversnellingen in het huidige tijdsgewricht hen enigermate doen vervreemden van de samenleving die zij als professie wensen te dienen.

#### *Gedragsregels*

Waar in het voorgaande sprake was van de ethiek der medici zou men kunnen menen, dat dit een verschraling tot gedragsregels en niet meer inhoudt. Dit is niet de bedoeling en historisch gezien ook niet het geval. Niet ontkend kan worden, dat het ethisch bewustzijn der geneeskundigen zich in het verleden vooral heeft geconcentreerd op de wijze waarop men zich als groep, als professie, dienstbaar wilde stellen ten behoeve van de mensengemeenschap. Wanneer ik in dit verband termen noem als: „*Salus aegroti, suprema lex*”, vertaald als „het belang van de patiënt gaat voor alles”, „het beroepsgeheim”, „het vertrouwen in de stand der geneeskundigen”, dan is het iedere ingewijde duidelijk, dat hiermede het terrein is betreden van de beroepsuitoefening, dus van de patiënt-arts-relatie.

Deze relatie is in optima forma aanwezig te achten waar de patiënt zich in volledig vertrouwen over kan geven aan de door hem in vrijheid gekozen geneeskundige raadsman, die zich ook in zijn maatschappelijke opstelling aan hem openbaart als de onafhankelijke, deskundige adviseur. Deze vertrou-

wensrelatie wordt door de professie ervaren en gepostuleerd als *conditio sine qua non* voor een goede uitoefening der geneeskunst. De uitwerking van deze patiënt-arts-relatie in optima forma heeft geleid tot de opstelling van een code van gedragsregels, die alle als wezenlijk kenmerk hebben deze vertrouwensrelatie ongerept te bewaren.

Het toenemen van de ingewikkeldheid en de daaruit voortvloeiende interdependentie van alle maatschappelijke verhoudingen heeft geleid tot een constante bemoeienis van onze Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst om de patiënt-arts-relatie te vrijwaren voor ontoelaatbare inmenging van derden; of zij betalende, dan wel beoordelende derden zijn. De patiënt en zijn of haar arts staan namelijk beiden ook in relatie tot de samenleving waarvan zij deel uitmaken. Voor beiden geldt, dat zij bereid moeten zijn die beperkingen in hun persoonlijke vrijheid te aanvaarden, die nodig zijn om te maken, dat zij in optimale zin kunnen deel hebben aan de mogelijkheden die binnen deze samenleving tot ontwikkeling zijn gekomen. Op deze wijze is de vrijheid in de patiënt-arts-relatie gesteld binnen het kader van de beperkingen, die nodig zijn om het goed functioneren, de verdere ontwikkeling en het voortbehoud van de samenleving veilig te stellen.

De veelal met een zeker *dédain* als van lagere medisch-ethische waarde aangeduide „gedragsregels” hebben en behouden in deze context een belangrijke betekenis, temeer daar zij niet alleen het medisch-ethisch, maar ook het sociaal-ethisch terrein bestrijken. Deze gedragsregels hebben betrekking op de wijze, waarop de arts zich gedraagt ten opzichte van de patiënt, de samenleving en de collegae. De enige rechtvaardiging van hun bestaan en tevens de toetssteen op hun doelmatigheid is hun betrokkenheid op de optimale realisering van de dienstverlening door de professie in een zo vrij mogelijke patiënt-arts-relatie.

De toenemende betekenis van sociaal-ethische aspecten in de patiënt-arts-relatie maakt, dat voortdurend getoetst zal moeten worden of deze gedragsregels in dit opzicht herziening behoeven. Waar hier sprake is van sociaal-ethische invloeden op de formulering van de gedragsregels, zal moeten worden erkend, dat hierbij aan de vertegenwoordigers van die samenleving een zekere mate van inspraak toekomt. Het zal dus nodig zijn ook voor het formuleren van de gedragsregels een werkwijze te ontwerpen, waardoor kan worden bereikt, dat dit steeds geschiedt met inachtneming van de eisen van openheid en inspraak van belanghebbenden, die in een moderne samenleving mogen worden gesteld.

Aan de kritische beoordelaar van dit betoog zij bij voorbaat toegegeven, dat ondanks de aldus omschreven functie der gedragsregels in het praktische gedragspatroon der medici een onmiskenbare etiquette is binnengeslopen, waaraan de mondig wordende samenleving zich in toenemende mate en soms terecht stoot. Dit rechtvaardigt echter nog niet, dat sommigen, die beter hadden kunnen weten, het vertrouwen in de stand der geneeskundigen on-

dermijnen door te spreken van „het beroepsgeheim der artsen” of „het verrichten van slavenkeuringen” en dergelijke meer.

#### *Voortschrijdende wetenschap*

Terugkerende tot het onderwerp medische ethiek in de eerder aangegeven context, kan worden geconstateerd, dat de snelle vermeerdering van de feitelijke kennis als resultaat van het wetenschappelijk onderzoek, ertoe leidt dat in toenemende mate bezinning nodig is op de betekenis van tot voor kort als vanzelfsprekend aangenomen begrippen in hun betekenis voor het ethisch bevinden. De meest voor de hand liggende voorbeelden vindt men bij de begrippen leven en dood. Met betrekking tot de dood was er tot voor kort geen behoefte aan een ethische reflectie over de fase die wij thans als „stervensproces” aanbieden. Leven kwam abrupt tot einde en ging over in dood. Behoeft aan nadere ethische reflectie ontstond pas op het moment, waarop ten gevolge van wetenschapswetenschap in het stervensproces kon worden ingegrepen om bepaalde voorheen ondenkbare doeleinden te realiseren, zoals bijvoorbeeld orgaantransplantatie. Het kunstmatig in leven kunnen houden van menselijke organismen met ernstige uitval van functies van het centrale zenuwstelsel, stelt evenzeer een totaal nieuw medisch-ethisch probleem, dat niet kan worden afgedaan met de vroeger ogenschijnlijk zo eenvoudige stelling: „Eerbied voor het leven”, eventueel met toevoeging „tot elke prijs”. Deze stelling, vroeger in alle simpelheid de oplossing van alle problemen in kwesties van leven en dood, kan nu hoogstens worden aanvaard als basis voor een juiste probleemstelling, waarvan de oplossing moet worden gezocht in de begripsvorming van hetgeen dat in het concrete geval moet worden verstaan onder „eerbied”, „leven” en „tot elke prijs”.

Een problematiek van dezelfde orde doet zich voor bij de aanvang van leven — met betrekking tot de toepassing van bepaalde vormen van anticonceptie, de ontwikkeling van methoden tot kunstmatige bevruchting in en buiten het moederlichaam en abortus provocatus. Om tijdszake moet ik deze problematiek thans laten rusten, niet omdat zij minder belangrijk is of om bestuurlijke en tactische redenen door mij liever onbesproken wordt gelaten.

#### *Ontwikkeling in de opvattingen van de samenleving*

De medische professie zal zich moeten gaan realiseren, dat de toename van medische kennis en macht tevens invloed uitoefent op de ontwikkeling van het hierop betrekking hebbende ethische bevinden van niet-medische leden van onze bevolking. Dat door medische kennis en macht ingrijpen in kwesties van leven en dood mogelijk is geworden, is voor de niet-medici een schokkende ervaring geweest: enerzijds met een bevrijdende werking, door het besef niet meer onder alle omstandigheden machteloos onderworpen te zijn aan de natuurlijke,

biologische gang van zaken; anderzijds met een beklemmend effect door de vrees voor het laten voortzetten van een bestaan waarvan men de zin niet meer begrijpt. Ambivalente gevoelens dus, die ertoe zullen bijdragen, dat in onze hedonistische samenleving de opvattingen over de toelaatbaarheid van de toepassing van deze nieuwe mogelijkheden sterk zullen worden beïnvloed door de wenselijkheid ervan en de behoefte daaraan.

#### *Mondigheid van de patiënt*

Deze autonome ontwikkeling van het ethisch bevinden van leken met betrekking tot medische onderwerpen wijst op de mondigheid van de patiënt als een niet te negeren factor bij de bestudering van medisch-ethische problematiek. Deze bewering kan het duidelijkst worden geïllustreerd door de snelle ontwikkeling in de opvattingen onder het niet-medische publiek over de toelaatbaarheid van abortus provocatus lege artis. Het feit, dat voor het uitvoeren van abortus provocatus lege artis nog altijd de hulp van een medicus nodig is, heeft niet verhinderd, dat bij een groot deel van de bevolking de opvatting is ontstaan, dat de vrouw met een ongewenste zwangerschap zelf dient te beslissen of zij abortus wenst en dat het de taak van de medicus is de vrouw te helpen bij het nemen van de beslissing en eventueel bij de uitvoering van de daartoe nodige ingreep. Het zou de zuiverheid van de discussie over de ethische aspecten van de abortus provocatus ten goede komen als een methode tot abortus zou worden ontwikkeld, die geen medewerking van de medicus noodzakelijk maakt. Dan zouden betrokkenen met recht „baas in eigen buik” zijn al blijft het te hopen, dat zij dat dan tijdiger zouden hebben bedacht. Dat thans de medewerking van de medicus voor het uitvoeren van een abortus provocatus lege artis een onmisbare voorwaarde is, betekent ipso facto echter nog niet, dat de medicus dan ook daartoe alleen het beslissingsrecht heeft.

Omtrent de indicaties tot het uitvoeren van de ingreep zal ruimte moeten worden gegeven voor de inspraak van vertegenwoordigers van de niet-medische bevolking. Wanneer dit niet gebeurt, dreigt het gevaar, dat de ethiek der medici vervreemdt van het ethisch gevoelen onder de bevolking met betrekking tot dit vraagstuk en dat de medici dientengevolge zullen inboeten aan geloofwaardigheid als onafhankelijke, deskundige adviseurs ten detrimente van het vertrouwen in de stand der geneeskundigen.

#### *Multidisciplinaire benadering*

Dit klemmt temeer, wanneer men bedenkt dat het medisch bevinden van de bevolking inzake medische vraagstukken in toenemende mate onderhevig is aan beïnvloeding door andere denkdisciplines dan de geneeskundige. Godsdienstige, levensbeschouwelijke, sociologische, psychologische en rechtskundige aspecten kunnen aan elk medisch-ethisch vraagstuk worden onderscheiden. Beschei-

denheid alleen al zal de medici ervan moeten weerhouden om al te stringente uitspraken te doen met betrekking tot ethische aspecten van geneeskundige onderwerpen. Per slot van rekening zijn er geen ziekten, maar zieken, mensen in nood. De veelzijdigheid en rijke geschakeerdheid van de mens zijn, naast zijn authentieke eenmalige waarde en waardigheid, even zovele argumenten om als arts met iedereen te willen samenspreken, die uit hoofde van zijn deskundigheid een bijdrage kan leveren tot beter begrip van dit wonderbaarlijke fenomeen, dat men „mens” noemt. Dit geldt in het bijzonder waar het gaat om het zedelijk aspect van het medisch handelen met betrekking tot vraagstukken van leven en dood. Niet voor niets lezen wij in het boek Job, hoofdstuk 2, vers 4: „Maar de Satan antwoordde den Heer: „Huid voor huid, al wat iemand heeft zal hij geven voor zijn leven. Strek daarom Uw hand uit en tast zijn gebeente en zijn vlees aan - of hij U dan niet openlijk zal vaarwel zeggen”.

#### *Zorgvuldigheid*

Nu zoveel wat vroeger als vaststaand en zeker werd beschouwd in beweging is gekomen, vraagt men zich af: wat biedt dan nog houvast?

Uiteindelijk behoeft elke ethiek een grondgedachte als fundament. Uitgaande van de natuurlijke tendens van het artseneroep, zou men het fundament voor een ethiek der medici kunnen omschrijven als het onbaatzuchtig en deskundig zoeken naar die oplossing, waarmee het wezenlijk belang van de patiënt, als individu of als groep, wordt gediend.

De vele onzekerheden, die het gevolg zijn van de zich snel vermeerderende kennis en de snelle veranderingen van de verhoudingen in de menselijke samenleving, maken dat men van de ethiek der medici in dit verband nog één aspect zou willen belichten, dat tot dusver niet expliciet is genoemd. Dit is de zorgvuldigheid, waarmee de arts dient te werk te gaan bij het zoeken naar oplossingen en bij het bepalen van zijn standpunt. Dit betekent dat de arts gehouden is kennis te nemen van hetgeen zich in de kring der collegae en der niet-medici ontwikkelt aan ethisch bevinden met betrekking tot geneeskundige onderwerpen. Van de arts mag op zijn minst worden verlangd, dat hij rekenschap wil en kan geven van zijn mening en advies. Dit betekent evenwel dat de medische ethiek in wezen pluriform is, en dat verschillende opvattingen ten aanzien van éénzelfde vraagstuk ten volle kunnen zijn verantwoord.

#### *Beleid van het hoofdbestuur*

Dit alles heeft het hoofdbestuur ertoe gebracht zich uitvoerig te beraden over een nieuwe aanpak van de studie der medische ethiek. De Commissie Medische Ethiek en Beroepsgeheim heeft aan deze gedachtenvorming belangrijk bijgedragen. Uitgaande van het bestaansrecht van een pluriforme medische ethiek en de wenselijkheid van een multidisciplinaire bestudering der onderhavige vraagstukken, heeft een samenspreking plaatsgevonden

De advertentie-exploitatie Medisch Contact  
is gevestigd:

**Uitgeverij. Kruyt N.V.,  
Groot Hertoginnelaan 28, Bussum,  
telefoon 02159 - 3 22 59 \***

aan welk adres ook brieven op advertenties onder nummer gezonden moeten worden.

van het dagelijks bestuur der Maatschappij met vertegenwoordigers der confessionele en andere levensbeschouwelijk georganiseerde artsengroeperingen. In deze bespreking werd het dagelijks bestuur bevestigd in zijn opvattingen omtrent de wenselijkheid van een nieuwe wijze van benadering der medisch-ethische vraagstukken.

Dit heeft ertoe geleid, dat de Commissie Medische Ethiek en Beroepsgeheim werd opgeheven en dat een werkgroep is gevormd door vertegenwoordigers van de R.K.-artsengemeenschap, de Protestants-Christelijke artsenorganisatie, de Remonstrantse artsvereniging en de humanistische groepering „Socrates”, onder leiding van de Maatschappij. Deze werkgroep zal zich bezinnen op de mogelijkheden tot een slagvaardige, eigentijdse vormgeving aan de bestudering der medische ethiek. Uit het tot dusver plaatsgevonden hebbende beraad is gebleken, dat het wenselijk is op korte termijn een onderscheid te maken tussen datgene, wat behoort tot de beschrijving van de gedragscode der medici in engere zin, en een vernieuwde wijze van bestudering der medische ethische vraagstukken.

Inmiddels is een aanvang gemaakt met deze beschrijving van de gedragsregels, waartoe meerdere deskundigen hun gewaardeerde bijdragen leveren. Met het oog op de op dit terrein bijzonder noodzakelijke continuïteit werd vooralsnog uitgegaan van wat tot dusver onder de beroepsgenoten gebruikelijk is. Dit neemt niet weg, dat bij herhaling moet worden opgemerkt, dat de toenemende betekenis van sociaal-ethische factoren voor de gedragsregels der medici een voortdurende bezinning hierop maakt, waarbij inspraak nodig zal zijn van vertegenwoordigers van relevante disciplines.

Met betrekking tot de vernieuwde wijze van bestuderen der medisch-ethische vraagstukken wordt onder andere gedacht aan het doen schrijven van capita selecta door deskundigen, waarin de problemen zodanig worden gesteld, dat wordt gewezen op de pluriforme benaderingswijze voor de oordeelsvorming, met verwijzing naar relevante literatuur. Zodoende wordt de lezer in kennis gebracht met de



problematiek en als het ware uitgenodigd en gestimuleerd door studie en reflectie te komen tot een zorgvuldige standpuntsbepaling.

Het ligt in de bedoeling deze capita selecta te publiceren in een losbladige uitgave in het bij de Maatschappij gangbare formaat. De na elkaar verschijnende capita zullen op den duur naar het hoofdbestuur hoopt, een vrij volledig en veelzijdig beeld geven van de vraagstukken rondom de medische ethiek. Bovendien legt de keuze van een losbladige uitgave getuigenis af van de opvattingen van het hoofdbestuur, dat het na verloop van tijd nodig zal blijken en mogelijk moet zijn over een bepaald onderwerp een herziene publikatie uit te geven als de ontwikkeling van de inzichten dit gewenst maakt. Het hoofdbestuur meent op deze wijze een oplossing te hebben gevonden voor de vraag hoe de ethische aspecten van de snelle ontwikkelingen op medisch-wetenschappelijk en technisch gebied tijdig onder de aandacht van de artsen en medische studenten kunnen worden gebracht.

Met het uitgeven van capita selecta over medisch-ethische onderwerpen, acht het hoofdbestuur zich niet ontslagen van zijn plicht ook op andere wijze te blijven bevorderen, dat de artsen zich blijven bezinnen op medisch-ethische vraagstukken. Als mogelijkheden hiertoe ziet het hoofdbestuur het stimuleren van besprekingen van deze aard op de afdelingsvergaderingen. Tevens ligt het in de bedoeling medisch-ethische onderwerpen te kiezen als themata voor ledencongressen, of daartoe speciaal te organiseren symposia en studieweekends.

Uit hetgeen werd gezegd omtrent de erkenning van de noodzaak en de wenselijkheid van een pluriforme benaderingswijze, zal duidelijk zijn, dat bij het organiseren van deze activiteiten inspraak zal worden gegeven, maar ook een beroep zal worden gedaan op vertegenwoordigers van andere denkdisciplines en groeperingen uit de bevolking. De tijd is voorbij dat de medische ethiek de schijn kon wekken een geheimleer te zijn die behoorde tot de essentialia van het groepsgeheim der medici.

---

## Engels-Rhodesisch conflict over artsenopleiding in Salisbury

Het Engels-Rhodesische conflict over de artsenopleiding aan het University College of Rhodesia te Salisbury blijft in het nieuws. Het invoeren van een apartheidsbarrière aan de medische faculteit van Salisbury, hetgeen reeds in M.C. no. 16/1970, blz. 407 werd gemeld, leidde tot een breuk met de universiteiten van Birmingham en Londen. In British Medical Journal van 11 april 1970 betogen nu elf medische stafleden van de Rhodesische universiteit, waaronder de deken van de medische faculteit, dat Londen eerst met Salisbury in overleg was getreden alvorens zijn medewerking op te zeggen, maar dat daarentegen Birmingham, daarna, eenzijdig alle banden had verbroken. Zij vervolgen:

„Much play has been made of a statement made in the Rhodesian Parliament by the Prime Minister concerning the choice by a patient of his clinical clerk when admitted to the new teaching wing which is to be built to serve the needs of the faculty of medicine. It has always been the understanding of our faculty that any patient admitted to a teaching hospital had a choice as to whether or not his clinical condition would be displayed to a group of students. If a patient does not wish to be seen by any

particular individual then we believe it is a fundamental human right that he should be allowed to voice his objection as to persist in his examination would be tantamount to assault. We cannot believe that patients in the United Kingdom do not from time to time voice objection to being taught on either by a group of students or an individual in a group of students. The issue of utmost importance is the fact that our faculty are agreed, and this was conveyed to the dean of medicine in Birmingham, that as the clinical teacher has the over-riding decision as to whether or not a patient is used for teaching purposes, the policy to be adopted was not to use any patient for teaching who voiced any objection based on sex, race, or any other reason. It is our understanding that this is precisely the position in any teaching hospital in the United Kingdom.”

Ondertussen is het lot van de 169 studenten — 30 Afrikanen, 30 Aziaten en 109 blanken — onzeker. Er is een mogelijkheid, dat in de toekomst Zuid-afrikaanse graden zullen worden verleend - deze zijn in het gehele Gemeenbest erkend. Het onderwijs zou dan op dezelfde basis voortgang kunnen vinden, echter met dien verstande dat

het multiradicale karakter ervan bij voortdurend zou zijn geschaad. Daarmee zou dan een van de effecten die van koninkrijkshandvest werden verwacht in Rhodesië voorgoed van tafel zijn geveegd. Juist het bestaan van dit handvest bracht de Engelse minister van staat voor Buitenlandse Zaken ertoe, in het House of Lords te betogen, dat het zinvol zou zijn de banden met Salisbury nog niet te slaken. Nu er geen mogelijkheden meer zijn voor een niet-gescheiden medische opleiding in Rhodesië, is men daartoe echter zowel van de zijde van Birmingham als van de zijde van Londen wel overgegaan. In een commentaar zegt de Lancet van 28 maart 1970, dat zal moeten worden afgewacht wat het koninkrijkshandvest als zodanig nu nog ulthaaft, en welke regeling Birmingham voor de momenteel in Rhodesië studerende aankomende artsen zal treffen.

De staf in Salisbury blijft gestadig doorwerken, getuige de slotregel van de brief aan B.M.J.: „However, those of us who are working in Africa are conscious of our responsibilities to those whom we have chosen to work among, and we will continue to make available our services to patients of all races. Despite this set-back we will continue to teach the science, practice, and ethics of medicine to future generations of students”.

# Stervensbegeleiding: Medisch-ethische plicht?

**Door Dr. C. P. Sporken, ethicus, directeur van het  
Mgr. Bekkers Centrum, Katholieke Universiteit Nijmegen**

Het is voor mij als leek in dit gezelschap geen gemakkelijke opgave om het voorgestelde thema uit de medische ethiek uiteen te zetten. Dat ik het toch aandurf is vooral te wijten aan de mening, dat wij bij dit thema voor elkaar geen leken hoeven te zijn. Het is immers de bedoeling om gezamenlijk door te denken op de humane en sociale, dus ook ethische aspecten van sterven en stervensbegeleiding. Op dat punt zijn wij allen evenveel leek of even zeer deskundig. Ik hoop in de loop van mijn inleiding duidelijk te maken waarom ik juist dit thema met u wilde bespreken. Nu zou ik slechts uitdrukkelijk willen stellen, dat het geenszins mijn bedoeling is de (overigens door mij wel zeer gewaardeerde) standpuntsbepaling van uw hoofdbestuur toe te lichten of te verdedigen. Ik wil alleen maar proberen om aan de hand van het thema stervensbegeleiding te laten zien welke richting de evolutie van de medische ethiek uitgaat en welke consequenties dit kan hebben. Alvorens te spreken over stervensbegeleiding als medisch-ethische plicht, wil ik eerst enige notities geven over de recente ontwikkelingen van het medisch-ethisch denken in het algemeen.

