

MEDISCH CONTACT

Nummer 2 – 13 januari – 44e jaargang

Steeds vaker vragen medische technologieën, met hun veelal ingrijpende betekenis voor de samenleving als geheel, om een ethische beoordeling op macro-niveau. Een rationele besluitvorming op dit niveau zou kunnen worden bereikt door gebruik te maken van de beslisboom. Ter ondersteuning zou een normatieve gezondheidswetenschap kunnen worden ontwikkeld. Ideeën van Corine Broeders, docente bij de studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Wil men medisch-ethische problemen aan de orde stellen zonder met een moralistisch oordeel te komen, dan zou men daar in de huidige, zeer gecompliceerde discussie, behalve artsen en ethici ook juristen bij moeten betrekken. Waar het gaat over het vruchtbaarheidsbevorderend handelen, waar wensouders, hulpverleners en overheid allen totaal verschillende belangen bij hebben, zou het recht kunnen waken over het belang van het kind. Aldus Prof. Mr. Rood-de Boer, hoogleraar in het jeugdrecht, de jeugdbescherming en het jeugdbeleid aan de Rijksuniversiteit Utrecht.

Over embryo-research en wat daarover in de wet zou moeten staan, is het debat in Engeland al ver gevorderd. De ethicus Dr. M. Christiaens uit Nijmegen schetst de stand van zaken overzee.

Hoeveel tijd besteden huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken aan mono-, bi- en multidisciplinair overleg en waarover gaat dat overleg? W. G. W. Boerma van het Nivel deed in 1984 en 1985 onderzoek naar deze vragen en kwam tot uitvoerige conclusies en beschouwingen.

Moet bij kunstmatige inseminatie de anonimiteit van de donor gewaarborgd blijven? Nee, zegt Prof. Dr. A. A. Haspels, hoogleraar in de verloskunde en de leer der vrouwenziekten aan de Rijksuniversiteit Utrecht, na de voor- en nadelen te hebben opgesomd.

INHOUD

Medische technologie, ethiek en beleid. Op zoek naar een moreel verantwoord besluitvormingsproces op macro-niveau: de beslisboom als hulpmiddel.
Drs. C. J. Broeders - 45

Mag alles wat kan? Een kind à tout prix
M. Rood-de Boer - 50

Internationaal perspectief. Embryo-research. Engeland werkt aan een wettelijke regeling
Marc Christiaens - 54

Hoeveel tijd steken huisartsen in overleg? Tijdsbeslag van diverse overlegvormen bij huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra
W. G. W. Boerma - 57

Moet de anonimiteit bij donorinseminatie worden opgeheven?
A. A. Haspels - 60

Uitspraken Centraal Medisch Tuchtcollege. Geen alert en voortvarend beleid, onvoldoende begeleiding: chirurgen berispt, kinderarts gewaarschuwd - 61

Colofon 38 - Colofon officieel 38 - Hoofredactioneel commentaar 39 - Boeken 40 - Brieven 41 - Dagboek van een waarnemer 44 - Agenda 64 - Buitenland 65

Medisch Contact is het weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Bestuur Medisch Contact

Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter
R. Bekendam, secretaris
Wipstrikkerallee 115, 8023 DX Zwolle
Mw. G. A. E. Kreek-Wels
H. W. M. Anten
Dr. R. J. E. A. Höppener

Redactie Medisch Contact

Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris
Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice
Mw. Drs. M. C. A. van Wandelen, redactrice
R. A. te Velde, eindredacteur

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823384

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoording verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De besturen van de KNMG en haar organen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 136,99 (inclusief BTW); overige landen f 242,—

Administratie: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.

Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan: het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgave van redenen worden geweigerd.

Opgave: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.
Geldend advertentietarief: januari 1988.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

Alruin, de op een kleine, verschrompelde mensengestalte gelijkende wortel van de mandragora, waaraan in de middeleeuwen en later grote geneeskracht werd toegeschreven.
Uit: Taculnum Sanitatis (fol. 40^r.)

KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht, telefoon 030-823911.
Postgironummer 58083-AMRO banknummer 45 64 48 969.
KNMG-informatielijn 030-823339; KNMG-antwoordapparaat 030-823201; telefax 030-823326.

Dagelijks bestuur

W. H. Cense, voorzitter; Prof. Dr. W. J. Schudel en P. C. H. M. Holland, ondervoorzitters.

Secretariaat

W. van Hof, secretaris-generaal; Th. M. G. van Berkestijn, plaatsvervangend secretaris-generaal; Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretaris; Prof. Mr. W. B. van der Mij, Dr. H. Roelink en G. J. Eikmans, adviseurs; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De afdelingen Ledenbemiddeling, Comptabiliteit, Ledenadministratie, Centrale Verwerking, Buitenland en de Commissies Doktersassistenten en Geneeskundige Verklaringen.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Drs. C. R. J. Laffré, directeur; Mw. J. den Bode-de Graaf, informatrice.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

Mr. H. J. Overbeek en Drs. H. Willems, directie.

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mw. Mr. P. Swenker, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

Mw. Mr. H. M. H. de Bruijn-Van Beek, directeur; Mw. J. A. van Walderveen-van der Louw, secretaresse.

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC)

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.

College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

A. L. J. E. Martens, arts, secretaris; Mw. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. J. A. van Wijk, secretaris; Mw. Mr. H. H. van den Berg, directeur.

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. D. Hennevelt-Wolters, secretaresse. Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

L. G. Oltmans, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

N. A. Meursing, secretaris-penningmeester, Irislaan 7, 1943 DB Beverwijk, telefoon 02510-25636; postgironummer 111.950 ten name van de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Beverwijk.

Bibliotheek

Prof. Dr. D. de Moulin, bibliothecaris, p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425, Amsterdam.

Stichting Dienstverlening Medici

Mw. C. M. Voermans-Neleman, voorzitter Bureau-Adres Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

E. Iwema Bakker, voorzitter; bureau-adres Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911.

De besturen van de KNMG en haar organen zijn verantwoordelijk voor de inhoud van het officieel gedeelte en de berichtgeving vanuit de verenigingen.

Grenzen aan de voortplanting?

Mensen worstelen wat af met hun procreatuur. Stond in de jaren zeventig het recht op het voorkómen van zwangerschap door abortus provocatus in de publieke belangstelling, nu wordt er veel aandacht besteed aan het recht op een eigen kind indien dit niet uit een 'normale' man-vrouwverhouding kan worden geboren: hetzij omdat die relatie vruchteloos blijkt te zijn, hetzij omdat men zo'n relatie niet heeft.

Was het vroeger alleen mogelijk voor de onvruchtbare partner een remplaçant te zoeken, zoals volgens het Oude Testament geschiedde toen Abraham een kind verwekte bij Hagar omdat zijn vrouw Sara onvruchtbaar leek te zijn, thans kan aan een kinderwens theoretisch op vele wijzen tegemoet worden gekomen. Kunstmatige inseminatie, in vitro fertilisatie en embryotransfer (en de nieuwe technieken door combinatie van deze methoden) kunnen een paar of een individu in staat stellen van tevoren de vaderlijke, moederlijke en geslachtelijke identiteit te bepalen, embryo's zonder een bij bepaalde erfelijke ziekten passend genetisch patroon te (s)electeren, te beslissen of het kind al dan niet met het doormaken van een zwangerschap wordt voortgebracht en de verdere ontwikkeling van een (pre-)embryo uit te stellen door dit in te vriezen. Technisch gezien komt er theoretisch nog meer binnen ons bereik, zoals klonen en het inbrengen van menselijke embryo's in een dier en vice versa (zie bijvoorbeeld het artikel van Van Kleef in de Volkskrant van 31 december 1988). Zelfs zwangerschap van een man, door een door reageerbuisbevruchting verkregen embryo in de buikholte van een man te implanteren, is in de toekomst niet uitgesloten¹.

De nieuwe mogelijkheden brengen echter ook hun eigen morele, juridische en praktische problemen mee. De oudste techniek, de donorinseminatie, staat op dit moment in de belangstelling omdat in het CDA-rapport 'Zinvol leven' wordt voorgesteld de identiteit van de natuurlijke vader niet langer onbekend te laten. Haspels geeft op blz. 60 steekhoudende kritiek op dit letterlijk en figuurlijk onproductieve voorstel. Met in vitro fertilisatie (IVF) is ook de mogelijkheid geschapen de zwangerschap door een ander dan de 'leverancier' van de eicel te laten uitdragen. Hiermee kan een door IVF verwekt kind – als wordt aangenomen dat in het laboratorium geen verwisseling plaats-

vindt – theoretisch vijf ouders hebben: twee (sociale) wens-ouders, twee (biologische) donor-ouders en één draag-ouder. Juridisch is alleen de vrouw die het kind baart de moeder van het kind; het ontbreken van een intentie het kind als moeder te verzorgen wordt gezien als een te onzeker criterium om het juridisch moederschap daarvan te laten afhangen. Het juridisch vaderschap geeft meer problemen. Als een echtpaar gehuwd is en de kunstmatige inseminatie en/of in vitro fertilisatie met toestemming van de vader is geschied, is de echtgenoot ook juridisch de vader; hoe de situatie in andere gevallen ligt, valt buiten het bestek van een hoofdartikel.

Een nevenverschijnsel van IVF en embryotransfer is de commerciële zwangerschap. Ook in Nederland geen theoretische mogelijkheid, sinds vier vrouwen op 15 februari 1985 in het weekblad Panorama verklaarden bereid te zijn tegen betaling van f 10.000,— tot f 180.000,— als

Dr. C. Spreeuwenberg

draagmoeder te fungeren. Inmiddels hebben buiten ons land de eerste processen plaatsgevonden tegen spijt hebben de draagmoeders, die bij nader inzien het bij hen geboren kind niet wilden afstaan. In Nederland hebben zogeheten wens-ouders niet het recht overdracht van het kind te eisen. De regering beschouwt het draagmoederschap als een niet te negeren, maar wel ongewenst verschijnsel en wil daarom bemiddeling bij draagmoederschap strafrechtelijk verbieden².

Dit alles gaat gepaard met een steeds grotere betrokkenheid van de geneeskunde bij het voortplantingsproces, tot aan de huisarts toe, die voorlichting moet geven over de diverse mogelijkheden en bij de uitvoering wordt betrokken als aan zijn patiënte bij in vitro fertilisatie dagelijks hormonen per injectie moeten worden toegediend. Wat betekent dit alles voor ons artsen? Wij zullen meer en meer onder druk komen te staan om aan 'IVF on demand' mee te werken, zowel onder invloed van belangengroepen van patiënten als van de eigen werkgelegenheid en financiële belangen. In vitro fertilisatie leent zich, aldus Van Hall¹, immers bij uitstek tot privatisering en commercialisatie. De feitelijke gang van zaken toont dit ook aan: het Besluit tijdelijke regeling

IVF, dat beoogde wildgroei te voorkomen en de kwaliteit te bewaken, is gebleken een wassen neus te zijn. Men was inventief genoeg om het te ontwijken, bijvoorbeeld door een samenwerkingsverband te creëren tussen een centrum dat de laboratoriumfunctie vervult en de behandelende kliniek, of door de techniek te variëren, zoals de GIFT (gamete intrafallopian transfer)-methode; ook overschreed men de indicaties volgens voornoemd besluit².

Artsen hebben al snel meer oog voor de belangen van de concrete hulpvragers dan voor de belangen van anderen, zoals het toekomstige kind. De vraag is of de medische en sociaal-psychologische aspecten voldoende aan bod komen, vooral in de commerciële centra. Wordt de gezondheidstatus van alle betrokkenen nagegaan en zal men voldoende stilstaan bij de vraag of een bepaalde handeling (bijvoorbeeld invriezen) de vrucht schade berokkent? De toetsing die bij toepassing van voortplantingstechnieken in acht wordt genomen, steekt volgens Mw. Rood-de Boer (zie blz. 50) schril af bij het uitgebreide gezinsonderzoek dat bij een aanvraag voor adoptie plaatsvindt. Van Hall, die toch niet kan worden beticht van bevoogdend gedrag ten opzichte van vrouwen, bestrijdt de klantiskoningshouding van de moderne arts: waar het gaat om het ontstaan van menselijk leven moet volgens hem voor een kritisch-autoritaire houding plaats zijn.

De moderne voortplantingsmethoden zijn in een korte tijd ter beschikking gekomen en kunnen vrij gemakkelijk worden toegepast. Op de medisch-ethische dilemma's waar de nieuwe technieken ons voor plaatsen zijn we echter nauwelijks voorbereid. Het is hoog tijd dat samenleving en beroepsgroep zich intensief en niet vrijblijvend met de nieuwe vragen gaan bezighouden. Ten opzichte van allen die wensen hebben ten aanzien van hun procreatuur, dienen we nu al te stellen dat er grenzen zijn aan de medische zorg en duidelijk te maken waarom dit ons inziens zo is. □

1. Hall EV van. Medische dilemma's bij het begin van leven. *Metamedica* 1987; 66: 85-91.

2. Minister van WVC. Nota Kunstmatige inseminatie en draagmoederschap. Rijswijk, 14 september 1988.

Fanny V. Heymann. *Voorlichting aan individu en groep. Een handleiding voor gespreksvoering.* Coutinho, Muiderberg, 1988. 130 blz. ISBN 90 6283 726 3. Prijs: f 24,50.

Zoals uit de titel valt op te maken wordt in dit boek zowel de techniek van voorlichting door middel van een tweegesprek als van de groeps-bijeenkomst beschreven.

De auteur richt zich tot de professionele voorlichter. Als voorbeelden noemt zij schooldecenen, diëtisten, artsen, politiefunctionarissen, apothekers, wijkverpleegkundigen, pastoraal zorgers, maatschappelijk werkers, ambtenaren en alle personen die informatie overdragen. Aan de orde komen: ethische en maatschappelijke problemen die voorlichting met zich mee kan brengen, enkele psychologische theorieën, de basismethoden van voorlichting en een overzicht van een aantal gespreksvaardigheden.