## *De evolutie van de medische ethiek*

Een goed begrip van de medische ethiek, zoals die zich nu aan ons voordoet, veronderstelt dat wij even stilstaan bij de evolutie, die zich tijdens het laatste decennium heeft voltrokken. Daarbij wordt niet gestreefd naar volledigheid. Het gaat slechts om de belangrijkste momenten uit deze ontwikkeling.

Afgezien van enkele gedeelten behelsde het bekende boekje „Medische ethiek en gedragsleer” (1959) grotendeels een gedragscode met betrekking tot de intercollegiale verhoudingen. Lindeboom (1960) heeft zich hiervan gedistancieerd en gaf in zijn opstellen over medische ethiek een overzicht van de ethische problemen in verband met het medisch handelen ten opzichte van de patiënt. Enige jaren na het Londens Ciba Symposion over de toekomst van de mens, dat in 1962 plaatsvond, poogde een aantal auteurs (o.a. Van Peursen, Jaspers en Heering) een nieuwe, antropologische grondslag van de medische ethiek uit te werken. Leenen (1966) schetste in zijn studie over de gezondheidszorg en de sociale grondrechten van de mens als het ware opnieuw het landschap waarin de medische ethiek haar nieuwe gestalte zal moeten vinden. Vanaf 1968 komt de evolutie in een soort stroomversnelling terecht, voor een deel gestimuleerd door actuele problemen zoals abortus pro-

vocatus, levensverlenging, euthanasie en transplantatie. Een artikel van Jongsma (1968) in de bundel „Om de mens” draagt m.i. duidelijk het karakter van de overgang van het traditie-gebonden naar een eigentijds medisch-ethisch denken. Kortbeek (1968) gaf nieuwe inhoud aan de arts-patiënt relatie door een kritisch herdenken van de aard en het doel van het medisch handelen, waarin het onderscheid tussen het biomedische en het metamedische verhelderend werkte.

In een vrij snelle opeenvolging verschijnen van nu af aan verschillende publikaties, waarin telkens een bepaald aspect van de totale problematiek uitdrukkelijk wordt belicht. Van Peursen (1968) wees op de sociale dimensie van de medische wetenschap en het medisch handelen. Hij toonde daarbij onder meer aan, dat het medisch bezig zijn met de patiënt wezenlijk inhoudt tegelijk bezig te zijn met de sociale structuren waarin deze patiënt leeft. Van den Hoofdakker (1969) beklemtoonde eveneens de sociale context, maar dan met het hoofddaccent op de sociaal-psychologische aspecten, die in de arts-patiënt relatie een rol spelen. In vrij harde bewoordingen beschreef Van Urk (1969) het risico en de feitelijkheid van ethisch aanvechtbare praktijken in bepaalde maatschappelijk georganiseerde geneeskundige diensten.

Twee andere auteurs, wier denken een meer wijsgerige inslag heeft, hebben in dit verband belangrijke bijdragen geleverd. Beemer (1969) heeft in verschillende publikaties de aandacht gevraagd voor de verbondenheid van de medische met de sociale ethiek. Metz (1969) heeft hier ook wel oog voor, maar denkt dieper door op de antropologische achtergronden en pleit voor een zuiverstelling van de arts-patiënt relatie en voor een heroriëntering van de medische ethiek vanuit het medisch denken en handelen zelf.

In hun bijna gelijktijdig verschenen boeken trachten Van den Berg (1969) en ondergetekende (Sporken 1969) - ondanks bepaalde uitgesproken tegenstellingen - tot een heropbouw van de fundamentele medische ethiek te komen. Beiden gaan uit van de arts-patiënt relatie en de daarmee gegeven problematiek in verband met de huidige medische en medisch-technische mogelijkheden. Daarom speelt het mensbegrip telkens op de achtergrond mee. In een latere publikatie (1969) heb ik gewezen op de verschillen tussen het mensbegrip in het medisch ethos en in het ethos van onze west-europese cultuur. Beide mensbegrippen maakten kennelijk onafhankelijk van elkaar een sterke ontwikkeling door. Een kritisch vergelijken van en verder doordenken op dit gegeven kan ons wellicht helpen

weer tot een synthese te komen, waarbij de authenticiteit van het humane beter tot zijn recht kan komen dan nu het geval schijnt te zijn.

Samenvattend zijn uit de recente evolutie van de medische ethiek de volgende punten m.i. relevant: zich distanciërend van een gedragscode voor medici betreft de medische ethiek zich meer en meer op het medisch handelen zelf. De arts-patiënt relatie staat hierbij in den aanvang centraal. Deze wordt spoedig genuanceerd door haar te zien in het geheel van de gezondheidszorg maar vooral door de patiënt zelf uitdrukkelijker te zien in diens totaliteit als mens, d.w.z. in zijn lichamelijke, personalistische en sociale bestaanssituatie. In de meest recente ontwikkeling manifesteren zich geleidelijk drie richtingen, naar gelang de nadruk valt op een verschillend aspect van het evoluerend mensbegrip.

Een eerste wijze van denken richt zich vooral op de wijsgerige (antropologische) achtergronden, die bij de arts-patiënt relatie in het geding zijn. Deze visie wordt gekarakteriseerd als een poging tot herbezinning op de medische antropologie. Een tweede denkwijze gaat uit van het vigerend ethos en de bestaande problemen inzake de arts-patiënt relatie, maar besteedt daarbij toch uitdrukkelijk aandacht aan het mensbegrip en voor de sociale aspecten. Vanuit deze driehoek komt men tot een heropbouw van de fundamentele medische ethiek, die expliciet de kenmerken vertoont van een medisch-sociale ethiek. Een derde wijze van denken richt de hoofdaandacht op de sociale dimensie, met name op de sociaal-psychologische, sociaal-structurele en sociaal-ethische aspecten van de problematiek. Met een beetje zwaar woord zou men deze kunnen karakteriseren als een macro-medisch-sociale ethiek. Ofschoon deze drie denkrichtingen zijn te onderscheiden, bestaan ze toch niet los van elkaar. Men kan zelfs zeggen, dat ze allen uiteindelijk naar eenzelfde kernpunt wijzen, namelijk: het medisch handelen gezien als handelen omtrent de mens in diens totaliteit.

#### *De evolutie van de medische ethiek op dit moment*

Het wil mij voorkomen dat in alle discussies over medisch-ethische problemen, zoals die momenteel plaatsvinden, steeds deze kernvraag mede aan de orde is: worden ethische normen van buiten af aan het medisch handelen opgelegd, of heeft het medisch handelen van binnen uit met ethiek van doen? Het lijkt mij toe, dat dit laatste inderdaad het geval is.

Medisch handelen is bezig zijn met een mens, wiens bestaanswerkelijkheid wordt bedreigd, verstoord of bemoeilijkt door enigerlei ziekte. Gezond of ziek zijn van een mens is uiteraard meer dan lichamenlijk niets of iets mankeren of aan bedreigingen blootstaan, omdat mens-zijn méér is dan lichamenlijk zijn. Bedreigd worden door ziekte, ziek of herstellend zijn duiden op een gebeuren waarbij de mens zelf uiterst nauw betrokken is, of beter gezegd, duiden op een menselijk gebeuren. Hulp bieden in dit

menselijk gebeuren is het uiteindelijke doel van het medisch handelen. Het gaat altijd om een hulp aan de mens in diens totaliteit, dat wil zeggen aan een bepaalde persoon, die in zijn lichamenlijke en sociale bestaanssituatie op weg is naar datgene wat hij impliciet of expliciet beschouwt als zijn levensdoel.

Voor zijn dienst aan de ander vanuit de medische invalshoek staan aan de arts zeer veel hulpmiddelen ter beschikking: heel het weten en kunnen van de (toegepaste) natuurwetenschappen, aangevuld door een steeds verfijnder technisch instrumentarium. Ik zei met nadruk „hulpmiddelen”. Merkwaardigerwijze echter is de medische wetenschap (en ten dele ook de medische praktijk) zodanig in de ban geraakt van dit natuurwetenschappelijke, dat het subject, waarop de medische hulp gericht is, tot object werd (verglk. Metz 1970). Een aantal medici practici bleven in hun medisch handelen weliswaar geconcentreerd op de mens, maar desondanks raakte in het medisch denken het menselijke op de achtergrond. Emotionele, psychische en sociale aspecten van de mens functioneerden feitelijk niet voldoende als mede-normerend in het medisch handelen, maar als bijkomende, min of meer vrijblijvende factoren. In die denksfeer paste een uitspraak in verband met levensverlenging uit de Medische Ethiek en Gedragsleer (p.14): „Het is nu eenmaal niet de taak van de arts een oordeel te vellen over de zin van het lijden of de zin van het bestaan zelf, noch in het algemeen, noch wat betreft de betekenis die het kan hebben voor de persoon van zijn patiënt”. Uit dezelfde denksfeer stamt de mening, die ik onlangs door een medicus hoorde verdedigen in verband met een eventuele wetswijziging inzake abortus provocatus: „wij dienen de abortus provocatus te beoordelen louter als medische handeling en zoeken naar de medische criteria; de ethische en maatschappelijke aspecten dienen we daarbij geheel buiten beschouwing te laten”. In andere gevallen hoort men de uitspraak: „Deze medische beslissing heeft niets met ethiek te maken, maar is puur medisch gezien verantwoord en geboden”, terwijl men dan daarmee bedoeld uit te drukken, dat men dit aan de belangen van de patiënt als mens verplicht is. Zoals reeds elders betoogd, ben ik er toe geneigd om te zeggen: in zijn medische beslissing spreekt de medicus al een ethisch oordeel uit vóórdat hij aan expliciet ethische beschouwingen toe is. Het medisch handelen betreft zich altijd op de mens. In dat licht kan men zeggen: medisch verantwoord handelen is noodzakelijk identiek aan ethisch verantwoord handelen en omgekeerd.

#### *Personalistisch aspect*

Er was blijkbaar een dieptepunt nodig om ons ervan bewust te doen worden, dat medisch handelen in laatste instantie gericht is op bescherming, behoud en bevordering van menselijke belangen inzake gezondheid en daarom van binnen uit mede genormeerd dient te worden door de emotionele, psychische en sociale aspecten van de mens. Dat

dieptepunt is voornamelijk veroorzaakt door de hoge vlucht van medische medisch-technische macht, waardoor zulke grote mogelijkheden ontstonden om het vege lijf te redden, dat de mens als zodanig in het gedrang kwam. Vanuit de praktische problemen kwam langs deze (min of meer negatieve) weg een heroriëntering van het medisch denken op gang. Ofschoon nog lang niet in alle consequenties doorgevoerd, evolueerde bijvoorbeeld de norm inzake levensverlenging van „leven zonder meer” naar „zinnig en acceptabel menselijk leven”. Bij de problemen rond abortus provocatus constateren we inzake de psychiatrische en psycho-sociale indicaties een ontwikkeling van „nooit” naar „niet, tenzij de belangen van de vrouw dit eisen” en zelfs naar „ja, tenzij dit duidelijk in tegenspraak is met de belangen van de vrouw”. Terwijl deze discussie nog in volle gang was, kwam de problematiek rond euthanasie opnieuw naar voren. Ook daar is nog niet duidelijk tot welke concrete ethische normen de zinvolheid van het menselijk leven als grondnorm leidt. Onderwijl werden we n.a.v. de harttransplantaties vrij abrupt voor een herziening van de doodscriteria geplaagd. Dit leidde tot opvattingen, waarbij de dood van de mens dermate sterk gescheiden werd van de dood van zijn lichamelijk organisme, dat velen de schrik om het hart sloeg. Daarbij zou ik echter willen opmerken, dat hierbij niet alleen het natuurwetenschappelijk karakter van de medische wetenschap een rol speelt, maar evenzeer de discrepantie tussen het medisch mensbegrip en het mensbegrip zoals dat in onze cultuur leeft.

#### *Maatschappelijk aspect*

Terwijl de discussie over de personalistische aspecten van het medisch handelen nog bezig was en reeds tot enig inzicht leidde, is er nog maar weinig beweging met betrekking tot de maatschappelijke aspecten van het medisch handelen. Toch is met het personalistische altijd ook het maatschappelijke aspect van het medisch handelen in het geding. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan de verantwoordelijkheid van medici ten aanzien van maatschappelijke structuren, die een goede gezondheidszorg belemmeren. Verder aan de verantwoordelijkheid inzake de sociaal-psychologische context van de arts-patiënt relatie en het daarmee samenhangend verwachtingspatroon. Ofschoon in de gewone medische research vaak sociaal-ethische normen daadwerkelijk gelden, zijn we ons in feite nog maar nauwelijks bewust van de maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de medische research, die hoofdzakelijk een doeltreffender oorlogsvoering beoogt. Verdere ontwikkeling van de medische polemologie is een behartigenswaardige zaak. Tenslotte heb ik de indruk, dat in het licht van het bovenstaande een herbezinning op de maatschappelijke en politieke verantwoordelijkheid met name van legerartsen alleszins wenselijk zou zijn.

Terugkerend van deze voorbeelden naar de gang van het betoog: het valt m.i. niet te ontkennen dat

## **INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN**

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

de humanisering van het medisch handelen op gang gekomen is en dat de eerste pogingen tot humanisering van de medische wetenschap zelf ook aanwezig zijn, maar dat nog een lange weg voor ons ligt.

Stellingen als „multidisciplinaire aanpak van de problemen” en „dialog met niet-medici” zijn weliswaar prijzenswaardig, maar m.i. onjuist als zij het medisch denken eenvoudig medisch denken laten en dan van buiten af enkele ethische normen daarvoor opstellen onder druk van de „leken”, die aan de medicus verantwoording vragen van zijn doen en laten. De medische wetenschap en de medische praktijk dienen van binnen uit het zwaartepunt van de aandacht te verleggen naar de personalistische en sociale, dus ook ethische aspecten van het medisch handelen zelf. De humaniteit is zowel de basis voor de (her)ontdekking door de medici zelf van de medisch-ethische normen waaraan zij gebonden zijn, als ook het uitgangspunt voor een dialoog met de andere menswetenschappen. Ik zei met opzet „menswetenschappen”, omdat ik van mening ben, dat een intrinsieke heroriëntering van de medische wetenschap (zoals boven aangeduid) van de medische wetenschap inderdaad een menswetenschap maakt. Dit heeft ten gevolge, dat de deskundigheid met behulp van natuurwetenschappelijke gegevens en methodes en van het technisch instrumentarium even belangrijk blijft, maar uitdrukkelijk wordt gezien als hulpmiddel om beter te kunnen kijken en luisteren naar de mens in diens sociale context. In de verwijzing naar het humane verwijst het natuurwetenschappelijke zelf naar de ethiek.

Aldus gezien kan het medisch ethos in de context van het ethos van onze cultuur een solider uitgangspunt bieden voor een dieper gaande medisch-ethische reflexie. Medische ethiek poogt immers via een kritische reflexie op het bestaande ethos door te dringen tot het mensbegrip dat zich in dit ethos manifesteert; slechts door een kritisch toetsen van dit mensbegrip op zijn authenticiteit kunnen wij komen tot het verhelderen van de ethische normen. Daarbij moge ik de opmerking maken, dat vakken als antropologie en medische ethiek een betere plaats dienen te krijgen in de medische opleiding dan nu op de meeste universiteiten het

geval is, te meer omdat bij de huidige generatie medische studenten een grote feeling én belangstelling voor deze achtergronden levensgroot aanwezig is.

Tot nu toe heb ik mij beperkt tot het noemen van voorbeelden, zonder deze uitgebreid te bespreken. Ik wil nu proberen de boven beschreven zienswijze inzake medische ethiek concreet uit te werken aan de hand van het voorbeeld van stervenshulp.

#### *Stervenshulp als medisch-ethische plicht*

Hippocrates, de vader van de geneeskunde zowel als van de medische ethiek, gaf aan de geneesheren veel goede en wijze raadgevingen. Ten aanzien van de behandeling van „hopeloze gevallen” gaf hij echter een advies dat ons een beetje vreemd in de oren klinkt: de medicus moet in die gevallen afzien van elke behandeling en zich terugtrekken. Zou hij toch met een behandeling beginnen en de patiënt sterft, dan zou dit door de anderen misschien worden uitgelegd als een falen van de geneesheer. Dit zou afbreuk doen aan zijn goede naam en daardoor ook aan het prestige van de medische stand. Gelukkig zijn met de tijden ook op dit punt de zeden veranderd (verglk. V. d. Meer 1970). Geen arts of verplegende zal een stervende in de steek laten. We zijn ervan overtuigd dat stervenden moeten worden geholpen, ofschoon over de manier waarop dit moet gebeuren nogal verschil van mening bestaat. Maar daarover straks.

Persoonlijk ben ik ervan overtuigd, dat stervenshulp - afgezien van andere overwegingen van humanitaire aard - als een medisch-ethische plicht moet worden gezien. Heel het medisch en verpleegkundig handelen is immers gericht op en wordt genormeerd dóór de werkelijke belangen van de patiënt met het oog op diens zelfrealisatie als mens in zijn lichamelijke en sociale bestaanssituatie. In de meeste gevallen impliceert dit, dat alle pogingen worden aangewend voor het behoud van een zinvol en acceptabel menselijk leven. Voor elke patiënt breekt echter ooit het ogenblik aan, waarop wordt gezegd: „bij God is alles mogelijk” of „God alleen kan hier nog helpen”. Op dat moment verkeert de plicht tot levenshulp in de plicht tot stervenshulp. De medisch-ethische grondnorm blijft de zieke helpen zichzelf te zijn, maar de concrete vertaling van deze grondnorm wordt aldus: de zieke helpen om zichzelf te zijn in zijn sterven als mens, of - zoals Rilke het uitdrukte - om „zijn eigen dood te sterven”. Sterven is een echt menselijke aangelegenheid en daarom een sociaal gebeuren, waarbij we allen betrokken zijn.

Samenvattend kan men zeggen: stervenshulp is gericht op de zelfrealisatie als mens, dat wil zeggen op het hebben van en beschikken over de optimale mogelijkheden om zijn eigen leven zo goed mogelijk te leven. Stervenshulp is gericht op de zelfrealisatie als mens, dat wil zeggen op het beschikken

over de optimale mogelijkheden om zijn eigen dood te kunnen sterven.

#### *Stervenshulp en stervensbegeleiding*

Er heerst wel eensgezindheid over de opvatting, dat er stervenshulp moet worden gegeven. Een heel andere kwestie is hoe deze stervenshulp concreet gerealiseerd moet worden. Op dit punt bestaan haast evenveel opvattingen als er mogelijkheden zijn om hulp te bieden. Door een goede verpleging kan men het stervensproces dragelijk maken en door medicamenten de lichamelijke pijnen verzachten of grotendeels wegnemen. Soms „spaart” men de zieke door het erge van zijn toestand voor hem te verzwijgen en hem onwetend en „dus” rustig te laten wegslapen. Men kan het emotionele en psychisch lijden (vooral angst en eenzaamheid) milderen door vriendelijke en hoopvolle woorden en door toediening van psychofarmaca. In andere gevallen lijkt het raadzaam om „niet meer de maximale therapeutische mogelijkheden aan te wenden”, hetgeen in de praktijk meestal betekent dat een letale complicatie niet meer wordt bestreden. Tenslotte: in uitzonderlijke gevallen zou men (met het nodige voorbehoud) misschien zelfs actieve euthanasie kunnen beschouwen als een vorm van stervenshulp.

Ofschoon al de genoemde vormen van stervenshulp zinvol kunnen zijn, lijkt het mij toe dat zij toch geen van alle optimaal mogen heten. De eigenlijke stervenshulp bestaat 1) in het bespreekbaar maken van de dodelijke afloop van de ziekte en van de gevoelens van angst, eenzaamheid en verdriet die daarmee gepaard gaan; 2) door het aangaan van een werkelijke dialoog en het opbouwen van een eerlijke menselijke relatie de zieke bijstaan om op persoonlijk niveau - vooral emotioneel - met zijn sterven klaar te komen en zodoende zijn eigen dood te kunnen sterven. Alleen van deze vorm van stervenshulp kan men met recht zeggen dat zij stervensbegeleiding in de volle zin van het woord is. De bovengenoemde vormen van stervenshulp zijn m.i. slechts zinvol als hulpmiddelen in het geheel van een echte stervensbegeleiding of desnoods als vervanging, wanneer deze laatste niet mogelijk blijkt.

Dit zeggende ben ik er mij van bewust, dat stervensbegeleiding in een aantal gevallen niet mogelijk is, ofwel omdat de dood abrupt komt, ofwel omdat duidelijk blijkt dat de patiënt dit eenvoudig niet aan kan. Op grond van onderzoeken en ervaringen van anderen en op grond van eigen ervaring (vooral als pastor in een ziekenhuis) ben ik er echter van overtuigd, dat er méér mensen gebaat zouden zijn met stervensbegeleiding dan velen wellicht geneigd zijn om aan te nemen.

#### *Behoeftte aan recht op stervensbegeleiding*

Spreeken over een medisch-ethische plicht tot stervensbegeleiding veronderstelt corrolair daar aan het recht van de patiënt op deze stervensbege-

leiding. Het lijkt er echter op, dat deze laatste uitspraak een slag in de lucht is, omdat de meeste mensen daar helemaal geen behoefte aan schijnen te hebben. Niet weinige mensen schijnen de bede uit de litanie van alle heiligen „Van een plotselinge en onvoorziene dood verlos ons Heer” vervangen te hebben door de tegenovergestelde bede. Ofschoon hiervan reeds veel doorbroken wordt (denk aan moderne romans, congressen enzovoorts), is er bij velen nog sprake van een sterke doodsvranging en lijdt onze samenleving aan een doodstaboe. Overigens kan ieder van ons verhalen vertellen van mensen die niet wilden weten dat ze moesten sterven en dus à fortiori geen behoefte hadden aan stervensbegeleiding.

Dit alles neemt echter niet weg, dat er momenteel een serie namen te noemen valt van artsen, psychologen en pastores, uit wier onderzoeken blijkt dat bij zeer veel stervenden de behoefte aan stervensbegeleiding wel degelijk aanwezig is. Ik wil er daarvan slechts enkele noemen.