Het tweegesprek neemt een bescheiden plaats in: 17 van de 130 pagina's. Omdat het boek zich richt op het gemeenschappelijke in zeer uiteenlopende professies, is het abstractieniveau noodzakelijkerwijs nogal hoog. Zo wordt bijvoorbeeld gesteld dat het belangrijk is dat de voorlichter het betrekkingsniveau door middel van de stem kan hanteren, terwijl de wijze waarop men dit zou kunnen doen in de beschrijving ontbreekt.

De medicus practicus, die op zoek is naar praktijktips zal worden teleurgesteld. Het boek lijkt vooral geschikt voor de geïnteresseerde in de voorlichtingskunde.

P. C. Bügel

HIV-wijzer. Losbladig informatiesysteem voor de huisarts, samengesteld en uitgegeven door de Stichting Aanvullende Dienstverlening, Amsterdam, 1988. Wordt gratis verspreid onder huisartsen. ISBN 90 72574 01 X.

Terecht schrijft Wigtersma in het voorwoord dat voor ons artsen de HIV-ziekte nieuw is: wij hebben er in onze opleiding niets over geleerd. In Nederland zijn al meer dan 20.000 mensen besmet met HIV en dit aantal zal alleen nog maar toenemen. Huisartsen in heel Nederland zullen in toenemende mate te maken krijgen met mensen die geïnfecteerd zijn, ziek worden en sterven door HIV en met een grote groep mensen die alleen maar bang zijn. Dat scholing op dit terrein absoluut noodzakelijk is behoeft dus geen betoog.

De HIV-wijzer maakt het de huisarts mogelijk zich snel te oriënteren in vrijwel alle aspecten van HIV-problematiek.

In het eerste deel, wat misleidend 'algemene informatie' genoemd, wordt op heldere wijze aandacht geschonken aan onder meer trans-

BOEKEN

missie en het klinische beeld. In deel twee komen preventie en begeleiding aan de orde, met veel aandacht voor het testbeleid. In deel drie, het variëdeelte, worden onder andere de juridische en verzekeringsgeneeskundige aspecten behandeld. In het vierde deel tenslotte wordt een overzicht van adressen en verwijsmogelijkheden gegeven.

De HIV-wijzer bevat alle relevante informatie over HIV en AIDS en is door zijn indeling en register makkelijk toegankelijk. De HIV-wijzer zal up to date worden gehouden via nazendingen.

L. Querido

Alfons Vansteenwegen. *Liefde is een werkwoord. Spelregels voor het huwelijk.* Lannoo, Tiel, 1988. Prijs: f 27,—. ISBN 90 209 1563 0.

In heldere taal heeft Vansteenwegen een handleiding geschreven voor partners die hun huwelijksrelatie willen verbeteren. In België sloeg het boek enorm aan: drie drukken in korte tijd. Dat laat zich begrijpen. De auteur richt zich heel persoonlijk en rechtstreeks tot de lezer(es) met analyses en raad voor problemen waarin partners samen verstrikt zijn geraakt. De doelgroep is dat deel van de bevolking dat heeft geleerd zich door het lezen van boeken wijsheid eigen te maken; de middengroepen van onze samenleving dus. Zij worden in herkenbaar taalgebruik aangesproken met voorbeelden die zo ontleend lijken te zijn aan de eigen situatie. Deze stijl houdt Vansteenwegen vol. Hij richt zich alleen tot gehuwden, hoewel mensen die in een andere relatievorm samenle-

ven ook gebruik zouden kunnen maken van het boek voor het oplossen van hun problemen.

Op het eerste gezicht lijkt het boek een spoorboekje dat kan helpen een uitweg te vinden bij moeilijke problemen. Gedeeltelijk is het ook een kookboek met panklare recepten om uit de puree te geraken. De auteur begint met het geven van een karakteristiek van het huwelijk in de jaren tachtig in Vlaanderen. Mijs inziens zijn er geen wezenlijke verschillen met ons land, althans voor zover het deze middengroepen betreft. De auteur gaat verder met het beschrijven van openlijke en slinkse technieken bij het voor jezelf opkomen in de relatie. Daarna gaat hij dieper in op de communicatie binnen het huwelijk en het denken over 'mijzelf en mijn partner'. De seksuele relatie komt slechts zeer bescheiden aan bod, om de lezers niet af te schrikken, lijkt het wel. Op omgaan met gevoelens en fasen en overgangen van het huwelijk gaat hij diep in. Als de conflicten te hoog oplopen beschrijft hij het proces van beslissen: scheiden of stapsgewijs veranderen? De schrijver leert de lezers met praktische raad conflicten binnen het huwelijk op te lossen. Hij besluit met adviezen over het samen opvoeden van kinderen.

Vansteenwegen treedt nogal eens in herhaling, wat voor de deskundige misschien hinderlijk, maar voor de leek wellicht een voordeel is. Zo blijft die de rode draad zien.

De getrouwde lezer of lezeres zal het boek waarschijnlijk niet in één ruk uitlezen, maar hoofdstuk na hoofdstuk, aan de hand van de aangeboden leidraad, nagaan hoe het geschreven in de eigen situatie uitwerkt(e).

Ik zou het boek vooral willen aanbevelen aan artsen die door hun patiënten vaak om raad worden gevraagd met betrekking tot relatieproblemen. Ik denk dan vooral aan huisartsen, schoolartsen, jeugdartsen, veel sociaal geneeskundigen, vrouwenartsen en allen die werkzaam zijn bij een RIAGG of in de geestelijke gezondheidszorg. Sommige artsen zullen bij het lezen van het boek de eigen leefomstandigheden herkennen en hun eigen partner vragen het boek ook eens ter hand te nemen.

Jan Moors



MAAKT VISITE



SPOEDGEVAL

Auto-embleem

Dit tweezijdig te gebruiken, artsen-auto-embleem is op veler verzoek tot stand gekomen om in voorkomende gevallen de reden van parkeren op een bepaalde plaats kenbaar te maken.

Dit embleem is naast het bekende raamemblem van plakplastic voor de leden van de Maatschappij Geneeskunst gratis verkrijgbaar bij de afdeling ledenbemiddeling der NMG,

Postbus 20051, 3502 LD/Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon: 030-823911.

Plaatsing van bijdragen in de rubriek 'Brieven' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen worden schrijvers verzocht de lengte van een ingezonden brief tot circa driehonderd woorden te beperken.

PERSPECTIEF LVSG

In MC nr. 46/1988, blz. 1408, gaat de voorzitter van de LVSG, Mw. Dr. C. Hermann, uitvoerig in op het onlangs verschenen rapport van de Commissie Perspectief LVSG. Deze commissie heeft zich over de toekomst van de vereniging beraden en is daarbij tot de slotsom gekomen, dat 'de bundeling van sociaal-geneeskundigen binnen de KNMG moet worden voortgezet'. Deze uitkomst kan niet anders dan teleurstellend worden genoemd. Spijtiger is echter nog, dat het Centraal Bestuur van de LVSG de conclusie van de commissie heeft overgenomen; dat betekent, dat de vereniging blijft vasthouden aan de eenheidsgedachte en dat de onderling zo verschillende takken en vakken gehuld blijven in de waas van vrijblijvendheid die sociale geneeskunde wordt geheten.

Het advies van de commissie staat haaks op de feiten. Die wijzen namelijk niet in de richting van een eenwording, maar juist naar een differentiatie. Tekenend voor die gang van zaken is dat de oude en eerbiedwaardige Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde (ANVSG) zichzelf in 1987 heeft opgeheven. De participerende verenigingen (van bedrijfsartsen, verzekeringsgeneeskundigen, jeugdartsen, enz.) meenden, dat de – als zodanig al sinds jaar en dag bekende – verschillen tussen de takken inmiddels zo frequent waren geworden dat een verdere samenwerking meer nadelen dan voordelen zou hebben. Overigens markeerde de opheffing van de ANVSG een ontwikkeling die al veel eerder was ingezet en die met name in de opleiding al duidelijk tot uitdrukking was gekomen: de gemeenschappelijke basiscursus (A-cursus) werd al aan het begin van de jaren tachtig vervangen door een volledig beroepsspecifieke opleiding.

De commissie lijkt weinig oog te hebben gehad voor deze ontwikkelingen. Evenmin heeft zij ingezien dat de verschillen der verschillende takken meer verschillen dan overeenkomsten bestaan. En dat terwijl het niet om details gaat of uiterlijkheden, maar om wezenlijke punten: de verschillende vakken hebben elk een eigen doel en een eigen doelgroep, ze kennen elk hun eigen methoden en werkwijzen, en beschikken ieder over een eigen 'body of knowledge'. Er is dan ook geen enkele sociaal-geneeskundige, of het nu een sportarts, TBC-arts, milieu-arts, verzekeringsgeneeskundige, jeugdarts of 'ageezetter' is, die zonder uitvoerige nascholing in staat is het werk van een collega uit één van de andere takken over te nemen. Het is jammer, dat de commissie aan dit belangrijke gegeven is voorbijgegaan. Men bedenke dat een professie, maar ook een medisch specialisme, wordt gekenmerkt door een bepaalde autonomie van de beroepsgroep. Die moet, aldus de bekende socioloog Freidson, blijken uit het zelfbeschik-

BRIEVEN

kingsrecht dat de maatschappij aan de beroepsgroep toekent. Zelfbeschikingsrecht verwerft een professie vooral doordat zij een gedegen, eigen corpus van kennis, methoden en vaardigheden heeft ontwikkeld. Juist daardoor is evaluatie van de beroepsuitoefening voorbehouden aan de beroepsgroep zelf.

Wanneer de LVSG krampachtig blijft vasthouden aan de idee van één sociale geneeskunde, blijft er een bonte verzameling van artsen bestaan die zelfs aan het meest elementaire criterium van het begrip professie niet kan voldoen. Of denkt het bestuur dat een sportarts het werk van een verzekeringsgeneeskundige kan beoordelen en een jeugdarts dat van een milieu-arts?

Toegegeven: er zijn ook overeenkomsten. Men zou de jeugdgezondheidszorg met enige goede wil als bedrijfsgeneeskunde voor schoolkinderen kunnen beschouwen. Wellicht valt ook te verdedigen dat sportgeneeskunde een soort van gesubspecialiseerde bedrijfsgeneeskunde is. Zeker is ook dat er tussen 'grote' vakken als bedrijfsgezondheidszorg en verzekeringsgeneeskunde raakvlakken bestaan. Maar wat is de betekenis van deze overeenkomsten? Hermann gaat er niet op in. Haar argumenten voor bundeling zijn meer van pragmatisch-strategische aard. 'Twee weten meer dan één', zo houdt zij de lezer voor, en: bundeling voorkomt versnippering, 'dus van het risico tegen elkaar te worden uitgespeeld'. Voor wie nog niet overtuigd is, volgt nog dat één organisatorisch verband nodig is om 'een gezamenlijke visie op deze vraagstukken van algemene aard te ontwikkelen en deze vervolgens uit te dragen in contacten met overheid, financiers, werkgevers, etc.' Wat met 'deze' vraagstukken wordt bedoeld, blijkt uit het stukje van collega Hermann niet. Aangenomen mag echter worden dat het om sociaal-geneeskundige vraagstukken gaat.

Is het dan het sociale dat een aantal geneeskundigen bindt? Het antwoord op deze vraag moet ontkennend zijn. Ook dit veel misbruikte adjectief vormt geen fundamentum divisionis. De idee van een sociale geneeskunde bloeide op in de vorige eeuw, toen – enkele – sterk geëngageerde en politiek bewuste geneeskundigen als Rudolf Virchow verkondigden dat de arts zich in de eerste plaats moest opstellen als de pleitbezorger der armen; hij moest hun voorvechter zijn in de strijd tegen armoede en onwetendheid. Gelukkig treft men ook heden ten dage nog sociaal bewogen artsen aan. Of zij méér voorkomen in de rijen der bedrijfsartsen, ver-

zekeringsartsen, GGD-directeuren en ministeriële beleidsmedewerkers dan onder huisartsen, psychiaters, pediaters of patholoog-anatomen, waag ik te betwijfelen. En dat de sociaal-geneeskundigen zouden 'afstammen' van de sociaal bewogen artsen uit de vorige eeuw, berust – zoals ik elders heb aangegeven – in elk geval op een mythe.

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn geworden, dat de verschillende takken van de sociale geneeskunde weinig met elkaar gemeen hebben. Belangrijker is echter nog te constateren, dat de meeste takken voldoende eigen kenmerken hebben om zich te ontwikkelen tot zelfstandige disciplines. Nu eens is het de doelgroep, dan weer de methode en dan weer de doelstelling die als vormend element dient. In dit opzicht onderscheiden de sociaal-geneeskundige takken zich niet van de 'echte' specialismen: ook daar zien we dat het ene vak om zijn doelgroep is geformeerd, het andere om een technische vinding en een derde om een bepaalde vaardigheid.

Een en ander betekent naar mijn mening, dat het geen enkele zin heeft te streven naar een eenheid die er niet is en die de eigen identiteit van de diverse vakken slechts verdoezelt. De verschillende vakken moeten zich ontwikkelen tot volwaardige specialismen. Daarvoor is niet zozeer de extra dosis PR nodig die de commissie het Centraal Bestuur voorschrijft, alswel een verdere uitbouw van de opleiding naar het model van de 'andere' specialisten. Zodra dit tot stand is gebracht, kan het desbetreffende vak eenvoudig worden opgenomen in de rij van specialismen die onder de SRC vallen. Blijkt een vak 'te klein', dan moet het onder de vlag van een aantekening blijven voortbestaan. Al tijd nog beter dan onder valse vlag.

Leiden, december 1988

A. H. M. Kerkhoff

Naschrift

Gaarne reageer ik op de brief van Kerkhoff. Verschillende takken van sociale geneeskunde hebben zich ontwikkeld tot volwaardige specialismen, en wel zodanig dat werk dat wordt uitgevoerd door een sociaal-geneeskundige in één van de takken niet kan worden overgenomen door een sociaal-geneeskundige uit een andere tak (laat staan door een andere collega). Op dit punt kan ik de heer Kerkhoff geheel volgen. Het gaat er volgens het rapport van de commissie echter niet om in hoeverre sociaal-geneeskundigen van elkaar afwijken, maar in hoeverre zij desalniettemin zoveel gezamenlijke kenmerken vertonen dat een aparte bundeling overweging verdient. In de ledenvergadering van 26 oktober en 19 december jl. zijn deze kenmerken als volgt geformuleerd:

'De sociaal-geneeskundigen verrichten hun geneeskundige werkzaamheden gericht op:
– het individu binnen zijn maatschappelijke context;

– groepen, waarbij hun activiteiten vooral gericht zijn op preventie en sociaal-medische begeleiding, waarbij zij specifieke sociaal-geneeskundige onderzoeksmethoden en implementatietechnieken gebruiken, die een wezenlijk ander karakter hebben dan technieken die in de behandelende sector gebruikelijk zijn.'