Hinton (1967) constateerde bij een enquête, dat 80% van de (potentiële) patiënten geïnformeerd wil worden over de naderende dood, terwijl 85% van de artsen niet bereid is om deze informatie te geven. Michels (1969) bericht dat 56 van de 60 patiënten, aan wie deze informatie en stervensbegeleiding werd gegeven, in staat bleken daardoor hun eigen dood te sterven. Zeer bekend is het onderzoek van Elisabeth Ross (1966): bij praktisch alle patiënten, met wie theologie-studenten een gesprek aangingen over hun naderende dood, bleek een enorm grote behoefte aan en dankbaarheid voor de geboden mogelijkheid om hun angsten, twijfels en onzekerheden daaromtrent uit te spreken. Gelijkluidende opvattingen vindt men o.m. bij Ansohn (1968), Bowers e.a. (1969) en Berger (1968).

Een en ander roept de vraag op waarom dan toch zoveel van degenen, die beroepshalve aan stervensbegeleiding zouden moeten doen (zoals artsen, verplegenden en pastores) daar feitelijk nog niet sterk van overtuigd zijn, dat zij de consequentie trekken het in de praktijk ook doen?

#### *Onmacht tot stervensbegeleiding*

Er zijn meerdere redenen te noemen als antwoord op die vraag. Velen voelen zich „onhand” op dit punt, omdat zij dit tijdens hun opleiding niet „geleerd” hebben. Anderen zijn zelf bang voor het sterven of vinden de dood een absurd gegeven, waarmee zij geen raad weten. Deze en andere redenen concentreren zich in een sterk gevoel van onmacht om de stervende metterdaad te begeleiden op diens weg naar de dood. De verklaring van deze onmacht moet m.i. vooral worden gezocht in de onmacht tot mededeling van de stervenswaarheid en het daarop volgende gesprek en in de onmacht om een zin te geven aan de onafwendbare realiteit van de dood. Deze twee punten wil ik nader toelichten.

#### *Onmacht in verband met de gesprekken*

De mededeling van de stervenswaarheid vormt een eerste moeilijkheid met betrekking tot een begin van stervensbegeleiding. Het recht van de patiënt om de waarheid te weten geldt hier dubbel sterk omdat er zoveel voor hem op het spel staat. Maar hier zijn ook dubbelzoveel motieven te bedenken om te bewijzen dat het de bestwil van de patiënt dit verbiedt. Het moge echter onderhand duidelijk zijn, dat deze argumenten geen teken zijn van onwil, maar van onmacht om dit op een zodanige manier te doen, dat de patiënt die waarheid en de helper (arts, verplegende, pastor of familielid) de daarop noodzakelijk volgende stervensbegeleiding aankan.

Het is niet mogelijk gedetailleerde regels hieromtrent op te stellen, maar dat is ook niet het belangrijkste. Waar het om gaat is de houding van waaruit men de vraag benaderd. Het uitgangspunt voor de probleemstelling en voor het zoeken naar de juiste manier van doen is m.i. deze: de patiënt heeft er recht op en dit recht dient te worden gerealiseerd, tenzij uitdrukkelijk blijkt dat hij zich vergist en dat hij het niet zal kunnen verwerken. Medisch-ethisch gezien lijkt mij dit standpunt te verkiezen boven het tegenovergestelde (namelijk: niets zeggen, tenzij uitdrukkelijk blijkt dat de patiënt het wel verdragen kan en er mee gediend is).

De onmacht van de arts om werkelijke stervensbegeleiding te geven en de vlucht die daarvan het gevolg kan zijn, vinden wij overigens ook terug bij de anderen rond het ziekbed. Bij het verplegend personeel is niet zelden een vlucht- of afweershouding aanwezig, zoals onder meer bleek uit het onderzoek van Leshan: die tijd tussen het belletje en het komen van de verpleegster duurde langer naarmate het belletje kwam van een patiënt die dichter bij de dood stond. De familie vraagt soms aan de arts om vooral niets te zeggen tegen de patiënt, omdat die de waarheid omtrent de naderende dood niet zou kunnen verdragen, terwijl zij daarmee uitdrukken dat zij het zelf niet zouden kunnen zeggen en eventueel daarna met hun houding geen raad zouden weten (Boelen 1969). Ook pastores ervaren hier een gevoel van onmacht, voortkomend uit de twijfels in verband met zijn geloof in datgene wat ná de dood zal zijn. Dit wordt versterkt door het gevoel van onmacht om het gesprek met de stervende over diens gevoelens daaromtrent aan te gaan. Zoals medici dit gesprek kunnen ontvluchten in het verrichten van hun rituele handelingen, zo kunnen pastores dit soms ook doen in het verrichten van hun rituele handelingen: het „pastoraal” be-moedigend woordje, de schriftuurlezing of de ziekenzalving. Deze laatste handelingen kunnen zeer zinvol zijn, mits zij geïntegreerd zijn in het geheel van de nodige en mogelijke stervensbegeleiding.

De arts neemt echter in de totale zorg voor de patiënt een centrale en meest verantwoordelijke plaats in. Het lijkt mij toe, dat de onmacht tot werkelijke stervensbegeleiding, die bij ons allen aan-

wezig is, zich concentreert in de onmacht van de arts en in diens weigering om door een eerlijk antwoord aan de zieke over diens toestand de stervensbegeleiding een aanvang te doen nemen. Door deze weigering wordt in de praktijk van de ziekenzorg de weg van de anderen - vooral van verplegend personeel en pastor - tegelijk geblokkeerd. Dit kan leiden tot nadeel voor de zieke en tot uiterst pijnlijke situaties voor de anderen.

De weg tot voorkoming en oplossing van deze problemen lijkt mij gelegen in een uitdrukkelijker gezamenlijk overleg en in duidelijker afspraken over de persoon, die met de patiënt op weg zal gaan, daarbij echter attent zijnde op de signalen van de patiënt omtrent degene, in wie hij het meeste vertrouwen heeft. Waarbij ik nog wil opmerken, dat men die waarheidsmededeling niet moet isoleren uit het proces van stervensbegeleiding alsof eerst de waarheidsmededeling zou moeten gebeuren en daarna de stervensbegeleiding een aanvang zou kunnen nemen. Juister lijkt het dat de waarheidsmededeling een onderdeel is in het geheel van de stervensbegeleiding.

#### *Onmacht in verband met de betekenis van de dood*

De onmacht in verband met de gesprekken zelf wordt vergroot door de moeilijkheid een positieve betekenis en zin te geven aan de realiteit van het sterven. Het lijkt er zelfs op, dat het bijna niet mogelijk is zijn eigen dood te sterven. Het is immers bekend dat sommige patiënten erg lastig en agressief worden, dat hun mogelijkheden geblokkeerd worden door het verscherpt optreden van karakterafwijkingen en stemmingswisselingen of door het wegvallen van bewuste controle op eigen gedragingen. Desondanks zien we bij velen toch dat zij trouw blijven aan de „basic personality”, waardoor de mogelijkheid tot zingeving openblijft.

Het valt natuurlijk niet te ontkennen, dat het soms uiterst moeilijk is om een zin te geven aan de zo absurd en onrechtvaardig lijkende realiteit van het sterven. Toch moet dit mogelijk zijn en wel omdat het ook mogelijk is een zin te geven aan het leven, dat op de keeper beschouwd evenzeer een voor de voeten geworpen realiteit is, waar we niet om gevraagd hebben. De mens kan weigeren een zin daaraan te geven, hij kan er passief of zelfs verbitterd in berusten als in een onafwendbare fataliteit, maar hij kan het leven zinvol maken door het als een opgave op zich te nemen. Zo kan hij in beginsel ook de realiteit van de dood op zich nemen als een opdracht, als een afsluiting of herstellende voltooiing van het leven.

Daarmee blijft het sterven toch het karakter behouden van een overgave aan datgene wat komen zal. Het wil mij voorkomen dat ieder mens wil geloven in een of andere vorm van voortbestaan, al was dat alleen maar een voortbestaan in herinnering. Voor degene, die geloven mag en kan in de boodschap van Jezus van Nazareth, bestaat (al-

thans in beginsel) een grotere mogelijkheid om vanuit dit geloof een diepere zin te geven aan zijn sterven (verglk Schreuder 1970).

Maar juist dit punt wordt door niet weinig artsen, verplegenden en pastores ervaren als een der grootste moeilijkheden: de stervende gelooft vaak op een andere manier in het leven hierná dan de anderen, die hem juist nu zouden moeten helpen en steunen in dit geloof tot zingeving aan zijn sterven. Duidelijker geformuleerd: vaak gelooft de patiënt in het voortbestaan na de dood (of wil er in geloven), terwijl de omstaanders op zijn minst ernstige twijfels op dit punt kennen. Bevestiging van het geloof van de stervende kán dan de indruk wekken van een leugen en kan daarom een motief zijn om het gesprek daarover te ontlopen.

Toch hoeft dit niet noodzakelijk een leugen te zijn. Het gaat immers niet om óns geloof of ongelooft, maar om dat van de stervende. Het gaat om de hulp aan de patiënt om tot zelfrealisatie in zijn sterven te geraken en dat betekent inzake het geloof in God en in het voortbestaan na de dood: wij dienen de stervende te helpen om zichzelf en daarmee het geloof in zijn God te doen hervinden, dat wil zeggen het geloof in Diegene of datgene, waardoor zijn leven en sterven zinvol kan worden.

Overigens geldt voor dit punt wat voor het geheel van de stervensbegeleiding geldt: wij zijn slechts in staat onze eigen dood te sterven in de mate dat wij in staat waren ons leven te leven. Vervolgens: wij zijn misschien alleen maar in staat om de stervende werkelijk over diens onzekerheden en angsten heen te helpen, als we met onze eigen onzekerheid en angst het waagstuk ondernemen om met de stervende op weg te gaan. De ervaring van de stervende, dat ook wij onzeker, bevreesd, kleinmoedig en kleingelovig zijn, schept voor hem wellicht juist de zekerheid en het vertrouwen dat hij in zijn sterven niet alleen gelaten wordt, maar - op welke wijze dan ook - bij ons hoort en blijft horen. En tenslotte: wij staan met zijn allen nog maar aan het begin van datgene, wat werkelijk de naam stervensbegeleiding verdient. Wellicht kan deze laatste gedachte een stimulans zijn om er serieus werk van te maken: de meest aangewezen weg om zelf te leren onze eigen dood te kunnen sterven is gelegen in ons stuntelig pogen de medemens te helpen sterven.

#### *Besluit*

Het wil mij voorkomen, dat stervensbegeleiding een der testcases is, naar aanleiding waarvan wij concreet kunnen nagaan hoe onze medische ethiek er voorstaat: de personalistische en sociale aspecten kunnen hierbij als wezenlijk medenormerend naar voren komen. Maar daarbij speelt nog een andere factor, die niet minder belangrijk is: bij de standpuntsbepaling inzake stervensbegeleiding als medisch-ethische plicht wordt noodzakelijk en tegelijkertijd ook duidelijk, wat wij doen met de boven vermelde medische macht. Van den Berg (1969) heeft er volkomen terecht op gewezen dat de sterk

toegenomen medische (lees natuurwetenschappelijke) macht, gecombineerd met een absolute eerbied voor het leven zonder meer, noodzakelijk moest leiden tot een „zonde” tegen het menselijk leven.

Wanneer blijkt, dat wij wel bij machte zijn leven te behouden, maar onmachtig zijn om dit zinvol en acceptabel menselijk leven te doen zijn, dan dienen wij van verdere pogingen af te zien. Anders gezegd: wanneer blijkt, dat we onmachtig zijn op personalistisch niveau verdere levenshulp te bieden, dan dienen wij stervenshulp te verlenen. Maar deze stervenshulp is niet noodzakelijk identiek aan actieve euthanasie. Ofschoon deze in uitzonderlijke gevallen in overweging kan worden genomen, is de medisch-ethische meest gewenste manier van stervenshulp ongetwijfeld gelegen in de beschreven stervensbegeleiding. Door een te algemene en te voorbarige conclusie tot actieve euthanasie als poging om onze onmacht tot levenshulp te verhelpen, vervallen we m.i. feitelijk in een doelbewust gekozen onmacht tot stervenshulp op echt menselijk niveau. Op die wijze corrigeren we de onmacht tot zinvolle levenshulp slechts door het scheppen van een andere onmacht, die al even erg is als de onmacht die we wilden genezen. Het meest juiste antwoord op de vragende onmacht inzake zinvolle levenshulp is gelegen in stervensbegeleiding.

Wat echter deze medisch-ethische plicht tot stervensbegeleiding allerconcreetst voor elke afzonderlijke patiënt inhoudt kan noch in het nadenken op een studeerkamer, noch in onze discussies van vandaag in duidelijke regels worden geformuleerd. Dit kan slechts worden geboren in het werkelijk samen-zijn van degene die sterven met degene die leven moet.

#### Aangehaalde literatuur

- Ansohn, E.: Spreken en zwijgen aan het ziekbed, Nijmegen 1968.
- Beemer, Th.: Ethische aspecten van genetische adviezen, in: *Metamedica* 49 (1970) no. 1, 32.
- Berg, J. H. v.d.: Medische macht en medische ethiek, Nijkerk 1969.
- Berger, W. J.: Leren bijstaan van stervenden, Nijmegen 1968.
- Boelen, L. M.: Inzake „sterven en helpen sterven”, in: *Katholieke Gezondheidszorg* 38 (1969) no 1,7.
- Bowers, M. e.a.: De pastor aan het sterfbed, Nijmegen 1969.
- Heering, H. J.: Wanneer is een mens dood? in: *Voorlopig* 2 (1970) no 3, 94.
- Hinton, J.: Dying, Londen 1967.
- Hoofdakker, R. H. v.d.: Het bolwerk der beterswetters, in: *Wijzgerig Perspectief* 9 (1969) no 5, 292.
- Jongsma, M. W.: Geneeskunde en ethiek, in: *Om de Mens*, Leiden 1968, 39.
- Kortbeek, L. H.: Aard en doel van het geneeskundig handelen, in: *Recent medisch-ethisch denken I*, Leiden 1968.
- Leenen, H. J.: Sociale grondrechten en gezondheidszorg, Hilversum 1966.
- Lindeboom, G. A.: Opstellen over medische ethiek, Kampen 1960.

Meer, C. v.d.: Geneeskundige confrontatie met de dood (Inaug. Rede 20-3-1970) Leiden, 1970.

Medische ethiek en gedragsleer, Amsterdam 1959.

Metz, W.: Wijsgerige oriëntatie in de medische ethiek, in: *Algemeen Nederlands Tijdschrift voor Wijsbegeerte en Psychologie* 61 (1969) no 1, 1.

Metz, W.: Over de crisis in de medische ethiek, in: *Medisch Contact* 25 (1970) no 14, 330.

Michels, J. J.: Het gesprek over de infauste prognose, in: *Organorama* 5 (1968) no 3, 21.

Peursen, C. A. v.: Gevolgen voor patiënt, arts en gemeenschap van de recente vorderingen in de geneeskunde, in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 112 (1968) no 41, 1814.

Ross, E.: Lessen voor levenden. Gesprekken met stervenden, Bilthoven 1970.

Schreuder, J. C.: Leven en laten sterven, in: *Voorlopig* 2 (1970) no 3, 98.

Sporken, C. P.: Sterven als levensopgave, in: *Katholiek Artsenblad* 45 (1966) no 10, 277;

Sporken, C. P.: Notities over sterven en helpen sterven, in: *Katholieke Gezondheidszorg* 37 (1968) no 11, 424;

Sporken, C. P.: Euthanasie: ingrijpen in het stervensproces? in: *Katholiek Artsenblad* 48 (1969) no 1, 11;

Sporken, C. P.: Recht over leven en dood, in: *De Heraut*, 100 (1969) no 11, 307;

Sporken, C. P.: Medische ethiek als cultuurcritiek, in: *Medisch Contact* 24 (1969) no 51/52, 1431;

Sporken, C. P.: Voorlopige Diagnose. Inleiding tot een medische ethiek, Bilthoven, Ambo, 1970 (2e).

Urk, G. R.: Aanstellingskeuring, Ziekteverzuim en karakter der sociale geneeskunde, in: *Medisch Contact* 24 (1969) no 30, 837.

#### 24th World Medical Assembly 16-22 augustus te Oslo

Van 16 tot en met 22 augustus 1970 vindt te Oslo de 24th World Medical Assembly plaats. In die week heeft de organiserende World Medical Association (W.M.A.) een tweedaags congres gepland, dat als thema zal meekrijgen: „The general practitioner and his future”.

Tijdens het congres zullen referaten zijn te beluisteren over het werk van de huisarts, de organisatie van de primaire gezondheidszorg, de mate waarin bij de medische opleiding de huisartsgeneeskunde wordt gestimuleerd en het onderzoek op het terrein van de huisartsgeneeskunde.

Maatschappij-afgevaardigden zullen zijn: haar voorzitter, Dr. L. van der Drift, Dr. J. A. Dalmeijer, secretaris-generaal J. Diepersloot en collega G. Dekker, tot 1 april 1970 secretaris-penningmeester van de Maatschappij. Als waarnemer namens het Nederlands Huisartsen Genootschap zal Dr. H. J. Dokter in de Maatschappij-delegatie worden opgenomen.

Het ligt in de bedoeling de uitkomsten van het congres over de toekomst van de huisarts in boekvorm te bundelen. Naast de W.M.A.-bijeenkomsten staat een internationaal medisch filmfestival op het program; aan de Nederlandse Stichting Film en Wetenschap is gevraagd hieraan te willen deelnemen.



# ABORTUS PROVOCATUS

## Persoonlijke verantwoordelijkheid

*Samenvatting:* In dit artikel worden enkele opmerkingen gemaakt over de „heiligheid” en de „onaanraakbaarheid” van het leven, en over de strafwetartikelen die op deze noties berusten. Betoogd wordt dat onder de huidige omstandigheden de beslissing aangaande de a.p. behoort tot het domein van de persoonlijke verantwoordelijkheid en dat derhalve de strafwetartikelen moeten worden afgeschaft.

De voortgang van de discussie over abortus provocatus legt telkens weer beslag op het denken. Het verloop ervan noodzaakt ertoe fundamentele vragen te stellen naar de ethische grondslagen van het handelen. Door de intra- en interindividuele onzekerheden en fluctuaties hieromtrent is vervolgens weer het probleem van macro-sociale besluitvorming niet te ontwijken en krijgt de abortus provocatus-kwestie een veel omvattender betekenis voor medische vraagstukken in het algemeen en voor de rol van de arts in de samenleving.

Onderwijl is een door staatssecretaris Kruisinga ingestelde Commissie Abortusvraagstukken bezig een antwoord te vinden op een aantal door hem voorgelegde vragen. Bij de vraag of „de terzake van vruchtverwijdering geldende bepalingen van het wetboek van strafrecht dienen te worden gewijzigd en zo ja, in welke zin?” stuit de commissie op divergerende uitspraken in medische kring. De Nederlandse Gynaecologische Vereniging (M.C. no. 3/1969, bladzijde 59) ziet de noodzaak van wijziging niet; de gynaecoloog Kruijver (M.C. no. 12/1970, bladzijde 283) lijkt die noodzaak daarentegen evident. Het Hoofdbestuur van de Maatschappij Geneeskunst toont zich in een brief aan de staatssecretaris (M.C. no. 32/1969, bladzijde 902) vooralsnog geen voorstander van wetwijziging; de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie (M.C. no. 7/1970, bladzijde 143) acht het verwijderen van strafbepalingen op de door een medicus uitgevoerde abortus noodzakelijk. Enzovoort.

Het meest essentiële in deze aangelegenheid lijkt mij de kwestie van de strafbaarheid zelf. Deze vindt uiteindelijk haar oorsprong in de notie van de „heiligheid van het leven”. Heel dikwijls liep deze notie uit op de idee van de „onaanraakbaarheid”, dat wil zeggen de gedachte, dat onder geen enkele omstandigheid leven door menselijk ingrijpen ten einde mag worden gebracht. Zo kreeg het bedoelde beginsel van de heiligheid een absoluut karakter, waarbij het absolute naar de consequentie kan voeren van uitbreiding van het principe over dierlijk leven: de „heilige” koe. Deze beschouwing en beleving van het leven als algehele vitale samenhang is een in de

geschiedenis telkens weer opduikend gegeven. Het is wellicht zozeer fundamenteel menselijk, dat het de vraag is of enig menselijk wezen van de „heiligheid” in deze zin niet is doordrongen. Het dagelijkse — en vooral waarschijnlijk het moderne — leven mag de diepe ervaring van het „mysterium tremendum et fascinosum” bijkans voortdurend op de achtergrond dringen, toch betekent het lezen van „The Idea of the Holy” (Rudolf Otto) in wezen niet de kennismaking met een nieuw gezichtspunt of iets dergelijks; het speelt de — zeer gewenste — rol van de reminiscentie aan het oer-menselijke. De gelijkstelling echter van „heiligheid” en „onaanraakbaarheid” is niet logisch dwingend, noch dwingend voorhanden in de menselijke innerlijkheid. Vooral Albert Schweitzer heeft dit in woord en daad openbaar gemaakt. Het leven is heilig; daaraan kan niets worden afgedaan; dit is absoluut. Het betekent dat men geen enkel leven *zonder noodzaak* vernietigen mag: geen virus, geen bacterie, en geen boomblad. Daarom bestraft Schweitzer een negerjongen, die in speelse baldadigheid of onnadenkendheid een regenworm met een schep in tweeën klieft. Want voor het doden van de worm diende zich in de geest van de jongen geen enkele noodzaak aan. Maar de heiligheid betekent voor Schweitzer niet steeds onaanraakbaarheid: In een negergemeenschap die zich op een bepaald ogenblik op geen enkele andere wijze voldoende kan voeden, acht hij het doden van vee toelaatbaar.