In deze gezamenlijke kenmerken wijken sociaal-geneeskundigen af van andere groeperingen van artsen. Dit is dan ook het argument dat pleit voor een aparte bundeling van sociaal-geneeskundigen binnen de KNMG. De verschillen tussen de takken van sociale geneeskunde waarop de heer Kerkhoff doelt zijn niet groter dan die tussen de diverse specialismen die de LSV overkoepelt; een kinderarts kan evenmin zonder opleiding het werk van een chirurg overnemen.

Vergelijking van de LVSG met de ANVSG gaat in zoverre niet op, dat de ANVSG geen plaats had binnen de KNMG. Die eigen plaats die de LVSG de sociaal-geneeskundigen binnen de KNMG geeft, is juist het sterke punt van de LVSG. Via de KNMG-bundeling hebben sociaal-geneeskundigen een maximale zeggingskracht tegenover beleidsinstanties en bovendien gemakkelijk contacten met organisaties van curatief werkende artsen zoals de LSV en de LHV. Deze maximale zeggingskracht betreft niet alleen de vraagstukken van puur sociaal-geneeskundige aard, zoals de heer Kerkhoff veronderstelt, maar ook, en niet op de laatste plaats, vraagstukken van algemene aard. Een visie op deze zaken, zoals daar zijn de kwaliteit van de zorg, medisch-ethische zaken, regulering van de relatie arts-patiënt, zal door de KNMG worden ontwikkeld in samenspraak met alle door haar overkoepelde groeperingen. Een sociaal-geneeskundige visie mag en zal bij participatie van de sociale geneeskunde niet ontbreken.

Gezien bovenstaande heeft de ledenvergadering van 19 december jl. geconcludeerd, dat er een bundeling van sociaal-geneeskundigen binnen de KNMG moet blijven bestaan. Het rapport 'Perspectief' is met algemene stemmen aanvaard.

Utrecht, december 1988
Mw. Dr. C. Hermann

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

Redactiebeleid?

In haar naschrift naar aanleiding van de bezwaren van collega P. W. L. van Baarle (MC nr. 49/1988, blz. 1518) tegen het adverteren van de alternatieve polikliniek 'De Wijchert' – welke bezwaren ik volop deel – maakt de redactie zich er wel erg gemakkelijk van af door een beroep te doen op de persvrijheid. Zo stelt zij

doordachte polemieken en wervende advertenties op één lijn. Maar zo simpel is het niet. Betogen kan men in de kolommen van dit blad geargumenteerd zo nodig steunen c.q. bestrijden. Een advertentie dringt zich op, overrompelt, men moet zich erbij neerleggen. Advertenties kunnen 'zonder opgaaf van redenen' worden geweigerd door de redactie, blijkbaar in het vooruitzicht dat de inhoud ervan wel eens onoorbaar zou kunnen zijn. Artikelen en beschouwingen onttrekken zich aan dit soort censuur. Advertenties zijn dus niet vergelijkbaar met de rest van de inhoud van dit blad, ook al omdat er geld voor wordt ontvangen. Door de plaatsing van de gewraakte advertentie werkt Medisch Contact, zij het passief, mee aan de uitbouw van de alternatieve geneeskunde, waar, laten we zeggen, het gros der nuchtere MC-lezers geen boodschap aan heeft. De lezer kan zich zelfs gecompromitteerd voelen. Met behoud van alleen de strikt noodzakelijke redactionele neutraliteit zou de redactie de lezers aan zich verplichten door eens wat meer een eigen gezicht te tonen. Het artikel van collega C. P. van der Smagt (MC nr. 42/1988, blz. 1281) toont op sobere en doordachte wijze aan dat het alternatieve circuit ver af staat van het ideaal de geneeskunde op rationele gronden te blijven uitbouwen. Door bijvoorbeeld af te zien van financieel aantrekkelijke, maar naar de strekking verwerpelijke advertenties zou de redactie inderdaad – en niet alleen met voorzichtige en deftige zinsneden – de lezers kunnen steunen in het uitdragen en hoog houden van dat ideaal.

Bussum, december 1988
Th. W. Donkerlo

CARA IN KAART

Met genoeg heb ik kennis genomen van het samenwerkingsproject van huisartsen en longartsen in Eindhoven: zie MC nr. 44/1988, blz. 1347; hierin wordt verslag gedaan van een pragmatisch diagnose- en behandelingsschema van CARA-patiënten, waarbij een goede afstemming tussen huisarts en specialist plaatsvindt.

In Tilburg wordt ook reeds vanaf 1981 onderschreven dat er voor wat betreft diagnostiek en behandeling van CARA-patiënten een goede samenwerking tussen huisarts en specialist dient te zijn. Een en ander wordt gestimuleerd door de in Tilburg actieve nascholingsstichting Dr. A. Barning. In november 1981 is reeds een vergelijkbaar protocol in Tilburg geïntroduceerd door de aldaar werkzame longartsen. Toevalligerwijs is voor een zelfde pragmatische indeling in drie klassen gekozen. In tegenstelling tot Eindhoven, waar slechts drie huisartsen aan het project meedoen, nemen in de regio Tilburg alle huisartsen deel.

Wat betreft de inhoud van het Tilburgse protocol het volgende: er wordt tegemoet gekomen aan de visie van de hoofdredacteur van Medisch Contact (ref. MC nr. 44/1988, blz. 1335)

doordat in het programma een uitdrukkelijke plaats is ingeruimd voor het eenmalig consulteren van de specialist, waardoor juist de bij de CARA-patiënt zo verfoeilijke medicalisering blijkt te kunnen worden teruggedrongen. Tevens is in samenwerking met de Tilburgse kinderartsen een indeling voor patiënten beneden de 15 jaar gemaakt en zijn er ook werkafspraken tussen kinderartsen en longartsen.

Wij delen de mening van collega Spreeuwenberg, dat ook kinderen beneden de 15 jaar in de laagste klasse kunnen worden ingedeeld. In ons protocol wordt uitdrukkelijk plaats ingeruimd voor het gebruik van een peak-flowmeting door de huisarts; wij gaan er niet van uit dat de huisarts in staat is spirometrie voor en na toediening van histamine te verrichten. Voor zover nu, na zeven jaar, valt te overzien functioneert de door ons gekozen indeling goed. Op dit moment zijn we bezig een inventarisatie van de resultaten te maken; wij verwachten ongeveer over een half jaar in staat te zijn hierover nadere mededelingen te doen.