Met betrekking tot de abortus provocatus is deze algemeen menselijke „Ehrfurcht für das Leben” relevant. Het betekent onder meer, dat het geen zin heeft erover te praten of een foetus in een bepaald stadium reeds als menselijk leven kan worden beschouwd. Menselijk leven of niet, men vernietigt het niet *zonder noodzaak*, want het is *leven*. Of de boven iedere twijfel verheven heiligheid van dit leven aanraakbaar wordt, hangt slechts af van de noodzaak. Of deze noodzaak in een bepaald geval wordt onderkend of niet, hangt af van de zeer onderscheidene determinanten van de beoordelaar, zoals in het rapport van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie uitvoerig wordt uiteengezet. Daarbij helpt de constatering, dat er toch een objectieve waarheid bestaat en dus een bepaald „gelijk”, ons niet verder. Men kan in objectiviteit van waarden en normen geloven, of althans het bestaan van een absolute waarheid en wat daaruit voortvloeit aan waarden en normen bij voorbaat niet uitsluiten; men kan er anderzijds „princiepelijk” niét in geloven. Dit alles betekent echter alleen, dat het goed is en wellicht ethisch noodzakelijk het gesprek voort te zetten. Van een werkelijk gesprek kan echter geen sprake zijn als de één op voorhand de be-

sluitvorming en de handelwijze van de ander dwingend wil laten bepalen door eigen inzichten.

En dat nu is het wat bij het voortbestaan van de strafwet in feite gebeurt. De strafwet berust op het uitgangspunt dat bij een abortus provocatus steeds zonder noodzaak leven wordt beëindigd, met slechts als uitzondering de erkenning van de — door medische expertise objectieerbare — noodzaak bij (biologische) levensbedreiging van de vrouw. Dit uitgangspunt leeft echter bij een zeer groot deel van de bevolking niet meer; de beleving van de noodzaak is veel genuanceerder en variabler, waarmee de grond voor de strafwet eenvoudigweg is vervallen. Bij de bestaande variabiliteit van meningen en gevoelens onder de bevolking is het niet meer mogelijk om tot een uitspraak te komen die niet veler geweten consciëntie geweld aandoet. Dit betekent, dat de gemeenschap zich als drager van de verantwoordelijkheid via haar instrument van de wetgeving niet meer kan waarmaken. Waarmee de besluitvorming en de beoordeling zijn verweven naar het gebied van de persoonlijke verantwoordelijkheid. Op de vraag van de staatssecretaris aan de Commissie Abortusvraagstukken „of de terzake van vruchtafdrijving geldende bepalingen gewijzigd dienen te worden”, kan dan ook maar één reëel antwoord worden gegeven, namelijk dat de bepalingen inderdaad moeten worden gewijzigd, en wel in deze zin dat ze moeten worden afgeschaft. Wat niet inhoudt, dat daarmee tot uitdrukking wordt gebracht, dat abortus provocatus voortaan als een moreel toelaatbare handeling kan worden beschouwd. Het afbreken van leven zonder noodzaak blijft de ernstigste ontheiliging van de heiligheid van het leven. Afschaffing van de strafwet betekent alleen, dat de noodzaak niet meer te objectiveren is en dat daardoor de wetgever hier geen taak meer heeft. Er zijn in het algemeen vele ethisch ernstig laakbare handelingen, die zich niet lenen voor bemoeienis van de zijde van de wetgever.

Een en ander houdt verder in, dat de verantwoordelijkheid en daarmee de besluitvorming niet overdraagbaar zijn. Het gaat om een ethische keus tussen alternatieven (het al of niet afbreken van de zwangerschap), een keus die niet kan worden overgenomen door een ander of door anderen; ook niet door deskundigen, al of niet in teamverband. Ethiek betekent, dat gekozen moet worden door de verantwoordelijken, wat in dit geval betekent: door degenen die in directe blijvende lotsverbondenheid het leven met hun kind zullen moeten delen. Deskundigen hebben slechts een taak op het gebied van hun deskundigheid, wat wil zeggen, dat ze het gehele arsenaal van hun gezamenlijke ervaring van mensen en hun situatie ter beschikking stellen van degenen die zullen moeten beslissen in welke richting zij de toch altijd weer duistere ethische sprong in de toekomst zullen wagen. En niemand wijze er nu op, hoe onbarmhartig het is de vrouw en de man daarbij ten laatste alleen te laten; want dit is barmhartig!

G. R. van Urk

## „Dolle Mina” en wombleaning service

„Om een mentaliteitsverandering tot stand te brengen bij alle mensen dienen wij allereerst druk uit te oefenen op de politieke partijen (wetswijziging) en verder op artsen, psychiaters, gynaecologen, psychologen, etc.” Aldus een van de stellingen uit het beginselprogramma van de Dolle Mina-abortusgroep. De daad bij het woord voegend verschenen tien dolle Mina's in een wetenschappelijke vergadering van de Gynaecologische Vereniging en gaven een zeer plastische demonstratie van hun eisen. Op de ontblote navelstreek van de dames konden de aanwezige gynaecologen kennis nemen van hun slagkreet „baas in eigen buik”.

Wel, daar is niets tegenin te brengen en dit behoort in deze tijd geen probleem meer te vormen. De moeilijkheden beginnen echter pas als de Dolle Mina's getoond hebben géén baas in eigen buik te zijn. Dan komen ze bij de dokter terecht om hulp in de narigheid en zijn zij momenteel nog overgeleverd aan zijn beslissing die vooralsnog „medisch verantwoord” dient te zijn. Van een medicus kan men moeilijk anders verwachten en hij vormt dan ook een niet geringe hinderpaal op de weg naar volledige vrijheid ten aanzien van zwangerschapsonderbreking.

Zelfs de meest progressieve arts zal zich naastig beijveren het een of andere medische etiket op deze verrichting te plakken. Aangezien dit in verreweg de meeste gevallen niet in de fysieke conditie van de zwangere is te vinden, roept hij de hulp in van een collega uit een andere discipline: de psychiater. Deze zoekt in zijn uitgebreide vakjargon naar een passende benaming voor de „existentiële nood” van de patiënt en daarmee is dan voldaan aan de medische indicatiestelling. Deze procedure is niet alleen noodzakelijk om het risico van strafvervolgung te ontlopen, doch eveneens en in meerdere mate om degenen die de abortus arte provocatus moet uitvoeren het gevoel te geven dat wat hij doet in overeenstemming is met zijn beroepsethiek. Op deze wijze strooit men elkaar en zichzelf ijverig zand in de ogen, want geen enkele medicus is opgeleid om - in voortdurend toenemende mate - de gevolgen van andermans seksuele relaties op te ruimen. Dit laatste moge weinig elegant zijn uitgedrukt, enige ervaring in een abortusteam leert dat er naast vele serieuze gevallen steeds meer zeer jeugdigen op nogal eens provocerende wijze hun eisen kenbaar maken. Na een uitbundig feest worden de glazen en asbakken verzameld, enkele weken later krijgt de gynaecoloog met andere „restanten” te maken.

Het Nederlands Genootschap voor Medische Seksuologie meent dat de Nederlandse artsen ten aanzien van abortus provocatus negatief zijn geconditioneerd, een oordeel waarmee vriend en vijand volledig kunnen instemmen. Hoewel men geneigd zal zijn deze uitspraak, afhankelijk van de eigen levensovertuiging, als compliment dan wel als verwijt te beschouwen, laat het Genootschap geen

ruimte voor deze bespiegeling. „De medische moraal dient afstand te doen van het vereiste van een medische indicatie, hoe ruim ook gesteld” luidt het oordeel van dit Genootschap. Geen halve maatregelen derhalve. Wanneer de arts ophoudt ten aanzien van één specifieke medische verrichting op de gebruikelijke wijze te functioneren en zonder medische indicatie te werk gaat, zijn alle problemen opgelost. Men geeft weliswaar nog een aantal richtlijnen, doch deze worden uitdrukkelijk als *voorlopig* gekenschetst.

De verdienste van het opgestelde rapport is ongetwijfeld dat men wil afrekenen met de huidige halfslachtige situatie, waarin een grote mate van hypocrisie wordt bedreven. De voorgestelde maatregelen zijn echter allesbehalve democratisch en komen vrijwel overeen met de eisen van Dolle Mina. Men wil de gehele medische stand verplichten alle ethische principes overboord te gooien ter wille van het recht van de vrouw zelf te beslissen of zij de consequenties van haar handelen al dan niet wenst te dragen.

Degenen die hierdoor het sterkst in hun vrijheid worden aangetast zijn uiteraard de gynaecologen. In andere disciplines kan men volstaan met theoretische standpunten en beslissingen, de gynaecoloog zal deze praktisch moeten uitvoeren. Het verrichten van een abortus arte provocatus vormt stellig het onaantrekkelijkste facet van zijn beroep. Men kan er lang en breed over uitweiden in hoeverre een foetus als menselijk leven dient te worden beschouwd, een feit is dat de gynaecoloog bij elke abortus-ingreep wordt geconfronteerd met een embryo waarin potentieel alle gegevens aanwezig zijn tot de uitgroei van een menselijk wezen. Hij is de technicus die moet verhinderen dat het daartoe komt en zijn vakbekwaamheid stelt hem in staat dit zodanig te doen dat de risico's voor de zwangere vrouw tot een minimum beperkt blijven.

In de oeverloze discussies tussen voor- en tegenstanders is hij derhalve de centrale figuur. Dolle Mina noemt hem gemakshalve in één adem met alle andere beoefenaren van de geneeskunst, doch dit is een onjuist understatement waaruit onderschatting van de positie van de gynaecoloog blijkt. Goed beschouwd dienen alle uiteenzettingen van de voorstanders van abortus provocatus om de gynaecologen van hun „ouderwetse” medisch-ethische opvattingen af te helpen en hen zodanig te conditioneren dat zij voortaan onvervaard de hand aan de vacuüm-aspirator of de curette slaan. Men houdt rekening met een recalcitrante enkeling die „gehouden” is te verwijzen naar een bereidwillige collega. Het is echter nog maar de vraag of men met welke argumenten dan ook er in zal slagen de gynaecologen in meerderheid zover te krijgen dat zij de abortus provocatus tot hun gewone dagelijkse werkzaamheden zullen gaan rekenen.

Gezien de haast welke men aan de dag legt om deze ingreep met minimale belemmeringen massaal te doen verrichten, lijkt de bestorming van het medisch-ethisch bastion niet de aangewezen weg. De

algemeen geldende beroepsethiek en zijn individuele geweten bepaalden tot nu toe het handelen van de medicus. Thans wordt door de voorstanders van vrije toepassing van abortus provocatus van hem verlangd dat hij deze gedragslijn zal verlaten. Hierdoor raakt hij in een conflictsituatie en het is dan ook juist wanneer men stelt dat abortus provocatus geen medisch probleem is, doch een probleem van medici.

Nu kan men met problemen twee dingen doen: men kan ze oplossen of afwijzen. Voor het te laat is zullen de artsen, en met name de gynaecologen, zich er derhalve op moeten bezinnen of zij de abortus arte provocatus als *medische verrichting zonder medische indicatie* wensen te accepteren. Zij dienen daarbij te bedenken dat de huidige discussies binnen zeer korte tijd zullen zijn achterhaald en men de schouders zal ophalen over tegenstribbelende „conservatieve” medici. Zodra abortus provocatus een aanvaarde zaak wordt zal de gynaecoloog optreden als een goed geschoolde aborteur tot wie men zich nog slechts wendt om technisch verantwoord van een ongewenste zwangerschap te worden verlost. Afgezien van de ethische bezwaren welke voordien moeten zijn overwonnen, heeft de te verwachten ontwikkeling ook een praktische kant. Een grote toename van abortus provocatus zal door het huidige krappe gynaecologenbestand zeker niet zijn te verwerken, zodat andere hulp zal moeten worden ingeschakeld.

Men zou reeds thans kunnen overwegen onder de artsen vrijwilligers aan te werven die geen morele bezwaren tegen abortus provocatus hebben en evenmin tegen de praktische uitvoering daarvan. Zij zouden een korte stage kunnen lopen om de ingreep te leren en de eventuele complicaties te beheersen. Het lijkt echter niet waarschijnlijk dat de animo groot genoeg zal zijn om aan de groeiende vraag in het gehele land te voldoen. „De ingreep dient vanzelfsprekend te worden verricht door een deskundige - meestal een gynaecoloog -” luidt een van de conclusies van het Nederlands Genootschap voor Medische Seksuologie. Hierin wordt de mogelijkheid opengelaten dat andere krachten - mits zij deskundig zijn - deze taak overnemen.

Het zou bij beide partijen van realiteitszin en visie getuigen wanneer men de mogelijkheid onderzocht om de abortus arte provocatus bij afschaffing van een medische indicatie te verschuiven naar de para-medische sector. Hiermede kan enerzijds de dwangpositie van een groot deel der medici worden opgeheven, terwijl anderzijds de praktische uitvoering kan worden versneld en verruimd. Door de aanstelling van krachten op een „second level”, die uitsluitend als deskundige technici werkzaam zijn, kan de beladen sfeer welke in medische kringen, ondanks normverruiming, zal blijven bestaan worden doorbroken. Deze krachten zouden onder Rijkstoezicht moeten worden opgeleid en tewerkgesteld in erkende abortusklinieken. Aangezien de term abortus en zeker aborteur dubieuze begrippen

zijn zouden hiervoor nieuwe kwalificaties moeten worden gevonden.

Naar „goed” Nederlands gebruik kunnen wij daarvoor wellicht terecht bij de Engelse taal en zouden we een en ander „wombcleaning”, respectievelijk „wombcleaner” kunnen noemen. De op te richten abortusklinieken kan men het predikaat „Instituut voor wombcleaning service” toebedelen. Met de leiding van deze klinieken dient uiteraard wel een medicus te worden belast. Hij zal een voorafgaand medisch onderzoek bij de patiënten moeten verrichten, terwijl hij ook dient op te treden bij complicaties welke niet door de „wombcleaners” worden beheerst. Voorts zal hij zijn belast met organisatorische en controlerende taken.

Zoals veelal in het buitenland gebruikelijk, kan vooraf een kort gesprek plaats vinden om te verifiëren of de vrouw volledig achter haar verzoek om abortus provocatus staat. In de meeste gevallen zal dit niet veel meer dan een formaliteit zijn, bij twijfel kan alsnog een deskundige worden ingeschakeld, echter slechts met instemming van de betrokkene. Dit laatste om te voorkomen dat door de achterdeur toch weer medisch-ethische scrupules een rol gaan spelen.

De ervaring met de huidige abortus-teams leert dat deze voor beide partijen een ernstig knelpunt vormen en het is dan ook niet verbazingwekkend dat dergelijke teams allerminst tot tevredenheid van de voorstanders van vrije abortus provocatus werken. In feite vormen zij het laatste bolwerk van medisch-ethisch handelen in deze problematiek. Hoe de beslissing ook uitvalt, men houdt er een morele kater aan over, terwijl het minutieuze wikken en wegen voor de zwangere vrouw kostbare tijd vergt. Voor de gynaecoloog in het team is het na deze vertraging een weinig benijdenswaardige opdracht om een reeds gevorderde zwangerschap te moeten beëindigen.

Instituten voor „wombcleaning service” als boven bedoeld zouden aanmerkelijk sneller en efficiënter kunnen werken. Een vrouw die vermoedt dat zij zwanger is kan zich hier, indien zij dit wenst, rechtstreeks vervoegen en behoeft niet langer op zoek te gaan naar een „positief geconditioneerde” medicus. In een vroeg stadium kan een zwangerschapsreactie worden verricht, waarna bij een positieve uitslag zo spoedig mogelijk opname kan volgen.

De werkwijze van de thans optredende abortus-teams zal overigens zowel door normverruiming als door toename van het aantal aanvragen niet lang meer kunnen worden gehandhaafd. Aangezien er geen weg terug meer is doet men er verstandig aan de realiteit onder ogen te zien en zich op de volle omvang van de consequenties van een ruime toepassing van abortus provocatus te bezinnen. Dit te meer omdat vooralsnog niet te verwachten is dat er een belangrijke teruggang in het aantal ongewenste zwangerschappen zal optreden. In dit verband zullen de recente publikaties over de gevaren van de pil stellig hun ongunstige uitwerking niet missen.

Meer dan ooit zullen alle krachten moeten worden gebundeld tot verdere ontwikkeling van en onbeperkte voorlichting over betrouwbare en weinig risikante anticonceptiva. Het beginselprogramma van Dolle Mina verdient in dit opzicht alle steun van medische zijde. Haar eisen ten aanzien van ontkoppeling van abortus provocatus en religieuze en culturele normen zijn vanuit het tot nu toe geldende medisch-ethische standpunt onaanvaardbaar. De praktijk zal echter uitwijzen dat de artsen het onderspit zullen delven. Het is derhalve de hoogste tijd voor een meer realistische aanpak van de gehele problematiek rondom de abortus arte provocatus.

April 1970

Dr. F. Roest

---

## Conferentie Medische Stafleden

Onder auspiciën van de Nationale Ziekenhuisraad en de Landelijke Specialisten Vereniging zal van 11 tot en met 13 mei a.s. door de Stichting Onderwijs Ziekenhuisbeleid een conferentie voor medische stafleden uit de algemene ziekenhuizen worden georganiseerd. In een voor deze conferentie uitgezonden convocatie aan de besturen en de stafbesturen van de ziekenhuizen in Nederland wordt gesteld, dat de ziekenhuisorganisatie en de in het ziekenhuis werkzame specialisten steeds meer op elkaar zijn aangewezen en dat de noodzaak van overleg en gesprek over de vele raakvlakken van het institutionele element en het professionele element steeds sterker worden geboden. De organiserende instanties zijn dan ook van mening dat een drie-daagse bijeenkomst, waarin een aantal kernproblemen van ziekenhuis en staf kunnen worden doorge-

sproken, na te zijn ingeleid door deskundigen, nuttig kan zijn. Een forum, waarop de intramurale specialist en „het ziekenhuis” elkaar ontmoeten zonder gestoord te worden door prerationele motieven, traditie en stoeve verhoudingen, biedt daartoe een goede gelegenheid.

De conferentie zal worden gehouden te Helvoirt in het conferentieoord „De Guldenberg” en staat onder algemene leiding van Prof. Dr. J. B. Stolte, Drs. C. H. van Rhijn en P. A. Coumou. Het inschrijvingsgeld — het ligt in de bedoeling het aantal deelnemers tot ongeveer dertig te beperken — bedraagt f 300,—, inclusief hotelkosten. Een exemplaar van het prospectus en van het inschrijfformulier kan worden aangevraagd bij het secretariaat van de Stichting Onderwijs Ziekenhuisbeleid, Hogeschool-laan 225 te Tilburg, tel. 04250/70960.

# Uitspraken Medisch Tuchtcollege Amsterdam

## Obductie zonder toestemming

Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam, oordelend inzake de op 5 augustus 1968 ingekomen klacht van A, geboren op ..... wonende te X, klager, tegen B, geboren ..... van beroep arts, wonende te X, verweerder.

Gezien de hier als ingevoegd geldende stukken, waaronder het klaagschrift van 3 augustus 1968, een aanvulling daarop van 30 oktober 1968, het verweerschrift van 24 juli 1969 met een daarbij gevoegd obductieverlag;

Gelet op het onderzoek ter zittingen van 4 november 1969 en 13 januari 1970, alwaar zijn gehoord verweerder en — als getuige — de internist C. zijnde klager, ondanks behoorlijke oproepingen daartoe, op voormelde zittingen niet verschenen;

Door het onderzoek is het volgende genoegzaam komen vast te staan:

- A. ....
- B. ....

Naar aanleiding van het onderzoek is echter tevens gebleken door de mededeling daaromtrent van verweerder, dat hij in verband met de behandeling van de patiënte, na haar overlijden obductie deed verrichten, zonder daartoe aan klager toestemming te vragen. Dit feit is mede in het onderzoek ten deze betrokken. Weliswaar heeft verweerder alvorens tot het doen verrichten van een obductie te besluiten voorafgaand overleg gepleegd met de internist C, die zijn opleiding leidde, en zich gevoegd naar diens opvattingen daaromtrent, doch zulks neemt niet weg dat hij voor zijn beslissing geheel zelfstandig verantwoordelijk is omdat hij — ook al was hij in opleiding tot internist — als zelfstandig bevoegd arts ook in die situatie niet ondergeschikt is aan hem leidende collegae.

Uit artikel 1, e, leden 1 en 3 van de Wet op de lijkbezorging blijkt dat — zo de overledene daartoe zelf geen beschikkingen heeft getroffen — de echtgenoot of naaste familieleden kunnen verlangen of vergunnen dat een lijk voor ontleding wordt bestemd, waartoe de burgemeester verlof kan verlenen. Voor lijkopening of gedeeltelijke ontleding is verlof van de burgemeester niet vereist. Hieruit zou kunnen worden afgeleid dat — ook al stelt het bepaalde bij artikel 41 van genoemde wet op het ontbreken daarvan geen sanctie — voor lijkopening of gedeeltelijke ontleding vergunning van de echtgenoot of de naaste familie is vereist.

Afgezien hiervan geldt echter dat — zoals ook verweerder bekend bleek — het vragen van toestemming voor een obductie aan de naaste familieleden in het algemeen als passend wordt beschouwd, omdat aantasting van een stoffelijk overschot hoogstpersoonlijke gevoelens van deze familieleden kan kwetsen dan wel als strijdig met godsdienstige overtuiging kan worden ervaren. Het is dan ook onder

de huidige omstandigheden ondermijnend voor het vertrouwen in de medische stand om het vragen van een dergelijke toestemming achterwege te laten en verweerder maakte zich mitsdien schuldig aan overtreding van art. 1 van de Medische Tuchtwet.

Toch moet hier een duidelijk conflict worden signaleerd tussen de eisen van uitoefening van de medische wetenschap en de gevoelens van naaste belanghebbenden. Obductie is immers een afsluiting van de medische behandeling, van belang voor de volksgezondheid en ter lering omtrent diagnose en behandeling, als ook ter opleiding van artsen. In ziekenhuizen voor opleidingen aangewezen behoren dan ook regelmatig obducties te geschieden. Toestemming daartoe moet herhaaldelijk juist worden gevraagd op een moment waarop — geschokte — nabestaanden de gevolgen van een weigering moeilijk kunnen afwegen.

Aan dit conflict kan slechts een einde worden gemaakt door een duidelijke wettelijke regeling inhoudende wanneer en op welke wijze de gevoelens van naaste familieleden dienen te wijken voor de eisen welke de medische wetenschap ten deze in het algemeen belang stelt.