Tilburg, december 1988
F. M. L. H. G. Palmen, longarts

Naschrift

Als auteurs zijn wij erkentelijk voor het hoofdredactionele commentaar van collega Dr. C. Spreeuwenberg, waarvan wij met belangstelling hebben kennis genomen, evenals van dat van collega Palmen, longarts te Tilburg. In reactie op hetgeen als kritische kanttekening is geplaatst, menen wij dat een en andere van hetgeen in ons artikel is weergegeven verduidelijkend verdient.

1. Het protocol is ontwikkeld en in detail uitgewerkt door drie longartsen en drie huisartsen, zijnde auteurs van dit artikel. Wij prijzen ons gelukkig dat inmiddels voor een grote groep belangstellende huisartsen een nascholingscursus met dit project als thema is gehouden en dat inmiddels talrijke huisartsen in de regio dit protocol hanteren.

2. Ook dit protocol biedt alle ruimte voor een slechts eenmalige consultatie van de specialist. De intentie van dit protocol is juist, dat primair de huisarts op grond van vermelde criteria kan komen tot een gefundeerde diagnose en een zekere gradatie, met de tot zijn of haar ter beschikking staande mogelijkheden, zoals vermeld in schema I. Veelal zal echter afhankelijk van de individuele situatie – zeker bij CARA-groepen II en III – een verfijning van de diagnostiek dienen plaats te vinden door middel van specialistisch onderzoek. Afspraken ten aanzien van de follow-up, met name in CARA-groep II zijn, volstrekt afhankelijk van de individuele situatie van de patiënt.

3. Uitdrukkelijk is in het protocol vermeld, dat de huisarts niet beschikt over de mogelijkheid tot bepalen van histamine prikkel drempel. Een indruk over de hyperreactiviteit moet hij zich verschaffen middels anamnese.

4. Met name in het follow-up-programma is wel degelijk plaats ingeruimd voor gebruikmaking van de peak-flowmeter, met overigens vermelding van de beperkingen daarvan.

5. Wij hebben bewust gekozen voor een indeling van de leeftijdscategorie beneden de 15 jaar in CARA-groep II, om met name de attitude voor de arts ten aanzien van deze patiënten te bepalen. Gezien het zeer variabele beloop bij deze leeftijdscategorie en de noodzaak tot vroegtijdig ingrijpen in een reeks van gebeurtenissen die tot bronchusobstructie aanleiding geven, is een zorgvuldige 'in kaart' en frequentere controle ons inziens noodzakelijk. Dit impliceert niet dat deze altijd door de specialist dient te geschieden.

Tenslotte zien wij uiteraard met grote belangstelling de resultaten van een inventarisatie door de Tilburgse longartsen en huisartsen tegemoet.

Eindhoven, december 1988

R. M. Schipper, longarts; R. A. Vening, huisarts

Nota bene. Zoals uit het bovenstaande duidelijk mag zijn geworden, werd het artikel 'CARA in kaart' door zes man samen geschreven en staat het op naam de R. M. Schipper, longarts, en R. A. Vening, huisarts. *Red. MC*

AIDS-ONDERZOEK

Coutinho zegt in zijn antwoord op Wigersma's vraag of epidemiologisch AIDS-onderzoek nog wel zinvol is (MC nr. 47/1988, blz. 1450) dat ons land een achtergebleven gebied dreigt te worden wat betreft het epidemiologisch onderzoek naar de verspreiding van het HIV onder de bevolking. Het gevolg zal dan zijn dat er te weinig vastgestelde feiten voorhanden komen, waar effectieve preventieprogramma's op moeten zijn gebaseerd. Beleidsmakers en politici kunnen vervolgens doen wat zij om hun vigerende redenen het belangrijkst vinden. Coutinho's vrees spreekt me aan. Ik denk bijvoorbeeld aan het recente voornemen van B&W van Amsterdam, Duitse drugsverslaafden die daar een strafbaar feit plegen aan de Duitse justitie over te dragen, opdat het besmettingsgevaar dat zij misschien vormen, geminimaliseerd wordt. Ik denk ook aan de preventievisie van de voorzitter van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Limburg (Trouw 28 november, NRC Handelsblad 1 december).

Mijn vraag is echter: welke feiten behoeven AIDS-preventieprogramma's om zo effectief mogelijk te zijn? Prevalentieonderzoek alleen is ook volgens Coutinho niet voldoende (al zegt hij dat wat zwakjes), want als beter dan nu bekend zou zijn hoeveel mensen uit de voor zulke onderzoeken gekozen groepen (bijvoorbeeld zwangere vrouwen, aselechte steekproeven, enz.) seropositief blijken te zijn, zal toch eerst uit nader onderzoek van die posities veel meer bekend moeten worden, opdat overheidsmaatregelen kunnen leiden tot een drastische vermindering van virusoverdracht. Wat dat meerdere inhoudt is door Stra-

ver en Van Stolk al uiteengezet in hun artikel: 'De kans op verbreiding van AIDS onder de Nederlandse bevolking' (Maandblad Geestelijke Volksgezondheid nr. 4, 1988, blz. 379-393), waarop niemand een tegenwoord had.

Over het voorkomen van het HIV in de bevolking is, zoals Coutinho opmerkte, tot nu toe nauwelijks meer bekend dan wat is gebleken bij vrijwilligers uit risicogroepen. Maar in de laatste paar jaar is er al zoveel veranderd, dat het begrip 'risicogroep' snel aan betekenis inboet. Het gaat, als ik het goed zie, nu al om AIDS-riskant gedrag bij iedereen die over zichzelf of de ander met wie hij of zij vrijt onzeker is. Alle andere infectiemogelijkheden, zoals donorschap, zijn immers voor ongeveer 99,99% beheersbaar.

Het staat onweerlegbaar vast, dat om de pandemische AIDS-ramp in de jaren negentig zoveel mogelijk te kunnen indammen de huidige situatie – geen vaccin en geen efficiënt geneesmiddel – slechts één mogelijkheid biedt: dat iedereen die vrijen wil het veilig weet te doen. Dus wie dat niet 'weet' (= redenen heeft om onzeker van zichzelf of de ander te zijn) moet weten wat in zijn of haar geval wel en niet verantwoord is. Relevante onderzoeksvragen in de huidige omstandigheden en van het al duidelijk bekend zijn wat moet worden voorkomen, zijn daarom alleen die welke onmiddellijk betrekking hebben op hoe we allemaal zo snel mogelijk tot 'veilig weten te vrijen' zijn te brengen. Het gaat voorreest om voor iedereen noodzakelijke informatie: wat te laten, hoe dat dan te laten, en wat dan verder nog wél, ingeval met onzeker is over zichzelf of de ander. Deze drie vragen zijn op één bladzijde glashelder te beantwoorden. Maar hoe groot is het percentage mensen – ook hier – dat die antwoorden nog niet kent en hoe zijn die cijfers over de bevolkingsgroepen en de bezoekers van ons land verdeeld? Het kunnen beschikken over die prevalenties is beleidsmatig van een veel groter belang dan kennis van de HIV-prevalenties. Het betekent vervolgens – en daar ligt wellicht de grootste moeilijkheid – dat wij als we over onszelf of de ander(en) onzeker zijn, HIV-preventie op onszelf en met wie wij vrijen moeten willen toepassen zolang een betrouwbare vijfminutentest nog niet voorhanden is. Hoe overheden en GVO-werkers dat zo snel en algemeen mogelijk kunnen bevorderen zal langs sociaal-wetenschappelijke weg moeten worden verhelderd.