Het voorgaande moet dan ook leiden tot na te noemen beslissing waarbij geldt dat het algemeen belang bekendmaking daarvan vordert.

Voor toekenning van enige vergoeding uit 's Rijks kas van kosten door klager of verweerder gemaakt in verband met de behandeling van de klacht is geen reden.

*Beslissende:* Waarschuwt verweerder.

Beveelt de bekendmaking van deze beslissing overeenkomstig het bepaalde bij art. 63 van het Reglement medisch tuchtrecht en oplossing van geschillen en met weglating van de met A en B aangeduide alinea's in de Nederlandsche Staatscourant en door toezending daarvan met het verzoek om plaatsing aan de redacties van Medisch Contact, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en de Nederlandse Jurisprudentie.

Aldus gewezen op 2 februari 1970 onder voorzitterschap van Mr. M. Knap met als leden-geneeskundigen F. J. C. Westerweel, J. W. J. de Laive, J. F. W. G. Verheul (plv.) en N. van Eek (plv.); Mr. R. Blektoon, secretaris.

## Overleg bij opname en overplaatsing

Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam, oordelend inzake de op 10 december 1968 ingekomen klacht van A., geboren ..... van beroep musicus, wonende te X. klager tegen B., geboren ..... van beroep arts, en geneesheer-directeur van het ..... ziekenhuis te X., wonende aldaar, verweerder.

Gezien de hier als ingevoegd geldende stukken,

waaronder het klaagschrift van 3 december 1968, het verweerschrift van 3 februari 1969;

Gelet op het onderzoek ter zittingen van 18 november 1969 en 20 januari 1970 alwaar zijn gehoord klager en diens echtgenote ..... verweerder en als getuigen: klagers schoonmoeder ..... de huishoudkundige ..... het hoofd van de afdeling controle en melding van de gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdienst te X, C, de internist D, te X, de internist E te Y, de huisarts F te Y.

Door het onderzoek is komen vast te staan: Begin oktober 1968 is mevrouw G, in tweede echt gehuwd geweest met H, geboren ..... moeder van klager en wonende te Y bij klager komen logeren. Zij leed aan arteriosclerose, de ziekte van Parkinson en beginnende dementie. Op 19 oktober 1968 werd zij ten huize van klager ernstig ziek en klagers huisarts I liet haar die dag onder de verdenking van meningitis in het ..... ziekenhuis te X opnemen. Aldaar werd door een lumbaal punctie vastgesteld dat deze verdenking onjuist was. Patiënte bleek een blaasontsteking te hebben welke medicamenteus werd behandeld. Zij was opgenomen op de afdeling besmettelijke ziekten. Op 20 oktober 1968 moesten spoedeisend op die afdeling drie patiënten met het beeld van meningitis worden opgenomen, waarvoor onvoldoende plaats aanwezig was. Op 21 oktober 1968 pleegde verweerder overleg met de hoofdzuster van de betrokken afdeling. Daar de patiënte niet besmettelijk ziek was en aangedrongen werd op haar overplaatsing, heeft verweerder telefonisch over ontslag overleg gepleegd met het hoofd van de afdeling controle en melding van de GG & GD. Later werd hem door getuige C medegedeeld dat de patiënte naar Y zou worden vervoerd. Verweerder, die blijkens de gegevens waarover hij beschikte, wist dat patiënte nog verpleging in een ziekenhuis behoefde, in elk geval niet naar haar huis kon, heeft er zich niet van vergewist waarheen zij zou worden overgebracht. Verweerder achtte op grond van de hem verstrekte inlichtingen de patiënte transportabel.

In het begin van de middag van de 21e oktober 1968 is het vervoer naar Y bewerkstelligd, zonder dat tevoren overleg plaats vond met klager of diens echtgenote. De broeders van de GG & GD bleken onderweg niet op de hoogte van het feit dat patiënte niet naar huis gebracht kon worden. Met behulp van de huisarts is patiënte vervolgens gebracht naar en opgenomen in het ..... ziekenhuis te Y. Haar toestand was toen gedementieerd, met wisselend bewustzijn. Van de blaasontsteking was door de toegepaste medicatie weinig meer merkbaar. Omstreeks een week later is de patiënte overleden vermoedelijk aan een trombosis cerebri.

De klacht behelst, zakelijk weergegeven, dat klagers moeder in ernstig zieke toestand en zonder dat daartoe noodzaak bestond is vervoerd van X naar Y, dat tevoren omtrent mogelijke andere oplossingen met klager geen overleg is gepleegd en dat aan de huisarts te Y is medegedeeld dat klagers moe-

der leed aan een blaasontsteking in plaats van aan een hersenaandoening. Blijkens de hiervoren vastgestelde feiten leed klagers moeder op 19 oktober 1968 niet aan meningitis doch aan een blaasontsteking. In zoverre is de mededeling welke aan de huisarts te Y werd gedaan door de getuige C juist geweest. Wel heeft kennelijk aan deze mededeling ontbroken dat de patiënte, gezien haar algemene toestand niet thuis kon worden verpleegd. Zulks heeft ten gevolge gehad dat tijdens het transport verwarring ontstond over de vraag waarheen de patiënte moest worden gebracht en dat pas na aankomst in Y met behulp van de huisarts opname in een ziekenhuis kon worden bewerkstelligd.

Eveneens is, mede uit de verklaring van de getuige D, gebleken dat vervoer per ambulance van de patiënte mogelijk was. Er bestaan geen aanwijzingen dat door dit vervoer het overlijden van de patiënte is veroorzaakt of bespoedigd. Klager vernam bij het middagbezoek aan zijn moeder op 21 oktober 1968 van de dienstdoende zuster dat zijn moeder die middag naar Y zou worden gebracht. Voordien is met hem daarover geen overleg gepleegd. Toen aan verweerder, als geneesheer-directeur van het ..... ziekenhuis, in de morgen van 21 oktober 1968 bleek dat volgens de ter beschikking staande gegevens klagers moeder niet besmettelijk ziek was en vervoerbaar was, heeft hij — met het oog op het feit dat op 20 oktober drie van besmettelijke ziekte verdachten met behulp van noodvoorzieningen moesten worden opgenomen — ten einde ruimte te scheppen, zich met de GG & GD in verbinding gesteld om overplaatsing van de patiënte te regelen. Van deze instelling vernam hij later dat de patiënte naar Y zou worden vervoerd. Niet

### Medische informatiekaart

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

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

duidelijk is komen vast te staan of verweerder de getuige C heeft gezegd dat verpleging elders geboden was. In elk geval is niet gebleken dat verweerder er zich van vergewist heeft dat de patiënte naar elders ter verpleging zou worden overgebracht.

Omtrent een en ander zij allereerst vastgesteld dat verweerder, gesteld voor het probleem van gebrek aan plaats voor dringend opname-behoefte, niet ten onrechte heeft gemeend dat klagers moeder naar elders moest worden overgebracht en dat hij, afgaande op de hem verstrekte gegevens, haar niet ten onrechte vervoerbaar achtte.

Voorts geldt ten deze dat verweerder niet zelf overplaatsing naar elders dan in zijn eigen ziekenhuis regelt doch dat, krachtens ten deze geldende gemeentelijke verordening, zulks de taak is van de GG & GD. Het is dan ook terecht dat verweerder deze dienst van de wens tot overplaatsing van de patiënte in kennis stelde. In beginsel valt ook hetgeen verder met de patiënte is geschied, buiten de verantwoordelijkheid van verweerder.

Hoewel niet valt vast te stellen, gezien de strijdigheid van hetgeen verweerder en getuige C daaromtrent verklaren, of verweerder laatstgenoemde duidelijk heeft gezegd dat verpleging elders was vereist, kan het feit dat verweerder zich daarvan niet voldoende heeft vergewist hem niet ernstig worden verweten terwijl bovendien — zij het na enig misverstand en verwarring — de patiënte vrijwel direct na aankomst in Y in een ziekenhuis is opgenomen.

Minder juist is echter wel dat verweerder na tot het doen van een verzoek tot overplaatsing te hebben besloten, niet onmiddellijk met klager contact heeft doen zoeken teneinde met hem over mogelijkheden tot verpleging elders overleg te plegen. Dit verwijt geldt echter evenzeer met betrekking tot de GG & GD, welke formeel tot terugplaatsing in Y besloot omdat de patiënte daar woonachtig was, zonder met klager of diens echtgenote omtrent andere mogelijkheden te beraden, hetgeen wel voor de hand lag. Van enig contact van die zijde met de arts I, die tot opname had besloten, is ten deze ook niet gebleken.

De belangen welke verweerder had te behartigen tegen elkander afwegend (dringende opname bij onvoldoende plaats en overplaatsing van een niet dringend op de betrokken afdeling verpleging behoevende), kan echter niet worden gezegd dat verweerder laakbaar heeft gehandeld.

Wel verdient opmerking dat ten deze duidelijk overleg met alle belanghebbenden ontbroken heeft, zonder dat zulks uitsluitend aan verweerder kan worden geweten. Zorgvuldiger samenwerking van de organen die in gevallen als de onderhavige hun diensten moeten verlenen en duidelijker voorlichting van de naaste belanghebbenden is noodzakelijk en een betere organisatie dier samenwerking verdient aanbeveling. In het algemeen belang is dan ook bekendmaking van deze beslissing vereist.

Zonder dat aan klager of verweerder een vergoeding uit 's Rijks kas dient te worden toegekend wegens kosten gemaakt in verband met de behande-

ling der klacht, moet op grond van vorenstaande beschouwingen, worden beslist als volgt:

*Beslissende: Wijst de klacht af.* Beveelt bekendmaking van deze beslissing met inachtneming van het bepaalde in art. 63 van het Reglement medisch tuchtrecht en oplossing van geschillen in de Nederlandsche Staatscourant en door toezending met het verzoek tot plaatsing aan de redacties van Medisch Contact, het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en de Nederlandse Jurisprudentie.

Aldus gewezen op 16 februari 1970 onder voorzitterschap van Mr. M. Knap, met als leden-geneeskundigen Dr. M. J. Heering, F. J. C. Westerweel, J. W. J. de Laive en Dr. A. W. M. Pompen; tegenwoordig in de raadkamer de secretaris Mr. R. Blektoon.

### Partijdigheid in echtscheidingsprocedure

Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam, oordelend inzake de op 3 juni 1969 ingekomen klacht van klager: A, geboren ..., wonende te Z, tegen verweerder: B, huisarts, geboren ..., wonende te Z;

Gezien de stukken, waarvan als hier ingevoegd gelden het klaagschrift, klagers nadere brief van 5 juni 1969 en het verweerschrift met de daarin vermelde bijlagen, alsmede het verbaal van het verhoor in voorlopig onderzoek van klager van 9 oktober 1969;

Gelet op het onderzoek ter terechtzitting van 10 februari 1970 waar zijn gehoord klager, verweerder, verweerders raadsvrouw, advocate te Z en de door klager opgeroepen getuigen C en D;

Overwegende dat de klacht, zoals ter zitting nader toegelicht zakelijk het volgende behelst:

Verweerder ondermijnde het vertrouwen in de stand der geneeskundigen door in september 1966 aan de advocate van klagers echtgenote een medische verklaring af te geven, ten gebruike in een procedure tot scheiding van tafel en bed, waarin hij zich partijdig opstelde, zulks hoewel verweerder destijds huisarts was van zowel klagers echtgenote als klager zelf, en zonder toestemming van of overleg met klager;

Overwegende dat door voormeld onderzoek het volgende is komen vast te staan:

De advocate van klagers echtgenote heeft in september 1966 aan verweerder verzocht een medische verklaring op te stellen, met de bedoeling deze over te leggen bij een op 28 september 1966 door klagers echtgenote bij de Rechtbank te Z in te dienen inleidend verzoekschrift tot scheiding van tafel en bed, waarin o.m. werd gevraagd voorlopig verlof aan klagers echtgenote om in de echtelijke woning te verblijven, zonder gehouden te zijn klager bij zich te ontvangen.

Verweerder, huisarts van klagers gezin en ook van klager zelf stelde, zonder klager daarover in te lichten, een - ongedateerde - verklaring op waarvan de tekst als volgt luidde: „Mevrouw ..., geb. ... wonende te Z is sinds 1942 patiënte van ondergete-

kende. Zij heeft een bijzonder moeilijk huwelijksleven gehad, doordat noch het seksuele contact, noch de dagelijkse omgang in een voor haar acceptabele vorm werden gehouden door haar echtgenoot. Ik heb de vrouw in de loop der jaren van een vrolijke, gezonde en energieke dame zien veranderen in een vroeg oude, bevende, verbitterde aan zenuwtoevallen lijdende patiënte. Zij is voor de kinderen gebleven, die een voortdurende bron van strijd vormden tussen de echtelieden. In wezen is ze doodsbang voor haar man, die haar met woord en daad nooit met rust kan laten. Met de man zelf is niet over een oplossing te praten. Het idee, dat hij het veld zou moeten ruimen is zo onverdraaglijk voor hem, dat hij een vloed van niet terzake doende argumenten naar voren brengt om aan te geven waarom zijn vrouw maar weg moet gaan. Hij zegt zich bezorgd te maken over het lot van zijn zoon, maar heeft al zijn dochters het leven vergald. Het is alleen maar om bovengenoemde reden begrijpelijk dat hij een huwelijk in stand wil houden met een vrouw, die al vele jaren blijk geeft ieder contact met hem te schuwen. De laatste maanden is de situatie verergerd. De vrouw heeft een reactieve depressie, is sterk vermagerd en niet in staat haar werk normaal te doen. Alleen een gedwongen scheiding van haar man geeft haar kans op genezing, waarbij het de man verboden zou moeten worden haar te gaan opzoeken". w.g. B.

Klager vernam omtrent de door verweerder afgelegde verklaring van zijn echtgenote. Het gevraagde voorlopig verlof werd toegewezen. De Rechtbank te Z sprak bij eindvonnis van 4 januari 1968 op verzoek van klagers echtgenote scheiding van tafel en bed uit, welk vonnis door het Hof te Z bij arrest van 21 november 1968 werd bekrachtigd. Rechtbank noch Hof gebruikte de door verweerder afgegeven verklaring als bewijsmiddel;

Overwegende dat verweerder ter toelichting op zijn verklaring heeft medegedeeld dat zijn uitsluitende bedoeling was de President van de Rechtbank duidelijk te maken dat het voor de gezondheid van klagers echtgenote noodzakelijk was dat zij gescheiden van klager zou leven;

dat verweerder voorts heeft aangevoerd dat hij in een noodsituatie verkeerde omdat de gezondheidstoestand van klagers echtgenote geen twee dagen uitstel van een gedwongen scheiding meer toeliet, en hij de enige was die in de mogelijkheid verkeerde daarover een medische verklaring af te geven;

dat verweerder tenslotte heeft aangevoerd dat hij nog steeds van de volledige juistheid van de inhoud der verklaring overtuigd is;

Overwegende omtrent een en ander:

dat in beginsel aan verweerder, wanneer de omstandigheden van zijn patiënte zulks zeer dringend noodzakelijk maken, de bevoegdheid niet mag worden ontzegd om te haren behoefte en ten dienste van derden een schriftelijke verklaring omtrent de gezondheidstoestand van zijn patiënte te geven;

dat echter ten deze van zodanige dringende omstandigheden niet is gebleken;

dat immers verweerder van mening is dat de gezondheidstoestand van zijn patiënte zodanig was dat zij geen twee dagen langer tezamen met klager in één huis kon verblijven, strijdig is met zijn verklaring dat die gezondheidstoestand - kennelijk veroorzaakt door het psychisch onvermogen haar echtgenoot te kunnen verdragen - hem geen aanleiding had gegeven zijn patiënte toen of eerder naar een (zenuw-)specialist te verwijzen;

dat ook overigens niet is gebleken van omstandigheden welke verweerder hebben belet zijn patiënte voor het verstrekken van een verklaring als door haar verlangd, naar een haar niet-behandelend arts te verwijzen;

dat voorts - blijkens de inhoud daarvan - verweerder de gronden voor zijn oordeel omtrent der partijen onderlinge verhouding ontleende aan hetgeen hij van klagers echtgenote en klager zelf (die beiden zijn patiënten waren) vernam of waarnam en dusdoende in elk geval tegenover klager handelde in strijd met waartoe zijn beroepsgeheim hem verplichtte, nu hij klager niet tevoren toestemming tot het afgeven der onderhavige verklaring vroeg noch hem zelfs van zijn voornemen tot het afgeven daarvan in kennis stelde;

dat - tenslotte - de inhoud der vorenweergegeven verklaring zonder noodzaak meer dan het vaststellen van een vastgelopen huwelijksituatie en de wenselijkheid van een uit elkaar gaan, mede oordelen van verweerder bevat omtrent klagers schuld aan dit vastlopen;

dat mogelijk verweerder zich onvoldoende bewust was van de reikwijdte van voormelde inhoud, doch zulks hem niet kan verontschuldigen;

Overwegende dat verweerder door te handelen zoals hij deed afbreuk deed aan de vertrouwensrelatie tussen hem en het gezin van klager en aldus het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnde;

Overwegende dat de klacht derhalve gegrond is;

dat het college thans nog wil volstaan met na te noemen maatregel;

dat geen aanleiding bestaat klager of verweerder kosten, in verband met de behandeling van de zaak gemaakt, uit 's Rijks kas te doen vergoeden;

Overwegende dat het algemeen belang bekendmaking van deze beslissing vergt op na te noemen wijze;

*Beslissende: Waarschuwt verweerder; beveelt voorts dat deze beslissing met inachtneming van het bepaalde in art. 63 van het Reglement medisch tuchtrecht zal worden gepubliceerd in de Nederlandsche Staatscourant en door aanbieding met verzoek tot plaatsing aan Medisch Contact en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde;*

Aldus gegeven op 2 maart 1970 onder voorzitterschap van Mr. M. Knap met als leden-geneeskundigen Dr. M. J. Heering, F. J. C. Westerweel, J. W. J. de Laive en Dr. A. W. M. Pompen; tegenwoordig in raadkamer de secretaris Mr. R. Blekxtoon.



## **Wat kan de medische polemologie doen?**

Op een bestand van bijna 14.000 leden van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst telt de Medisch-Biologische Vereniging voor Polemologie er omstreeks 300. Een getalsverhouding die er niet om liegt en die de vraag „Wat kan de medische polemologie doen?” overschaduwet. Voornoemde vraag was het thema van een studiedag, die de Medisch-Biologische Vereniging voor Polemologie op 4 april jongstleden in het Jaarbeursgebouw te Utrecht organiseerde. Zaal en inleiders, Prof. Dr. A. de Froe, hoogleraar in de anthropobiologie en de menselijke erfelijkheidsleer aan de Gemeentelijke Universiteit te Amsterdam, en Prof. Mr. B. V. A. Röling, hoogleraar in het strafrecht, het strafprocesrecht en het volkenrecht en directeur van het Polemologisch Instituut van de Rijksuniversiteit te Groningen, hielden er zich uitvoerig mee bezig. Maar eerst en vooral gingen zij kritisch in op de oorzaken van het gebrek aan sterkte.

Waarom is er zo weinig belangstelling voor een vereniging, die zich bezighoudt met de bestudering van de vraagstukken van oorlog en vrede in verband met de ethiek van medicus en bioloog? Meer algemeen: waarom doen de artsen zo weinig mee aan het protest en doen zij er individueel en als groep het zwijgen toe? Een aanknopingspunt bood het feit, dat polemologie vooral een sociale wetenschap is. Hoe staat het met de maatschappij-betrokkenheid van de medicus? Artsen zijn individualisten, die te maken hebben met individuele belangen. Tot voor betrekkelijk korte tijd speelde de gemeenschap geen rol voor de arts, aldus de eerste inleider, Prof. De Froe. De arts houdt zich op een afstand van alle mogelijke zaken die de mensen verdelen; hij wil daar terecht niet tussen kiezen. Als behandelend medicus stelt hij zich boven de partijen. Geconfronteerd met het vraagstuk van de oorlog heeft hij geen aanknopingspunten om vanuit zijn kennis van de wereld iets te doen. Omdat oorlog in het algemeen niet als een uiting van ziek-zijn wordt beschouwd en opgevat in die zin ook niet door zieke mensen wordt gemaakt, ziet de arts geen weg voor een therapie. Enig gezag op het terrein van de oorlog kent hij zichzelf niet toe. Mocht hij al tot activiteiten komen, dan zal hij gauw door fatalisme worden geplaagd. In die overtuiging, dat er toch niet wordt geluisterd en dat het allemaal niets uithaalt, wordt hij gesterkt door de heftige oppositie die hij ontmoet. Wie de waarheid zegt, krijgt het hard te verduren, juist van de kant van de autoriteiten, die dan vaak de politici en de pers meekrijgen.

Toch is er geen reden voor fatalisme. In 1957, aldus vervolgde Prof. De Froe, protesteerde slechts

een handvol medici tegen proeven met de atoombom, die de atmosfeer zouden vergiftigen. Ondanks verweer van de hoogste autoriteiten toentertijd, worden er nu haast geen proeven in de atmosfeer meer genomen. Interessant is overigens niet, hoe die ontwikkeling heeft plaatsgevonden, maar dat zij heeft plaatsgevonden. Wie zich publiekelijk voor het bestuderen van de vragen van oorlog en vrede inzet, mag dus hopen op succes. Wel verkeert hij nog in een geïsoleerde positie, en loopt hij, hier en nu, het gevaar links gedetermineerd te raken. Dit vindt zijn oorzaak echter niet bij hem, maar bij degenen tegen wier handelen hij protest aantekent. „Bij ons” opkomen tegen de oorlog, betekent volgens Prof. De Froe in de hedendaagse praktijk opkomen tegen Amerika, omdat Amerika in deze dagen oorlog voert. In wezen geldt het protest echter het fenomeen oorlog zelf.

De Amsterdamse hoogleraar stelde voorts onder meer: ingesteld op een dreigende oorlog, zijn er op wetenschappelijk gebied belangrijke instituten en laboratoria, die intensief werk verrichten, speciaal op het gebied van de toxicologie en de bacteriologie. Deze instellingen kennen een geheimhoudingsplicht. Ontdekkingen die daar worden gedaan, kunnen wel ooit worden vrijgegeven, maar zeker is dat niet. Dit zal bijvoorbeeld niet het geval zijn, indien de gevonden gegevens tegen het werk van de instelling ingaan. Op die manier zou het kunnen gebeuren, dat een geneesmiddel tegen een zelfontwikkelde infectieziekte niet wordt vrijgegeven. Ergo, geheimhouding is in wezen volstrekt immoreel. Geheimhouding werkt daarnaast demoraliserend, omdat wetenschapsbeoefenaren met geheimhoudingsplicht zich onttrekken aan de morele plicht tot publiceren doch wel gebruik maken van de vrijelijk beschikbare gegevens van anderen. Dit houdt in, dat wie dan ook thans niet anders kan dan werken in dienst van de geheimhouding. Een dergelijk gedwongen meedoen hoeft men niet te aanvaarden.

De geheimhouding van wetenschappelijke gegevens schept een onzekerheidsfactor van belang. Men moet daarom protesteren tegen gedeeltelijke geruststellingen van de kant van autoriteiten: het gezag stelt dan gerust op punten waar het zelf geen weet van heeft. Prof. De Froe haalde het voorbeeld aan van Dr. H. C. Bartlema, hoofd van de microbiologische afdeling van het medisch-biologisch instituut van de Rijksverdedigingsorganisatie TNO, die heeft beweerd (zie Medisch Contact no. 5/1970, bladzijde 120), dat men er nog niet in is geslaagd nieuwe ziektekiemen te laten ontstaan, die kunnen worden gebruikt in de biologische oorlogsvoering. Zonder te twifelen aan de goede bedoelingen van de zegsman kan worden gesteld, dat uit deze woor-

den een geruststelling spreekt waarin men niet hoeft te berusten. Want vele gegevens zijn ook voor Bartlema geheim, wat zijn verhaal zó onvolledig maakt dat het als verhaal niet opgaat, aldus de inleider.

Als ander voorbeeld van een geruststelling waarvoor geen gronden bestaan, noemde hij het spreken van „toelaatbare doses” bij atoombomproeven. Wie is de toelattende instantie? En verder: de reeds van nature in de atmosfeer aanwezige stralingsenergie doet schade; alles wat wij erbij doen, doet des te meer schade. De bij proeven met de atoombom vrijkomende stralingsenergie versnelt het menselijk mutatieproces, een proces waarbij 99% van de tot stand gekomen mutaties schadelijk is. „Het gebruik van versluierende termen is een gemene tactiek om iets onschuldig voor te stellen dat niet onschuldig is. Het is misleidend te spreken van „toelaatbare doses”, zoals het misleidend is nog altijd te spreken van „wapens”, waar verdelgingsmiddelen worden bedoeld. Termen als deze, gebruikt door deskundigen en door politici overgenomen, zijn een vorm van camouflage met woorden van rotte zaken”, aldus Prof. De Froe.

De vraag, wat de medische polemologie nu in de praktijk kan doen, benaderde de spreker met te stellen, dat het werk van de medicus een antipode is van het werk van mensen die oorlog maken. Zijn werk dreigt door de bedreiging gefrustreerd te raken. Echter, alle mensen ondergaan de demoraliserende invloed van de dreiging van een verwoestingsoorlog. Bij het gebruik, dat in de polemologie van de arts kan worden gemaakt, moet dan ook niet zozeer van deze tegenstelling worden uitgegaan. In een oorlog worden niet alleen mensen gedood, er worden ook invaliden en zieken gemaakt. Artsen moeten in de eerste plaats activiteiten ontplooiën op het gebied van hun specifieke deskundigheid. Bij alles wat men tegen de gevolgen van oorlog denkt te doen, moet men echter bedenken, dat preventie verre en verre de voorkeur verdient. Het is van belang, de gevaren duidelijk voorop te stellen en corrigerend op te treden, onder andere door het duidelijk weerspreken van valse praatjes, aldus Prof. De Froe.

Het gaat, zo stelde een discussiant later, om de fundamentele bestrijding van de factoren die oorlog veroorzaken. Het idee rijpt, dat de geneeskunde op kortzichtige wijze wordt beoefend, namelijk achteraf. Evenals armoede doet oorlog ziekte en ondervoeding toenemen. Met die gevolgen van armoede en oorlog houdt de arts zich thans wel bezig, met de medische — en andere — oorzaken ervan echter niet.

Oorzaken die, zoals daarop werd opgemerkt, liggen op het vlak van de sociaal-psychologische hygiëne. Kan men eraan twijfelen, of oorlog medisch gezien een ziekteverschijnsel is, sociaal gezien is hij dat wel degelijk. Zoals eertijds met veel pijn en moeite aan de heksenvervolging een halt werd toegeroepen, zo kan men ook nu nog bepaalde tot oorlog voerende gedragspatronen door zelfcorrec-

### **Geschenken kosten geld**

Uw weekbladen kunt u portvrij zenden aan

**„ROODE KRUIS-  
TIJDSCHRIFTENDIENST  
DEN HAAG”**

tie wijzigen. Een psychologie van de agressie is thans mogelijk, sinds is aangetoond, dat de wanverhouding tussen intellectueel denken en het achterblijven van de mens op moreel gebied lichamelijke oorzaken heeft. Is het, zo vroeg men zich af, vanuit dit intellectuele denken, dat sommigen het laakbaar achten dat een medicus zou weigeren zich in dienst te stellen van het RVO-TNO-apparaat?

Is, zo werd er ook gevraagd, defensie van het vaderland, met alles wat daarbij komt, een moreel alibi om onder zoveel ethische druk te staan? Immers, hier wordt de medische ethiek aan een nationaal ethos ondergeschikt gemaakt. Prof. De Froe tekende hierbij aan, dat het recht op verdediging niemand is te ontfangen - het gaat er om de aanleidingen voor een aanvalsoorlog te achterhalen, teneinde het uitbreken ervan te voorkomen.

*„Wij” en „zij”*

Hoe oorlog te voorkomen? Wij hoeven, zo betoogde de tweede inleider, Prof. Röling, niet meer op te tornen tegen de opinie dat oorlog een goede zaak is. Maar er zijn twee manieren om oorlog te vermijden, dat is de vrede te zoeken: door macht en anderszins. Militaire macht kan een factor van de vrede zijn, in principe althans, te verregaand echter in consequenties. Momenteel wordt in Oost en West een onaantastbaar stuk militaire macht opgebouwd, dat voldoende is om een eerste klap te overleven. Een „secund strike” nu zal op de burgerbevolking zijn gericht. De aanmaak van MIRV- en ABM-systemen, waarbij gebruik wordt gemaakt van lange afstands-raketten met meervoudige kernladingen en van afweerraketten, is thans zozeer gevorderd en de „overkill”-capaciteit (dat wil zeggen het vermogen om de ander vele malen te vernietigen) is thans aan beide zijden zo groot, dat de dezer dagen in Wenen voortgezette SALT-gesprekken wel nodig waren om ook in de toekomst zekerheid over het handelen van de tegenstander te kunnen houden. Het motief is niet langer het vermogen de eerste klap op te vangen, maar het vermogen de tweede klap te kunnen uitdelen. In feite is de ontwapeningsconferentie gericht op de handhaving van „secund strike”-mogelijkheden. Dit stelt beide

partijen voor enorme morele problemen, aangezien het strijdt met het oorlogsrecht, bommen op burgers te gooien als doel om de vrede te bereiken. Aanvalsoorlogen als zodanig bestaan niet meer: oorlogen ontstaan thans uit angst, dat de ander uit angst zal beginnen.

Het zoeken van vrede door middel van macht, zoals nu gebeurt, leidt onherroepelijk tot een totale vernietiging, aldus Prof. Röling. Maar nog zijn er andere wegen om de vrede te bereiken, sommige radicaal, andere realistisch. Onderzoekingen hebben aangetoond, dat het effect van radicaal optreden moet worden betwijfeld. Een andere, geleidelijke, oplossing kan liggen in het aangeven van nieuwe ontwikkelingen, met het doel op een manier die van ontspanning getuigt een de-escalierend proces in te zetten. Zo kan men er op wijzen, dat in de structuur van onze wereld een enorm stuk oorlogsfactor schuilt. Wij leven in een wereld vol onwezenlijke tegenstellingen, een conglomeraat van soevereine staten, waarin het denken in termen van „wij” en „zij” hoogtij viert. In plaats van in die termen, is het mogelijk te leren denken in termen van „wij”. Het systeem valt te wijzigen, en daarmee de agressie van de mensen: ook de Engelsen en de Schotten, de Groningers en de Ommelanders zijn het ooit eens geworden, omdat zij er de noodzaak van inzagen. Wereldfederalisme is pas mogelijk, als men zich solidair voelt met elkaar. Het veranderen van een mentaliteit kost echter tijd, en het is twijfelachtig of wij die tijd nog hebben, aldus Prof. Röling.

Het denken in termen van „wij” en „zij” gaat aan de arts niet voorbij. Ieder van ons heeft zijn eigen taak, vervolgde de inleider, het leven in compartimenten wordt veelal als een deugd gezien. De medicus nu leeft in de ban van de gedachte, alleen met de patiënt te maken te hebben, niet met de omstandigheden die hem tot patiënt maken. Die patiënt kan een militair zijn: een soldaat in vredetijd, fysiek en moreel in conditie te houden; een soldaat voor, tijdens of na de slag, al dan niet weer gevechtssrijf te maken. Bezint men zich op het bestaan van militaire artsen, dan dient men wel onderscheid te maken tussen medische ethiek en polemologische standpuntbepaling. De rol van de arts in een militair apparaat, dat nu eenmaal nog bestaat en zich zelf rechtvaardigt met te stellen dat het staat in dienst van de vrede, is nog niet helemaal te verwerpen. Aangezien evenwel artseneed en officierseed aantoonbaar strijdig zijn, zou men niet meer als officier moeten helpen, maar als burgerarts. De medische polemologen zouden de Maatschappij voor Geneeskunst moeten voorstellen zich hierover uit te spreken - maar dat zou een kwestie van ethiek zijn, aldus de inleider. Wel zou een dergelijke stellingname van belang zijn tegenover andere groepen met hun ethos.

Als eerste taak van de medische polemologie zag Prof. Röling het tegengaan van versluiering. Het taalgebruik met betrekking tot de moderne oorlogsvoering wordt volledig van morele bijklanken ontdaan. Men spreekt van „population response”,

„overkill” en „floor space”, en bedoelt daarmee dan mogelijke aantallen slachtoffers, het aantal malen dat de vijand met het huidige wapenpotentieel kan worden vernietigd en het totale vernietigde terrein. Onverhuld zal moeten blijven, dat oorlog vulgair is geworden. De realiteit van nu is, dat beide partijen beschikken over weerzinwekkend vernuft in dienst van de vernietiging.

In weerwil van de realiteit blijft men zich een vijand scheppen. Die mentale voorbereiding op oorlog, dat brengen van de militaire mentaliteit van angst in de huizen, is het grote bezwaar dat volgens de spreker tegen een instelling als de BB kan worden ingebracht. Niet de mogelijke werking daarvan onder oorlogsomstandigheden, maar juist de werking ervan in vredetijd brengt gevaren met zich mee, omdat zij het denken in machtsblokken in stand helpt houden. Zonder dat hij zich in dit denkpatroon moet laten vangen, kan de arts in bepaalde grensgebieden waarop maatregelen mogelijk zijn toch meehelpen bij het onderzoek naar de effectiviteit van de verdediging. Ook kan hij zich wijden aan onderzoekingen betreffende de agressiviteit van de mens. Onder meer zouden daarbij de biologische en sociale aspecten van de menselijke agressie kunnen worden bestudeerd, alsook de invloed van manipulatie op hersenen en zenuwstelsel. Het doorlichten van de persoonlijkheid van staatslieden zou eveneens onder deze activiteiten kunnen gaan vallen. Belangrijk voor de rol die de arts denkt te kunnen gaan spelen, is dat hij beseft, dat hij alleen al door zijn houding een bepaalde opvatting in de ogen van zijn omgeving kan legitimeren. Er vanuit gaande, dat oorlog fout is, kan hij zich een rationele houding aanmeten en trachten anderen voor zijn uitgangspunt begrip bij te brengen; wellicht kan hij zo bewerken dat er een geleidelijke verandering intreedt.

Gevraagd naar zijn mening over de medewerking van artsen aan instellingen als RVO-TNO, antwoordde Prof. Röling, dat men in het oog zal moeten houden, dat elk onderzoek ter verdediging ook agressie kan worden gebruikt. Zowel voor wie op grond van deze overweging weigert bij TNO te gaan werken als voor wie er wel wil werken, maar dan zonder geheimhoudingsplicht, kan men zijns inziens respect hebben. Het betreft hier een keuze op het vlak van de ethiek, zoals het een ethische keuze is als medicus al dan niet de officierseed te willen afleggen. Vaak echter kan men zich niet aan de indruk onttrekken, aldus Prof. Röling, dat het niet gaat over ethiek, maar over fatsoen en het in stand houden van de hokjesgeest. In het bijzonder dacht hij daarbij aan de weerstand van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst om zich met de oorlogsproblematiek te bemoeien. Echter, stelde hij, „vakjes zijn niet vol te houden, wanneer men deze problemen sociaal wil benaderen”. Hij sloot met deze uitspraak zijn aandeel af in een studiedag, die er vooral in had geresulteerd van dit *wanneer* een *mits* te maken.

t.V.

## „Eline Vere” eert Haagse huisarts(en)

### *Vaderlandprijs 1970 voor huisarts S. M. Lammerts van Bueren*

Onder het opschrift „Vaderlandprijs 1970 - „Eline Vere” eert Haagse huisarts(en) lazen wij in de editie van Het Vaderland van 8 maart i.l. het volgende:

„Een huisarts is onbetaalbaar, en ook anderszins zijn zijn diensten heel moeilijk te erkennen. Maar gisteravond stond wel vast, dat het bezit van een kleine „Eline Vere”, schepping van de Haagse beeldhouwer Theo van der Nahmer, voor de bekende „echte-ouderwetse” huisarts S. M. Lammerts van Bueren uit de leplaan toch iets over bracht van de dank die tallozen nooit voldoende hebben kunnen uiten. De directeur van Het Vaderland de heer Th. D. Struick, overhandigde hem dit eenvoudig huldeblijk, zoals hij het betitelde, in zijn werkkamer. Mevrouw Lammerts van Bueren werd mede gehuldigd met bloemen.

Bij de uitreiking van de drie kleine „Eline Vere's” in april vorig jaar, respectievelijk aan oud-burgemeester Kolfschoten, de voordrachtskunstenaar Albert Vogel en de cabaretier Paul van Vliet, ter gelegenheid van het eeuwfeest van Het Vaderland, had de heer Struick aangekondigd te willen trachten van deze „Vaderlandprijs” een traditie te kunnen maken. Dokter Lammerts van Bueren, 34 jaar huisarts in onze stad, voorzitter, penningmeester en nu weer ondervoorzitter van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging, oud-voorzitter van de afdelingsraad, lid van het medisch tuchtcollege, voorzitter van de „Artsen Onderlinge”, decennia lang afgevaardigde op de ledenvergaderingen van de Kon. Ned. Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, was een volmaakte kandidaat voor een eerste aanzet van deze traditie.

In de huidige tijd, zoals de heer Struick ook meermoreerde, waarin de huisarts zo in discussie is, wekt het bijzondere vreugde een man als deze te kunnen „belichten”. Een man, die slechts met veel moeite aan weekend-dienst heeft kunnen wennen, die nog maar onlangs een bandrecorder op zijn telefoon heeft aangesloten, voor wie de stijl van het vak nog lang niet verloren is gegaan, die altijd klaar staat voor zijn patiënten en steun en toeverlaat voor heel wat collega's.

Hoezeer dit laatste opgaat werd zonder meer onderstreept door de aanwezigheid van vijf van zijn collega's, een klein gezelschap, maar de intimiteit van de plechtigheid bood geen gelegenheid voor méér. Anders had een grote zaal vermoedelijk nog niet eens alle meelevenenden kunnen bevatten.

In de eerste plaats was daar Dr. L. van der Drift, voorzitter van het hoofdbestuur van de Maatschap-

pij; voorts Dr. W. S. Cost, voorzitter en Dr. D. P. Huiskens, secretaris van de afdeling 's-Gravenhage en omstreken, de heer J. K. Pameijer, voorzitter van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging, en de heer W. J. Waal, ondervoorzitter van de PHV.

#### *Bewijs*

Hoewel veel liever en ook veel meer sprekend tot patiënten dan tot „publiek”, nam dokter Lammerts van Bueren deze gelegenheid toch te baat enige van zijn gedachten over „het vak” te uiten. „Ik ben mij zeer wel bewust dat deze onderscheiding is bedoeld als een bewijs van waardering voor hetgeen de artsen in het algemeen presteren; om het een meer persoonlijk karakter te geven hebt u dit kleinnood aan mij gegeven, al zouden anderen daar evengoed voor in aanmerking hebben kunnen komen”, zo begon hij zijn dankwoord.

„De artsen zijn de laatste tijd nogal eens aan kritiek onderhevig, maar het is mijn vaste overtuiging dat verreweg het grootste deel zijn uiterste best doet om zijn werk goed te doen. Maar ook wij artsen zijn slechts mensen, ook wij maken fouten. Gefundeerde kritiek op die fouten kan alleen stimulerend werken, ongefundeerde kritiek heeft een averechtse uitwerking. En ik moet helaas zeggen dat dit de laatste tijd nogal eens gebeurt. Slechts diegenen, die nauw bij ons werk betrokken zijn, kunnen bevroeden welke spanningen de artsen soms te verwerken krijgen, spanningen die mede gedragen worden door onze vrouwen. Ik prijs mij gelukkig een vrouw te hebben die veel van die spanningen voor mij (mede ten voordele van de patiënten) weet op te vangen.”

„De snel veranderende verhoudingen in de maatschappij hebben terecht de arts afgehaald van het voetstuk, waarop hij enige tientallen jaren geleden nog stond. Maar men moet oppassen dat ook niet de grond onder zijn voeten wordt weggegraven”, aldus dokter Lammerts van Bueren. Hij sprak er zijn vreugde over uit dat aan de tuchtrechtspraak meer openbaarheid zal worden gegeven. Dat zal hopelijk de zo ongefundeerde roep van „een soort klassenjustitie” doen verstommen.

„Ik zal aan Eline Vere, nu 81 jaar oud, die zorg besteden die haar toekomst”, beloofde dokter Lammerts van Bueren tot slot. Voordat nog ruimschoots werd nagepraat over mensen en dingen, greep de oudste van de vijf kinderen van dokter Lammerts van Bueren deze zo zeldzame gelegenheid aan om ook van zijn zijde even het zoeklicht op arts en vader te richten - aldus dit verslag in Het Vaderland.

# Bevindingen van een weekend-waarnemer terzake van al dan niet gemotiveerd inroepen van huisartsenhulp

Collega C. Korver te Groningen schrijft ons:

Naar aanleiding van de golf van protesten, die in de Nederlandse huisartsenwereld ontstond na de uitspraak van het Medisch Tuchtcollege in Zwolle, heb ik geprobeerd een analyse te maken van een aantal waarnemingen in stadspraktijken, verricht in de periode oktober 1967/januari 1970. De waarnemingen werden uitsluitend verricht op weekenden of feestdagen en alléén in de stad Groningen. In deze jaren werd waargenomen voor respectievelijk een groep van 7, van 4 en van 3 huisartsen.

Voor ik echter van wal steek wil ik duidelijk stellen dat het geenszins mijn bedoeling was een wetenschappelijk onderzoek in te stellen. Ik gevoelde slechts de behoefte een gefundeerde bijdrage te leveren aan de algemene discussie.

Door de grote toevloed van ziektemeldingen ontstond vaak een stress-situatie, die weliswaar in eerste instantie werd veroorzaakt door de onbekendheid met de patiënten (de waarnemer dient hierdoor frequenter visites te rijden dan de eigen arts en dikwijls bemerkte ik dat veel patiënten wel bij mij hadden kunnen komen in plaats van omgekeerd. Saan spreekt al van 66% van zijn eigen bezochte patiënten <sup>1)</sup>).

Deze stress weet ik oorspronkelijk voornamelijk aan het in het wilde weg inroepen van medische hulp door de sociaal zwakkere lagen van de bevolking: deze patiënten, veronderstelde ik, hadden een te grote medische consumptie en belastten de waarnemer daardoor onnodig. In Frankrijk is hiernaar een tiental jaren geleden een onderzoek ingesteld, waarbij bleek dat aanzienlijke verschillen bestonden: de landarbeiders kwamen als laagste en het middelbaar kader als hoogste uit de bus (Chasserant <sup>2)</sup>).

Ook aan het kosteloos verstrekken van medische hulp aan de fondspatiënt schreef ik deze stress toe. Ik wilde allereerst inzicht erin hebben of de in het weekend ingeroepen huisartsenhulp zeer dringend was, dringend, gewenst of onnodig. En het bovenstaande in aanmerking genomen, wilde ik dan tevens weten of inderdaad de sociaal zwakkere lagen van de bevolking vaker een beroep op mij deden. Derhalve splitste ik de behandelde patiënten uit in 2 groepen, te weten:

A. de sociaal zwakke milieus, daarbij uitgaande van de straten die als a-sociaal bekend staan (hieraan kleven natuurlijk fouten: er zullen altijd eenvoudige nette mensen tussen hebben gezeten, maar dat zijn uitzonderingsgevallen).

B. de overige patiënten.

Voor beide groepen maakte ik toen een onderverdeling in zeer dringend, dringend, gewenst of onnodig en dit deed ik aan de hand van de verstrekte therapie, dat wil zeggen:

1. zeer dringend, patiënten die naar het ziekenhuis werden verwezen; idem die een injectie kregen en idem, die overleden;

2. dringend, patiënten, die een recept kregen voor een antibioticum- of een chemotherapeutikum-kuur;

3. gewenst, patiënten, die voor zeer lichte aandoeningen, zonder dreigende complicaties alleen symptomatisch werden behandeld;

4. onnodig, patiënten, bij wie niets werd voorgeschreven óf omdat de eigen arts reeds de nodige therapie had verstrekt óf omdat in het geheel geen aandoening kon worden geconstateerd.