Samenvattend is mijn mening dat voor AIDS-preventie – zolang het HIV nog niet te overmeesteren valt – zowel het beleid als het onderzoek wereldwijd moet zijn gericht op veilig weten te vrijen en *niet* op de vraag bij wie dat virus zit, tenzij bij donorschap. Van veel epidemiologen en beleidsmakers vraagt dat een draai van 180 graden.

Rotterdam, december 1988

Dr. W. J. Sengers

Naschrift

Uit de brief van Sengers blijkt dat hij mijn opvatting deelt, dat het AIDS-preventiebeleid

moet zijn gebaseerd op feiten en niet op opvattingen en ideologieën van beleidsmakers en politici. Als voorbeeld noemt hij daarbij onder andere het Amsterdamse beleid ten aanzien van de Duitse drugsverslaafden. Dit is een slecht voorbeeld, aangezien uit onderzoek onder een grote groep drugsverslaafden in Amsterdam is gebleken dat de Duitse verslaafden in hogere mate met het AIDS-virus zijn geïnfecteerd dan de Nederlandse¹. Dit beleid is dus gebaseerd op feiten.

Daarna stelt Sengers, dat het begrip 'risicogroep' snel aan betekenis inboet en dat het gaat om risicovol gedrag bij iedereen. Dit is een veelgehoorde opvatting, die echter in het geheel niet met de feiten overeenkomt. Het gaat namelijk niet alleen om de wijze waarop men vrijt, maar veeleer om de vraag *met wie* men vrijt.

Een rekenvoorbeeld kan dit verduidelijken: Laten we ervan uitgaan dat in Amsterdam van de homoseksuele mannen 20% met het AIDS-virus is besmet en van de heteroseksuelen die geen drugs gebruiken 0,1% (een schatting, want helaas beschikken we niet over goede prevalentiecijfers) en dat de overdrachtskans bij éénmalig passief anaal seksueel contact 1 op de 100 bedraagt. Een man die in de hoofdstad passief anaal seksueel contact heeft met een willekeurige andere man, heeft dan een kans van 2 op de 1.000 om tijdens dit contact met het AIDS-virus te worden besmet. Voor een heteroseksuele vrouw die passief anaal contact heeft met een onbekende heteroseksuele man in Amsterdam is deze kans 1 op de 100.000: tweehonderdmaal zo laag. Voor heteroseksuelen is de werkelijke besmettingskans nog veel lager, aangezien anaal seksueel contact bij heteroseksuelen betrekkelijk zeldzaam is en voorts de besmettingskans bij vaginaal contact waarschijnlijk lager is dan bij anaal contact. Het verlaten van het begrip 'risicogroep' is derhalve een goed voorbeeld van een beleid dat op een ideologie is gebaseerd. Het komt voort uit de angst dat groepen zullen worden gestigmatiseerd. Deze angst is begrijpelijk en invoelbaar, maar stigmatisering kan mijns inziens niet worden voorkomen door feiten te verdoezelen. Een open rationele benadering is het enige alternatief in onze democratische samenleving en het maakt gerichte preventieactiviteiten mogelijk.

Amsterdam, december 1988

Dr. R. A. Coutinho

1. Hoek JAR van den, et. al. HIV-infectie onder druggebruikers in Amsterdam, prevalentie en risicofactoren. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 723-8.



Dagboek van een waarnemer

13: Inbraak

Zondagmiddag, 15.00 uur.

Ik wordt opgeroepen voor een man van 70 jaar, die ziek is en in een soort zelfstandige bejaardenwoning woont. Aangezien ik er vlakbij ben, bel ik niet maar rijd ik er meteen heen. De huismeester doet open. Het is een beverig mannetje dat naar bier ruikt. Maar het is carnavalszondag en ik ben in het zuiden.

'Meneer Veendam doet niet open', fluistert hij. 'Hoe weet u dan dat hij een dokter nodig heeft?' 'Dat heeft hij via het centrale oproepsysteem gedaan.'

We gaan naar boven, eerste etage. Wat een kaal huis. Niks aan de muren, gewoon muren met enkele deuren. Bellen, roepen, bonken op de deur alarmeert diverse omwonenden, maar niet de heer Veendam. We gaan de reservesleutel halen beneden.

'U bent mijn getuige', zegt de huisbewaarder als hij de sleutel in het slot steekt. Mij best. Het helpt echter niet. De sleutel zit kennelijk aan de binnenkant op de deur. Weer bellen, roepen, bonken, weer geen effect.

'We moeten de politie bellen', zegt de huisbewaarder.

'U weet zeker dat hij binnen is?' vraag ik nog. Ja, dat is zeker.

Weer naar het huisje van de huisbewaarder, die belt deftig het alarmnummer en geeft de hoorn aan mij. Ik vraag naar de wachtcommandant, want zaken doen bij de politie moet je doen met de wachtcommandant. Ik leg hem de situatie uit. 'Dan breken wij in via 't kleinste raam', legt hij me uit. Ik vraag of ze dan maar voor me willen komen inbreken. Binnen vijf minuten staan er twee mannen met van die grote BMW-motoren op de stoep. Zij waren toevallig in de buurt toen de oproep doorkwam. Of ze kunnen helpen? Graag dus. Na twee minuten rijdt een wit Golfje voor met nog twee agenten. Zij zijn van de rijkspolitie, opgeroepen door de wachtcom-

mandant. Opnieuw het verhaal. De heren gaan het gebouw inspecteren. Zij kunnen geen raam ontdekken waardoor in te breken valt. Er komen steeds meer buurtbewoners kijken. Nieuwsgierig naar wat er allemaal gaat gebeuren. Opnieuw het ritueel van bellen, bonken, roepen.

'Dat moet eenvoudig zijn', zegt dan een van de agenten. Hij gaat met zijn rug tegen de muur staan en maakt een sprong. Hij trapt het slot open en krakend vliegen de splinters in het rond als de deur open gaat. Zo eenvoudig gaat dat dus. We komen in een verwaarloosde kamer. Het is er vuil en smerig. Asbakken vol peuken. Veel oude kranten en reclameblaadjes, weinig meubilair. We zien meneer Veendam niet, maar die ligt in de slaapkamer ernaast. De huismeester wil meegaan, maar een van de agenten houdt hem tegen.

'We laten de dokter maar even met de patiënt alleen', zegt hij.

Onder een stapel oude dekens en lappen ligt de patiënt. Hij is geheel gekleed, en slaperig.

'De maag moet leeggepompt', zegt hij als ik vraag was er is. 'Ik heb al mijn tabletten ingenomen.' Dan snurkt hij weer, en is slecht wakker. Ik verspil maar geen tijd aan verder onderzoek. De agenten, die bezig zijn met instructie voor het weer dichtmaken van de voordeur, roepen een ambulance voor me op. Voor de buurtbewoners wordt het steeds interessanter als ook de ambulance arriveert. Alleen de brandweer ontbreekt nog op het toneel. Samen met een agent ga ik op zoek naar gegevens en medicijnen, die de man kan hebben ingenomen. Ik vind veel dozen en potjes met Theolair®, Valium® en een lege strip Vibramycin®. De man zou een longcarcinoom hebben, aldus de huismeester.