Op deze indeling is natuurlijk kritiek mogelijk en wel dat zij zuiver uit het oogpunt van de arts is bekeken. De urgentie, die de patiënt meent dat aan zijn geval moet worden gegeven is hierbij in het geheel niet aan de orde gekomen. Dit leek mij trouwens zo'n subjectief gegeven dat men bij een poging tot indeling daarvan spoedig in de knoop zou geraaken. Toch speelt dit wel een voorname rol bij het inroepen van artsenhulp.

## A. Sociaal zwak milieu

	totaal	1	2	3	4
groep v 7 ...	59	3	15	20	21
groep v 4 ...	75	9	30	13	23
groep v 3 ...	69	7	27	18	17
totaal . . . . .	203	19 9%	72 36%	51 25%	61 30%

## B. Overige patiënten

	totaal	1	2	3	4
groep v 7 ...	212	15	74	51	72
groep v 4 ...	147	8	56	38	45
groep v 3 ...	211	12	84	67	48
totaal . . . . .	570	35 6%	214 37½%	156 27%	165 29%

Uit het bovenstaande kan men zonder meer concluderen dat het geen verschil uitmaakt uit welk

milieu de patiënt komt. De beide groepen kunnen dus gevoeglijk bij elkaar worden getrokken, waardoor wij te maken krijgen met de volgende totaalcijfers en -percentages. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de eigen arts op zaterdagmorgen vaak nog enkele visites reed. Het totaal aantal patiënten is in feite dus groter.

Aantal weekenden: 41

Totaal aantal patiënten: 773

1	2	3	4
54	286	207	226
7%	37%	27%	29%

Aangezien ik veronderstelde dat tijdens de weekenden en feestdagen de waarnemer alleen in noodgevallen zou worden gewaarschuwd, is de groep met eenvoudige receptuur voor klachten als onder andere pruritus, nervositas, slaapstoornissen, lumbago, hoofdpijn, met een percentage van 27 naar mijn mening vrij groot.

Dat de categorie patiënten, voor wie niets werd voorgeschreven zo groot uitviel (29%) verbaasde mij aanvankelijk, aangezien men de neiging heeft de patiënt niet met lege handen te laten zitten. Indien de tijd dit toelaat kan de arts in bepaalde gevallen echter ook de ongerustheid bij de patiënt wegnemen, zonder naar zijn recepten te grijpen. Het zijn niet alleen de somatisch aantoonbare afwijkingen, die een visite rechtvaardigen: of dit echter tijdens een weekend-dienst moet gebeuren is de vraag!

Teneinde dan na te gaan of er verschil bestond tussen particuliere patiënten/particulier verzekerden enerzijds en fondspatiënten anderzijds, heb ik bij één van de praktijken de eerstgenoemden eruit gelicht en hiervan de totaalcijfers uitgerekend. Ter vergelijking geef ik eerst de totaalcijfers en -percentages van de gehele praktijk, zodat men kan zien dat deze geen uitzondering vormt.

Alléén 1969: 18 weekenden

Totaal aantal patiënten:

1	2	3	4
4	28	27	18
5%	36%	36%	23%

Nu de particuliere patiënten/particulier verzekerden ten opzichte van de fondspatiënten.

*Part. patiënten/part. verzekerden*

totaal	1	2	3	4
14		5	6	3

*Fondspatiënten*

totaal	1	2	3	4
63	4	23	21	15

In deze praktijk is de verhouding PP : FP = 25 : 75. Uit de ziektemeldingen krijgt men een verhou-

ding PP : FP = 14 : 63. Zo op het oog zou men dan kunnen concluderen dat meer ziektemeldingen uit de fondshoek komen dan uit de particuliere hoek. De 14 particuliere ziektemeldingen zijn echter niet abnormaal laag: zij vallen binnen de 95% interval (de Jonge I, pag. 379, tabel R.1), zodat men ook hier geen verschil in medische consumptie kan constateren.

Dat niet de eigen arts zou komen maar een vreemde, heeft bij stadspatiënten geen remmende invloed op het invoeren van medische hulp. Daarentegen ondervond ik bij mijn ervaringen op het platteland wel een zekere terughoudendheid. Ook van schroom om de arts op een weekend of feestdag lastig te vallen heb ik bij de stedelingen veel minder gemerkt dan op het platteland.

Dan is er nog de vraag: is de medische consumptie aan het toenemen? Fuldauer<sup>3</sup> constateerde in 1965 dat de toename van het aantal verrichtingen tijdens de zondagsdienst in Hengelo (O) groter was dan op grond van de bevolkingstoename mocht worden verwacht. Van de Hoeven en Hogerzeil<sup>4</sup> stelden dat bepaalde ziekten weliswaar in frequentie waren afgenomen, doch dat de medische consumptie in de loop van 25 jaar constant was gebleven (dus eigenlijk ook een vorm van toename).

Wat mij verder bij mijn weekend-waarnemingen nog is opgevallen, is dat uit de ene praktijk aanmerkelijk meer ziektemeldingen komen dan uit de andere.

De conclusies, die ik meen te mogen maken zijn:

1. In 1/3 van de gevallen wordt de weekendwaarnemer onnodig geroepen;
2. in ruim de helft van de gevallen is geen acute hulp nodig;
3. milieu maakt geen verschil uit bij fondspatiënten;
4. particuliere patiënten/particulier verzekerden

### Maatschappij-agenda 1970

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

doen niet minder vaak een beroep op de waarnemer dan fondspatiënten;

5. een aanmerkelijk consumptie-verschil tussen de diverse praktijken.

Zou de oplossing van het probleem „toename medische consumptie” misschien te vinden zijn in:

a. basisvoorlichting via de TV voor eenvoudige epidemische aandoeningen? Als de patiënt dan ziek wordt, weet hij tenminste waaraan hij toe is en zal hij minder snel ten prooi zijn aan angstgevoelens;

b. het remmen van het ondoordacht optreden der fondspatiënten door hen een vast bedrag constant te laten betalen, bijvoorbeeld f 2,50 of f 5,—? Hierbij wil ik dan nadrukkelijk stellen dat dit geld niet voor de arts mag zijn, maar ten goede zou moeten komen aan een stichting, die deze gelden één maal per jaar zou moeten verdelen onder instituten en instellingen, die in het belang van de volksgezondheid zijn. Dit hoeft geen omslachtige administratie met zich te brengen, aangezien de arts bonnen bij de stichting zou kunnen betrekken, die hij de patiënt als kwitantie kan geven.

Een voorbeeld van een klein eigen risico vinden wij in Noorwegen, waar iedereen verplicht verzekerd

is en bij een eerste consult of ziekenbezoek een klein bedrag betaalt. Dit systeem is zeker van invloed op het aantal visites. Tevens constateerde men dat de patiënt vlugger geneigd is om een specialist te consulteren (Folmer<sup>5</sup>). Het gevaar dat de patiënt de huisarts later dan wenselijk consulteert, speelt in Noorwegen geen rol. Wat echter niet te voorspellen valt, is of het eigen risico juist selectief werkt ten aanzien van de gevallen waarvoor dit bedoeld is (Van Es<sup>6</sup>).

c. binnen de eigen praktijk, het bijbrengen van meer verantwoordelijkheidsbesef aan de patiënten.

#### Literatuur:

1. M. Saan (1966). Over methoden ter bevordering van de efficiency in de praktijkvoering van de huisarts (J. B. Wolters, Groningen),
2. M. Chasserant (1962). Une enquête sur la consommation médicale des Français (Conc. Méd. 84:3771),
3. A. Fuldauer (1966). Toegenomen medische consumptie? (Med. Contact jrg. 39, 869),
4. J. v. d. Hoeven en H. H. W. Hogerzeil (1965). Medische verrichtingen in de huisartspraktijk (H & W jrg. 5, 168),
5. H. R. Folmer (1968). Huisarts en ijsberg (Avanti, Zaltbommel),
6. J. V. van Es (1963). Gevaren van eigen risico voor ziekenfondsverzekerden als financiële barrière (Med. Cont. jrg. 18, 489).

## UNIVERSITAIRE BERICHTEN

### Promoties:

H. A. L. M. Mudde te Leiden promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Aspecten van de rhesus en sensibilisatie in het bijzonder de betekenis van de serologie”. Promotor was Prof. Dr. W. P. Plate.

F. J. T. M. Wackers te Amsterdam promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Normale menselijke mamma en relatie tot mastopathie; morfologische studies”. Promotor was Prof. Dr. J. F. Hampe.

### Benoemingen:

Dr. H. J. Hoenders te Nijmegen, thans wetenschappelijk medewerker bij de afdeling biochemie van de faculteit der geneeskunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen, is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan deze universiteit om onderwijs te geven in de biochemie, in het bijzonder de organische chemie ten behoeve van de medische propaedeuse.

Dr. E. Lopes Cardozo is benoemd tot hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam om onderwijs te geven in de inwendige geneeskunde en in het bijzonder de klinische oncologie.

Dr. S. L. H. Notermans is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de electro-encephalografie en electromyografie.

B. S. Polak is benoemd tot lector in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de huisartsgeneeskunde.

OFFICIEEL

MC

VAN HET CENTRAAL BESTUUR L.S.V.

### Kandidaatstelling

Voor de te vervullen vacature, ontstaan door het tussentijds aftreden van Prof. Dr. J. ten Doesschate (zie punt 9 c van de agenda voor de ledenvergadering dd. 25 april a.s.) wordt door het Centraal Bestuur kandidaat gesteld:

Prof. Dr. F. L. Meijler, cardioloog, Academisch Ziekenhuis, Utrecht.

Utrecht, 17 april 1970

De secretaris der  
Landelijke Specialisten Vereniging  
G. A. M. Hunfeld

**Voordrachten**

Op de agenda's voor de afdelingsvergaderingen werden de volgende voordrachten vermeld:

*Arnhem en Omstreken:* E. Meijer, neurochirurg, onderwerp: „Stereotactische methoden in de neurochirurgie”.

*Bergen op Zoom, Roosendaal en Omstreken:* Prof. Dr. H. Verbiest, onderwerp: „Halswervelkolom en zenuwstelsel”.

*Deventer en Omstreken:* Dr. A. J. Bonne en Ir. C. J. Snijders, onderwerp: „Lichaamshouding en enige andere aspecten van het mechanische gedrag van de menselijke wervelkolom”.

*Drenthe's Z.O. Hoek:* Dr. M. Oort, onderwerp: „Urineweginfecties bij kinderen”.

*Emmeloord en Omstreken:* H. K. Muller, onderwerp: „Soortelijk gewicht bepaling als onderdeel van somatometrie bij mensen”. G. Nijessen, kinderarts en P. Th. Smit, onderwerp: „Het haemolytisch uraemisch syndroom”.

*Friesland-Noord:* Prof. Dr. R. B. van de Slikke, onderwerp: „De nieuwe opleiding tot arts”.

*Friesland-Oost:* S. M. I. Damstra-Wijmenga, onder-

werp: „De problematiek rond de nieuwe abortus wetgeving”.

*Groningen en Omstreken:* Dr. H. Hamminga, huid-arts, onderwerp: „Euthanasie, een momentopname”.

*Heerenveen en Omstreken:* Dr. P. G. A. B. Wijdeveld, internist, onderwerp: „Niertransplantatie”.

*Leiden en Omstreken:* E. E. van Win, onderwerp: „Medische begeleiding in de sport”.

*Meppel en Omstreken:* Dr. J. M. Minderhoud, zenuwarts, onderwerp: „Cervicaalsyndroom”.

*Oldambt:* M. de Vries, onderwerp: „De organisatie en de mogelijkheden van revalidatie”.

*Oude IJssel:* J. G. Schnitzler, onderwerp: „Gebruik van drugs”.

*Rotterdam en Omstreken:* Mevr. M. ten Bruggen-cate-Bruijnen, Mej. Dr. M. C. Janssen, Prof. Dr. D. J. de Levita, Mej. Dr. P. G. M. Schrama, H. F. Wittebol, onderwerp: „De gehuwde werkende vrouw”.

*De Vecht en Omstreken:* A. H. Nieuwmeijer, onderwerp: „Decubitus”.

*Zaanland:* J. H. M. Rottier, oor-, neus- en keel-arts, onderwerp: „Neuzen in neuzen”.

*Z. Vlaanderen O. Dl.:* J. G. W. Gispen, onderwerp: „Medische curiosa uit het oude Egypte”.

*Geneeskundige Kring Zutphen:* Prof. Dr. A. Querido, onderwerp: „Moderne aspecten van de medische opleiding”.

**MC** | **PERSONALIA***Nieuwe leden:*

H. J. Bakker, Juliana-ziekenhuis, Terneuzen.  
T. J. Bast, Veersedijk 209A, H.I. Ambacht.  
J. Beeker, Ambachtsherenstraat 23, Mijdrecht.  
H. J. J. M. Bosch, Venneweg 17, Goirle.  
A. A. M. Brouwers, Hertogstraat 30, Eindhoven.  
P. J. G. van Diggelen, J. Smuldersstraat 44, Vessem.  
Mevr. G. A. van Doeland-Kamminga,  
Roland Holstlaan 312, Delft.  
H. van Donk, Van der Lindenlaan 19, Hilversum.  
A. L. Duijvestijn, Starrenburglaan 90, Wassenaar.  
H. J. M. I. Emons, Landbouwstraat 20, Tilburg.  
A. W. Frentzen, Stationsweg 1, Meppel.  
R. E. A. 's-Gravendijk, Van Weerden Poelmanlaan 9,  
Hoogerheide.  
O. W. J. de Greve, A. van Ostadestraat 78, Meppel.  
L. A. de Groote, Westerhoutpark 17, Haarlem.  
R. O. Hattink, Hooigracht 34A, Leiden.  
P. H. J. Huysmans, Mgr. den Dubbeldenstraat 10, Asten.  
P. Janzen, Molenstraat 17, Groede.  
A. H. Kaligis, Bilderdijkstraat 13, Son.  
Mej. N. van Keulen, Bilderdijkstraat 67<sup>1</sup>, Amsterdam.  
H. G. P. de Knocke van der Meulen, Lange Mare 31A,  
Leiden.  
J. Logeman, Bergansiusstraat 7, Oss.  
F. v. d. Logt, Anjerstraat 5, Malden.  
H. Mäkel, Luutkampenweg 4, Yde.  
G. H. J. Meijer, Cruquiuskade 14, Amsterdam.  
N. V. M. Mutsaerts, Bredaseweg 442A, Tilburg.  
J. C. Noordzij, Brederoodseweg 56, Santpoort-Zuid.  
C. C. A. de Nooyer, Morssingel 9, Leiden.  
H. E. F. A. Nijsten, Willem de Zwijgerlaan 21, Terneuzen.  
C. J. Overdijk, Speenkruidstraat 297, Assen.

L. G. J. Raemaekers, Lenculenstraat 22, Maastricht.  
Mevr. M. Rensink-de Mooij, Noorderringweg 36, Marum.  
J. G. B. Roefs, Aubadestraat 22, Nijmegen.  
H. Siebenga, Pres. Kennedystaat 33, Steenwijk.  
C. Smit, Frankenlaan 75, Tilburg.  
L. Smit, Parkweg 360, Voorburg.  
B. Snitslaar, Singel 30<sup>1</sup>, Amsterdam.  
Y. A. P. M. Specken, Gilzerbaan 56, Tilburg.  
Mevr. J. C. M. Stigter, Amstelkade 36hs, Amsterdam.  
C. A. M. de Swart, Hooigracht 75, Leiden.  
Mevr. H. M. Themans-Bouwman, Pr. Irenestraat 15,  
Oud Beyerland.  
A. J. E. J. Tromp, Baron van Ghentlaan 5, Voorschoten.  
J. L. van Velde, Elzenhorst 58, Waddinxveen.  
G. L. Vervae, Kloosterstraat 2, Biervliet.  
C. N. Vreeken, Sportlaan 10, Katwijk aan Zee.  
Mevr. B. J. Walter-de Neef, Paganinidreef 68,  
Voorschoten.  
G. A. Wennink, Mauritiusstraat 2, Rheden.  
P. G. W. M. Wuisman, Nieuwe Bosscheweg 18, Tilburg.

*Overleden:*

J. Clinge Doorenbos, Westzaanstraat 1, Amsterdam-C.  
Dr. J. de Groot, Jac. Catslaan 12, 's-Gravenhage.  
W. Grooters, Frederikslaan 38, Apeldoorn.  
A. C. M. van Haeren, Burg. Lef. de Montignyplein 8,  
Rotterdam.  
W. D. Hendriks, Mathenesserlaan 261, Rotterdam.  
B. J. Hornstra, G. W. Navislaan 14, Bergum.  
H. J. Jongepier, Noordbolweg 19, Middelburg.  
Dr. J. H. Kremer, Minervalaan 47, Amsterdam.  
H. W. van Meeteren, Utrechtsestraatweg 425, Doorwerth.  
Prof. Dr. A. B. F. A. Pondman, Molenweg 12a, Haren (Gr.)  
Mevr. J. M. Sollewijn Gelpke-Manders,  
Laan van Oud Poelgeest 46, Oegstgeest.  
Th. van der Stok, St. Annalaan 20, Maastricht.



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

#### DONATIE STOFFELIJKE OVERSCHOTTEN

Aangezien M.C. mij via zeepost bereikt is mijn reactie op collega Geeraedts (M.C. 1970/8) Donatie stoffelijke overschotten etc., nogal vertraagd.

Twee vragen kwamen tijdens lezing van dit goede artikel naar voren:

1. Waarom doneren niet meer artsen en/of hun familieleden hun stoffelijke overschot? Zij zijn q.q. omtrent de vraag naar lijken en de waarde van de anatomische dissectie op de hoogte.

2. Wat is er voor de nabestaanden beschikbaar als gebaar tegenover de buitenwereld? Ik kan mij indenken dat als er geen begrafenis of crematie plaatsvindt, de familie geconfronteerd wordt met het probleem van het ontbreken van een uitvaart.

In de Verenigde Staten zijn er „memorial services” waarbij in kerk, kapel of dergelijke, zonder aanwezigheid van de lijkst, direct na de dood of enige tijd later een herdenkingsdienst wordt gehouden. Het beschikbaar zijn van een dergelijke uitvaartvorm is zeker eerste vereiste om de mensen van de bestaande traditionele wijze los te maken.

Stellacoom, 8 april 1970

R. W. Gay-Balmaz, M.D.

#### DOLKSTOOT IN DE RUG?

Op gevaar af door het bestuur van de Haagse P.H.V. te worden beschuldigd van wanbegrip voor de public relations waag ik het in te haken op de brief aan de redactie getiteld: „Hoe is het mogelijk?” in MC 1970/15 blz. 371. Het is misschien wel eens goed de stem van de anders „zwijgende min- of meerderheid” te laten horen. Natuurlijk stoelt de hele tarieven-affaire op politieke basis. Wij leven nu eenmaal in een „polis”, een staat, die het volste recht heeft zich politiek, dat is staatkundig, te bemoeien met de tarieven, die een monopoliehoudende groep meent te kunnen voorschrijven. Het is het recht van de groep om zich te verweren als deze meent, dat de staat de groep te veel beknot in zijn verlangens. Maar het is ook de plicht van de groep om dat te doen via overleg met het staatsbestuur en de wetten (en prijsvoorschriften) te respecte-

ren. Juist het bekleden van een monopoliepositie verplicht moreel hiertoe. Daarom is het ook onwaardig om tarieven te maskeren of de specificatie van rekeningen over te laten aan de patiënt. Ik hoop, dat vele huisartsen met mij zich zullen keren tegen dit voorstel van het LHV-bestuur. Ik geloof, dat velen met mij het eens zullen zijn met de stelling van F.A.B. - de zogenaamde „dolkstoot in de rug”: „Indien de huisarts in volstrekte vrijheid zijn honorarium zou willen bepalen verlangt hij een privilege, dat nergens meer bestaat”. Dit „venijn in de staart” is geen dolkstoot in de rug. Als wij gezwollen taal willen gebruiken eerder een wijzen op het zwaard der gerechtigheid. Als huisarts ben ik F.A.B. wél dankbaar voor zijn artikel.

Vlissingen, 11 april 1970

C. C. Sluyter

#### VOORLICHTING INZAKE „PIL” (I)

Gaarne val ik collega J. A. G. Meijers bij (M.C. no. 15/1970 bladzijde 371) over de voorlichting inzake „pil”. Nu de massamedia zich, zonder kennis van zaken, hierop hebben geworpen, is naar mijn mening de schadelijkheid van deze onevenwichtige voorlichting vele malen groter dan de eventuele schadelijkheid van de pil. De discussie zal uitsluitend moeten gaan over gezonde vrouwen, voor wie een eventuele zwangerschap geen onoverkomelijke somatische of psychische stress is. Over de tevreden echtparen wordt helaas met geen woord gerept. De nadelen van de onevenwichtige voorlichting zien wij nu al op de polikliniek.

Wassenaar, 11 april 1970

E. J. Schaepman-Van Geuns

#### VOORLICHTING INZAKE „PIL” (II)

Onder deze titel vinden wij in Medisch Contact 1970/15 10 april 1970 blz. 371 een genadeloze kritiek over Prof. Dr. J. G. Defares uit Leiden naar aanleiding van een verslag in: „De nieuwe Limburger” van 20 maart j.l. 't Hoe en wat over dit krantenbericht heeft niet mijn belangstelling. Er is over de „pil” de laatste tijden zoveel geschreven, wat de moeite van het lezen nauwelijks waard is, dat wij dat gevoegelijk kunnen laten rusten.

Tot mijn spijt geeft collega J. A. G. Meyers niet aan met wie wij te doen hebben in zijn kritiek, met name een gynaecoloog of een huisarts. Ik vermoed het laatste, vanwege de zin:

„Veel erger is dat deze hoogleraar, van zijn gezag misbruik makend, het vertrouwen van de pil-verbruiksters in de hen behandelende artsen ernstig ondermijnt”.

Waartegen ik ernstig bezwaar maak is de laatste zin in collega Meyers zijn betoog: „Met klem wil ik protesteren tegen deze (valse) voorlichting waarmee geen enkel belang gediend is”. Mijn protest geldt in de eerste plaats de naar mijn mening zeer onsmakelijke en oncollegiale kritiek op deze manier geuit tegen een collega, die zich „tegen de stroom” inspant, om ons te wijzen op de bedreiging, die de „pil” vormt tegen de volksgezondheid.

Als ik nu voortga met de veronderstelling, dat ik een huisarts antwoord, dan kan ik mij voorstellen, dat hij zich bedreigd voelt, als hij geconfronteerd wordt met een soort waarschuwing tegen: „Dat zo een vaak moeizaam opgebouwde verbetering in gezinsrelaties door middel van deze vorm van anti-conceptie bij psychisch labiele vrouwen in gevaar komt, enz.” Ik weet, dat dit niet buiten het gezichtsveld van deze hoogleraar valt. Maar wat medisch-wetenschappelijk te denken van een 23-jarige vrouw, die „de pil” heeft gebruikt en nu graag kinderen wil. Heeft de pil negen maanden gestaakt, denkt dat zij tegen haar nieuwe menstruatie loopt en laat een vagina-uitstrijkje maken. Diagnose: volledig verlies van oestrogeen activiteit — 23 jaar oud in Christelijke jaartelling — onder het microscoop „biologische leeftijd” zeker over de zestig jaren, dat wil zeggen dat de „pil”, die eerst een zegen was, nu een ramp is, want ik vrees, dat haar ovariair praktisch gesproken vernietigd zijn.

En hiermee acht ik Defares een moedig man en collega Meyers (aangenomen dat hij huisarts is) een emotioneel geladen collega, die praat over dingen waarvan hij wetenschappelijk gezien niet voldoende inzicht heeft en daarmee, in plaats van Defares, een gevaar voor het „huisgezin” oplevert.

Ik durf dit te schrijven, omdat ik — als leerling van Papanicolaou — een all round ontwikkeld cytoloog ben. Als medewerker aan het Biologisch-Chemisch Laboratorium afdeling cytologie Burgemeester Reigerstraat 72, Utrecht krijg ik, vooral de laatste tijd, vaak meer cytologische preparaten te zien, dan mij lief is (77 jaar).

Collega Meyers, ik veroordeel ten strengste uw kritiek op Professor Defares. Ik ben het ook lang niet altijd met hem eens, maar de manier van uw kritiek is geheel en al voor mij onaanvaardbaar niet alleen, maar heeft voor mij iets wat ik niet waarderen kan om geen ander woord te gebruiken. Af-

braak kost niets. Ik bied u aan om in Maastricht overleg te plegen met uw collega's over dit alles en mij uit te nodigen voor uw afdeling te komen spreken over de cel-diagnostiek (pil inbegrepen) opdat over dit alles meer inzicht kome.

Op de wereldgezondheidsdag is op 7 april i.l. door het Huisartsen Instituut onder leiding van Professor van Es onder het motto: „Vroege opsporing van kanker redt mensenlevens” wel zo'n miserabele en „misleidende” voordracht gehouden via de A.V.R.O., dat het hoog tijd wordt, dat wij de „koppen” in dezen bij elkaar steken. Voorjaar 1969 was ik in New York en daar was men precies op de hoogte van wat er cytologisch in West-Europa gebeurt. Wij liggen hier vijftien jaren jaren ten achter bij de omgevende landen. Ga nu maar eens anders over Defares denken. Hij durft tenminste zijn tijd vooruit te zijn.

Utrecht, 14 april 1970

Dr. A. H. Bruinsma

#### DE CRISIS IN DE MEDISCHE ETHIEK

Zonder ook maar iets te willen afdoen aan het waardevolle artikel van collega Dr. W. Metz in M.C. van 3 april 1970, blz. 330, wil ik toch gaarne een klein misverstand ophelderen over de uitspraak van de Afdelingsraad te Arnhem over de arts, die door een chirurgisch ingrijpen het fenotypisch geslacht bij een vrouw veranderd had.

De Raad, waarvan ik de toenmalige voorzitter was, had aan de Raad van Beroep verzocht de volledige uitspraak, die ongeveer tien getypte foliobladen omvatte, te willen publiceren, omdat dit geval in de medische wereld van ons land terecht zoveel rumoer had gebracht. Dit verzoek werd, o.i. helaas, geweigerd. Slechts de conclusie werd in het kort gepubliceerd.

Wanneer het totale rapport was gepubliceerd, ware het duidelijk geweest dat het „niet lichtvaardig handelen” van de betreffende arts duidde op het feit, dat hij pas tot operatie is overgegaan nadat dit geval beoordeeld was door een Europese commissie ad hoc, bestaande uit psychiaters en seksuologen, terwijl tevens in het rapport van de Afdelingsraad vermeld stond welke de criteria van deze commissie zijn.

Uit de zinnen van Dr. Metz: „Uit deze uitspraak volgt: als een arts zorgvuldig te werk gaat en het goed bedoelt (slechts gedreven door menselijk mededogen) gaat hij ethisch vrijuit. De medische wetenschap heeft een vrij-

brief: zij mag wat zij kan, kan men opmaken dat de Raad heeft gemeend dat slechts het menselijk mededogen en het technisch kunnen van de betreffende arts als criterium hebben gegolden voor de uitspraak. Het is nooit de bedoeling geweest van de Afdelingsraad als uitspraak te doen: „zij mag wat zij kan”.

De Afdelingsraad besloot ook zijn rapport met het advies tot instelling van een Regeringscommissie bestaande uit bijvoorbeeld psychiaters, seksuologen, maar ook uit ethici om een principiële uitspraak te doen over het probleem.

Wolfhese, 13 april 1970

E. G. van Heusden

#### VERZEKERINGSGENEESKUNDE

In MC nr. 15/1970 vind ik op bladzijde 349 de woorden van Dr. R. J. H. Kruisinga als volgt weergegeven: „Een ander facet is gelegen in de omstandigheid, dat nagenoeg alle uitvoeringsorganen te kampen hebben met een tekort aan verzekeringsgeneeskundigen. Hierdoor doen zich gevallen voor, waarin heel wel het werk wat eerder zou kunnen zijn hervat, ware het niet, dat de verzekeringsgeneeskundige nog geen werkhervatting heeft aangezegd”.

Hier lijkt mij nu dat de verzekeringsgeneeskundige als tovenaarsleerling krachten heeft opgeroepen, die zich tegen hem zelf hebben gekeerd. Met mij zullen waarschijnlijk ook andere huisartsen de ervaring hebben dat men bij revisie van een ziektegeval patiënt zich hoort verontschuldigen, dat hij nog niet aan het werk is gegaan; dat zulks te wijten is aan het feit dat de verzekeringsgeneeskundige nog steeds geen bezoek heeft gebracht om de werkhervatting toe te staan.

Het zal voorlopig wel onmogelijk blijken dit stukje gegroeide verzekeringscultuur om te buigen. Het verschaft mij wel ruimschoots de aangename gelegenheid mij zelf in het dagelijks werk over een aantal dingen te kunnen blijven verbazen.

Wirdum, 13 april 1970

T. E. Halbertsma

#### MOEILIJKE MAAR LEGITIEME VRAGEN (II)

Een predikant, die specialistische declaraties ontvangt voor de klinische behandeling van zijn niet-verzekerde vrouw, Wendt zich tot collega Sauer. Deze, blijkbaar niet op de hoogte van

specialistische tarieven, geeft het boekje „Medische Ethiek” ter inzage, en plaatst het predikanten-relaas als ingezonden stuk in „Medisch Contact”. Hoewel het geheel op een milde toon gesteld lijkt, worden toch veelal niet mis te verstane bewoordingen gebruikt als: „specialisten-tarieven financiële ramp”, „ethisch niet verantwoord”, „tripleren van het ziekenfondstarief”, „de dupe worden van compensatie-tendenzen”, „keurt het ziekenhuis dit goed?”; ja, zelfs het beladen woord „discriminatie” ontbreekt niet, omdat de specialist andere maatstaven hanteert dan kapper en pedicure. Al deze punten zijn kortweg met „ja” of „neen” te beantwoorden, een adequate motivering van één en ander zou pagina's in „Medisch Contact” vragen.

Specialistische ziekenfonds-tarieven zijn het resultaat van vaak bikkelhare onderhandelingen. Richtlijnen voor particuliere tarieven zijn na dagenlange onderlinge besprekingen, die veelal moeizaam waren, uiteindelijk vastgelegd. En nu moeten zij nog medisch-ethisch juist zijn ook, meent collega Sauer, daarvoor voelt hij zich verantwoordelijk! Naar schatting zal 98% van de bevolking verzekerd zijn en voor dit deel vormen deze tarieven geen bezwaar. Een enkeling is dat niet, omdat hij door de ziekteverzekeraars buiten de deur gehouden wordt, op grond van bad risk. Moeten wij nu ook hier nog rekening mee houden

Antwoord: Ja, ook dát doen wij! Als ik behandelend specialist was geweest van deze niet-verzekerde echtgenote en deze predikant had mij dus deze situatie uitgelegd, dan had ik mijn declaratie vernietigd, en velen van ons handelen evenzo.

Was het niet een goede vrienden-dienst geweest, als collega Sauer in deze zin aan zijn vriend de predikant had geadviseerd? Toch altijd beter dan plaatsing in „Medisch Contact” in bovengenoemde bewoordingen. Is dát zo collegiaal? Is dát dan medisch-ethisch zo verantwoord? Moet dit „J'accuse” niet aan de ziekteverzekeraars gericht worden? Immers, collega Sauer, de specialist is onder deze omstandigheden bereid om zijn declaratie te verscheuren, maar het ziekenhuis moet betaald!

Amersfoort, 15 april 1970

Dr. J. Drukker, kinderarts

#### MOEILIJKE MAAR LEGITIEME VRAGEN (III)

Als huisartsen goede krantelers waren, of als huisartsen de tijd hadden

regelmatig naar nieuwscommentaren en forums op de tv te kijken, zodat zij ook onderwerpen konden zien, die voor hen van belang zijn, als die niet tevoren aangekondigd zijn, of als zij alle in ambtelijke taal gestelde berichten in Medisch Contact lezen, dan zou dit artikel ongeschreven zijn gebleven. De ondervinding van schrijver in zijn werk als verzekeringsarts heeft hem geleerd, dat het nodig is.

Zeer veel artsen is het ontgaan, dat reeds sinds 3 jaar, namelijk van 1 april 1967 af, iedere particuliere patiënt, die tevoren niet verzekerd was, of wegens leeftijd of zwaar geneeskundig risico werd afgewezen, dan wel uitsluiting(en) kreeg, thans kan worden verzekerd op een door de assuradeur onopzegbare polis tegen alle belangrijke risico's, zonder keuring en zonder uitsluitingen, nagenoeg gelijk aan een gewone polis in de 3e klas. Bij het publiek is de bekendheid hiermee minimaal.

Op 1 april 1967 zijn voor deze groep kandidaten de stichting „NOZ" en de NOZ-polis in werking getreden. Bij de NOZ zijn bij de oprichting alle grote en kleinere ziektekostenverzekeringen aangesloten (75) op slechts een enkele uitzondering na. De conditie, die daarbij wordt gesteld is, dat men op het moment van aanmelding niet in een inrichting is opgenomen en dat men geen recht heeft op de ziekenfondsverzekering op grond van zijn inkomen. De wachttijd, vóór het recht op uitkering ingaat, bedraagt 4 maanden (niet voor ongevallen).

Het is niet de bedoeling, de inhoud van deze polis volledig weer te geven. Alleen dit: de klinische hulp wordt volledig vergoed en de poliklinische, specialistische hulp, met een klein eigen risico aan de voet en onder andere enkele restricties voor fysische en psychiatrische therapie. De premie is natuurlijk belangrijk hoger dan die voor de normale verzekering, maar zij is betaalbaar gehouden. Door de huisarts voorgeschreven huisartsenhulp en medicijnen worden niet vergoed. Door de specialist voorgeschreven medicijnen worden wel betaald. De bedoeling is dat iedereen zich kan verzekeren tegen de financiële calamiteit, die ziekte kan teweegbrengen.

De onbekendheid hiermee wordt duidelijk geïllustreerd door de brief aan de redactie van collega A. Sauer in Medisch Contact van 3 april j.l., bladzijde 343. Hij bericht over een bevriende predikant, die zich bitter klaagt over de financiële ramp die hem is overkomen bij een ernstig ziektegeval. Ondanks de hogere premie levert de NOZ zeer aanzienlijk verlies op, dat door de verzekeringsinstellin-

gen ponds-ponds-gewijs wordt verdeeld in verhouding tot de ingebrachte premies. Deze brengen dit verlies weer ten laste van hun normale exploitatie. Op deze wijze kunnen zelfs ook kleine instellingen de grote risico's accepteren. Assuradeuren hebben afgesproken, dat ieder die zich aanmeldt moet worden geaccepteerd.

Het is begrijpelijk, dat assuradeuren zeker in het begin voor deze, sociaal zeer nuttige verzekering, géén groots opgezette publiciteitscampagne hebben gelanceerd. Daarvoor was een en ander commercieel te onzeker en te riskant, maar het staat wel vast, dat deze verzekering wordt voortgezet. Voor de volledigheid zij hier vermeld — hoewel dit veel meer bekendheid geniet — dat hetzelfde geldt voor ziekenfondsverzekeringen. Zij die door overschrijding van de inkomensgrens niet langer ziekenfondslid mogen blijven, moeten zonder meer worden geaccepteerd. De premie is voor iedereen hier dezelfde, ongeacht het risico. De aanmelding moet binnen de 2 maanden zijn gedaan en de kandidaat moet tenminste één jaar ziekenfondslid zijn geweest. Dezelfde verzekeringsinstellingen hebben voor deze verzekerden een aparte kas in de NOZ, waarin zij de zware risico's volgens een onderlinge regeling kunnen onderbrengen. Ter beoordeling van dit risico moeten ook deze verzekerden het aanmeldingsformulier nauwkeurig invullen. Het is te wensen, dat de nieuwsmidia, die vaak controversiële onderwerpen uit Medisch Contact publiceren, nu ook aan dit onderwerp nog eens de bekendheid geven, die het in het algemeen belang verdient.

Amsterdam, 15 april 1970

S. Emmering,

Verzekeringsgeneeskundige

## MC | VARIA

Van alle landen in Azië is alleen Japan vrij van quarantaine vereisende ziekten, met inbegrip van pest, tyfus en pokken. Gevallen van malaria zijn er nog maar een paar. De tuberculose, die in Japan vlak na de oorlog elke vier minuten een slachtoffer maakte, is tot het peil van de ontwikkelde landen teruggedrongen. De ziekte waarmee het Japan van vandaag te kampen heeft is maagkanker, momenteel de voornaamste doodsoorzaak bij mensen tussen de 35 en 54 jaar. Naar het zich laat aanzien, bestaat er een verband tussen het optreden van

maagkanker en de grote hoeveelheden zout die in het Japanse voedsel worden verwerkt. Op het menu staan vooral vis, rijst en groente, met als gunstig gevolg een zeer laag sterftecijfer wegens hartkwalen. Een tiental jaren geleden bereikte het aantal zelfmoorden in Japan een onrustbarende hoogte, inzonderheid onder jongeren; thans valt hierin een sterk dalende lijn waar te nemen. De gemiddelde lengte van een 15-jarige is in 15 jaar tijds met 12 cm toegenomen; de toename van het gewicht is navenant. De gemiddelde levensverwachting bij de geboorte — vóór de oorlog 47 jaar voor de Japanse man en 50 jaar voor de Japanse vrouw — is thans 69 jaar voor mannen en 74 jaar voor vrouwen. Meer over de naoorlogse ontwikkelingen in het land van de rijzende zon in het aprilnummer van „World Health", het magazine van de WHO.

¶

De Rotterdamse politie, die eind vorig jaar een moord op een baby oploste, heeft bij haar uitbreiding en goed georganiseerd opsporingsonderzoek geen opgaven van namen en adressen van vrouwen die in verwachting waren, gevraagd of verkregen van consultatiebureaus, verloskundigen en huisartsen. Dit heeft staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, mede namens minister Polak van Justitie, geantwoord op vragen van senator Querido (P.v.d.A.). Het Eerste Kamer-lid verwees in zijn vragen naar persberichten, waarin werd gezegd dat de bedoelde opgaven wel waren verkregen en vervolgens vergeleken met de geboorte-aangiften, welke te Rotterdam hadden plaatsgevonden. De senator had gevraagd of er, indien die berichten klopten, geen sprake was geweest van schending van het beroepsgeheim.

¶

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, heeft zijn medewerking verleend aan een aantal onderzoeken onder auspiciën van het in Amsterdam gevestigde Veiligheidsinstituut. Via literatuuronderzoek, een enquête en de analyse van ongevallen in de privé-sector wordt verwacht een beter inzicht te verkrijgen in het aantal en de aard van de ongevallen thuis. Nagegaan zal worden, of er enig verband bestaat tussen het voorkomen van ongevallen en leeftijd, geslacht en sociale status. Het is onder meer de verwachting, dat er mogelijkere bevolkingsgroepen uit te voorschijn zullen treden, die een hoge(re) kwetsbaarheids-

graad bezitten. Hierdoor kunnen bijzondere maatregelen ter bevordering van de veiligheid worden getroffen. Het onderzoek zal zich over een periode van één jaar uitstrekken om beter na te kunnen gaan of er verband bestaat tussen aantal en aard van ongevallen, de graad van versteldijking en het seizoen. Teneinde de doelmatigheid van de veiligheidsvoorlichting te bepalen, zal er verder een onderzoek worden ingesteld naar het effect van deze voorlichting. Bij dit onderzoek zal gebruik worden gemaakt van audiovisuele hulpmiddelen, bijvoorbeeld dia's. Vooral de doelmatigheid van de voorlichting van instellingen die groepsvoorlichting geven op het terrein van de gezondheidszorg, de huishoudkunde en de opvoeding zal voorwerp van onderzoek zijn. Bij de voorbereiding van dit onderzoek hebben onder andere samengewerkt het Veiligheidsinstituut en de Stichting Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.



Op 26 en 27 juni 1970 zal te Parijs en Reims de 4e Plenaire Vergadering van de Europese organisatie voor de behandeling van kanker (O.E.R.T.C.) plaatsvinden. Er zal een vijftal bijeenkomsten worden gehouden. Onderwerpen voor de 26e zijn achtereenvolgens: „La pharmacologie clinique et l'expertise des médicaments: le modèle cancérologique et l'échelle européenne”, en „La maladie résiduelle et le traitement des cancers”. Zaterdag 27 juni zullen in de O.E.R.T.C. samenwerkende groepen verslag uitbrengen van hun werkzaamheden; verder zullen papers over de behandeling van kanker-gezwellen worden besproken, terwijl tenslotte een bezoek zal worden gebracht aan het Centre Anticancéreux te Reims. Daar zal worden gesproken over: „Le praticien et le traitement des cancers”. Nadere inlichtingen over deze internationale bijeenkomst zijn verkrijgbaar bij Prof. Dr. D. W. van Bakkum, Radiobiologisch Instituut TNO, Lange Kleiweg 151, Rijswijk (ZH).



De provinciale raad voor de volksgezondheid in Zuid-Holland organiseert op dinsdag 26 mei a.s. haar jaarlijkse provinciale gezondheidsdag. De bijeenkomst zal plaatsvinden in motel „Holiday Inn of Leiden” te Leiden, gelegen ter zijde van de rijksweg Den Haag-Amsterdam. Zij zal worden gepresideerd door de voorzitter van de raad, Mr. J. Klaasesz, Commissaris der Koningin in de provincie Zuid-Holland. De dag zal staan in het teken van de

viering van het 40-jarig bestaan van de Zuidhollandse Bond van het Wit-Gele Kruis. Ter gelegenheid van zijn jubileum is de bond in de gelegenheid gesteld de inhoud van de bijeenkomst te verzorgen.

Het onderwerp van de dag is „De toekomst van de georganiseerde gezondheidszorg”. Over dit onderwerp zal de voorzitter van de jubilerende bond, Mr. J. A. J. Daniels, een inleiding houden.



Iedere minuut worden er in de wereld 138 baby's geboren, ruim twee per seconde dus. Dit heeft volgens het persbureau Reuter het Bureau voor Bevolkingsonderzoek in Washington bekendgemaakt. De wereld telt op het moment ongeveer 3.632 miljard mensen. De bevolkingsaanwas is het grootst in Koeweit met 8,3 procent per jaar (inclusief echter 4,2 procent immigratie), gevolgd door Costa Rica met 3,8 procent per jaar. Oost-Duitsland en Hongarije groeien het langzaamst: respectievelijk met 0,3 en 0,4 procent. Afrika, Latijns-Amerika en Azië (zonder Japan) hebben de afgelopen vijf jaar maar liefst 86 procent bijgedragen tot de groei van de wereldbevolking. De Afrikaanse landen hebben het hoogste geboorte- en sterftecijfer. Dahomey telt 54 geboorten op 1.000 mensen en deelt met Boeroendi het één na hoogste sterftecijfer: 26 per 1.000. Opper Volta heeft het hoogste sterftecijfer met 28 per 1.000. De levensverwachting voor een man in Zweden tenslotte is 71,2 jaar, in de Verenigde Staten 66,6 jaar, in Japan 65,3 jaar, in India 41,9 jaar en in de Centraal Afrikaanse Republiek 33 jaar.



Het bestuur van de Stichting Het Nederlandse Ziekenhuiswezen en de beheersraad van het Centraal Bureau voor het Katholieke Ziekenhuiswezen hebben bekendgemaakt, dat met ingang van 1 april 1970 hun beider bureaus de facto zijn samengevoegd tot het bureau van de Nationale Ziekenhuisraad. Tot de taak van dit bureau behoort het voorbereiden en uitvoeren van het beleid van de Nationale Ziekenhuisraad. Daarnaast blijft het bureau de belangen behartigen van de bij de Stichting Nationale Ziekenhuisraad aangesloten organisaties en van de instellingen, die lid zijn van deze organisaties. Tot directeurs zijn benoemd: Drs. J. Lupgens en Mr. L. C. Wesseldijk. Het adres blijft Badhuisweg 72, 's-Gravenhage, tel.: 070-512581.

## MEDISCH CONTACT

### Verslijnt wekelijks

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

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

**Uitgever:** Uitgeverij. Kruij n.v., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-3225\*, 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 30,—, plus f 1,20 BTW = f 31,20, buitenland f 35,—, losse nummers 78 cent (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

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

**Oplage:** 16.220 exemplaren.

**Druk:** Verweij Mijndrecht.

## KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

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

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