Als de ambulancemensen boven zijn, geef ik de verpleegkundige alle doosjes en potjes mee. 'Dit zou in de maag kunnen zitten', zeg ik erbij. Ik zal op de praktijk wel naar het ziekenhuis bel-
len. Een ziekenfondskaart hebben we niet kun-

nen vinden. Een agent geeft de portefeuille van meneer Veendam mee. Op de praktijk bel ik het ziekenhuis en vertel de dienstdoende intern assistent dat de heer Veendam eraan komt met de wens de maag leeg te laten pompen. Ik kan nog geen verdere gegevens over de man verstrekken, niet wie zijn huisarts is en of er familie is die op de hoogte moet worden gebracht. Ik beloof dat ik er achteraan zal gaan, te meer daar de collega zegt dat hij na het leegpompen van de maag de man naar huis moet sturen als hij 'verder goed is'. Naar mijn gevoel is dat niet zo handig. Dit is het moment om de huisarts op wie ik – in geval van nood – terug kan vallen in te schakelen; dat doe ik dan ook. Na enig gepieker blijkt dat de man in de praktijk, waar ik ben, staat ingeschreven.

We zoeken zijn kaart erbij. Daar staat op dat de diagnose longcarcinoom wel is overwogen, maar niet bewezen. Dit is het moment om die diagnose maar eens te verifiëren, vinden wij. Aan mij de taak om dat te regelen met de specialisten. Dat lukt prima.

Meneer Veendam is inmiddels gespoeld, en overgedragen aan de longarts. Maandag zal contact worden opgenomen met de huisarts. De patiënt heeft een zus, maar wil niet dat die wordt gewaarschuwd. Mijn werk voor de heer Veendam zit erop. Ik heb medelijden met die man.

Marie-José Molledans

Medische technologie, ethiek en beleid

Op zoek naar een moreel verantwoord besluitvormingsproces op macro-niveau: de beslisboom als hulpmiddel

Medische technologieën c.q. ontwikkelingen vragen in toenemende mate om beoordeling, enerzijds vanwege de soms hoge kosten die aan de toepassing ervan zijn verbonden, anderzijds vanwege het feit dat zij aanleiding geven tot de vraag of hetgeen zij, voornamelijk aan neveneffecten, teweegbrengen wel zo gewenst is. Erfelijkheidsonderzoek en voorlichting, gen-therapie, prenatale diagnostiek, in vitro fertilisatie (IVF) en transplantatie van foetaal weefsel zijn slechts enkele van deze ontwikkelingen. Ontwikkelingen die vragen om een ethische beoordeling, indien mogelijk vóórdat ze in de praktijk worden gebracht of, bij gebrek aan een reële eerdere mogelijkheid, in de diffusiefase. Niet alleen op micro-niveau (binnen de arts-patiëntrelatie¹), maar ook op macro-niveau zal beoordeling moeten plaatsvinden. Steeds vaker blijken medische technologieën bepalend te (kunnen) zijn voor onze waarden en normen en voor ons doen en laten in het dagelijks leven². Toch blijft de vraag naar de wenselijkheid van het toepassen van een nieuwe of reeds bestaande technologie veelal onbeantwoord. De overheid wacht af en hoopt alsnog in te kunnen grijpen als het uit de hand mocht lopen. Zelfregulering wordt ten aanzien van medisch inhoudelijke zaken nog vanzelfsprekend gevonden. De aard van de nieuwe technologische ontwikkelingen maakt echter dat deze visie als achterhaald kan worden beschouwd³. Artsen en onderzoekers vragen dan ook al jarenlang om richtlijnen ten behoeve van onderzoek en behandelwijzen die zich bevinden op de grens van het toelaatbaar geachte.

Ook als beoordeling op macro-niveau om bijvoorbeeld economische redenen wel plaatsvindt, dan nog wordt de vraag naar de intrinsieke wenselijkheid systematisch vermeden. Onder wenselijk wordt hier verstaan datgene wat moreel en maatschappelijk aanvaardbaar tot aanbeve-

Drs. C. J. Broeders

Steeds vaker vragen medische technologieën, met hun veelal ingrijpende betekenis voor de samenleving als geheel, om een ethische beoordeling op macro-niveau. Een rationele besluitvorming op dit niveau zou kunnen worden bereikt door gebruik te maken van de beslisboom. Ter ondersteuning zou een normatieve gezondheidswetenschap kunnen worden ontwikkeld. Ideeën van Corine Broeders, docente bij de studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, waaraan zij zelf in 1986 is afgestudeerd.

lens waardig is. Daarbij dient de kanttekening te worden geplaatst dat de wenselijkheid niet kan worden aangetoond door vast te stellen dat de technologie door bepaalde personen wordt gewenst⁴, noch door vast te stellen dat de toepassing ervan of juist het niet toepassen te rechtvaardigen is in specifieke gevallen. De beslissing patiënten boven een bepaalde leeftijd niet meer voor bepaalde schaarse behandelvormen in aanmerking te laten komen, kan te rechtvaardigen zijn, maar blijft primair niet-wenselijk. De centrale vraag met betrekking tot het begrip wenselijkheid is: is een technologie in menselijk opzicht wenselijk, met andere woorden: bevordert de technologie het mens (kunnen) zijn of worden of draagt zij bij aan het zo goed mogelijk in stand houden van het mens-zijn?

In het navolgende wordt eerst gekeken naar enkele redenen voor het niet beantwoorden van de vraag naar de wenselijkheid. Vervolgens wordt een hulpmiddel in de vorm van een beslisboom aangedra-

gen en worden voorwaarden genoemd om tot een meer rationele besluitvorming te komen. Besloten wordt met een beschouwing over een vorm van wetenschapsbeoefening die mogelijk een bijdrage zou kunnen leveren aan het oplossen van de huidige beleidsproblematiek.

VERMIJDINGSGEDRAG

Waarom worden er geen uitspraken gedaan over de wenselijkheid van medische technologieën?

Complexe vraagstukken leiden vaak tot zogeheten vermijdingsgedrag. Dit gedrag kan zich op individueel niveau manifesteren, maar is ook collectief op macro-niveau herkenbaar. Onderstaand volgen enkele reacties die zich kunnen voordoen als men een oordeel moet geven en een beslissing moet nemen over complexe vraagstukken, vrijwel altijd onder condities van grote onzekerheid:

- Men doet niets, ontkent het probleem of beschouwt het als onoplosbaar.
- Men stelt een beslissing uit op grond van het hebben van onvoldoende informatie en/of overzicht.
- Men gaat om advies vragen, niet alleen om het advies maar tevens (bewust of onbewust) om het nemen van een beslissing te vermijden.
- Men vraagt verschillende personen of instanties om advies, met als gevolg dat tegengestelde meningen worden verkregen, die wederom legitimeren dat men geen beslissing neemt.
- Men reduceert het probleem, laat belangrijke informatie liggen en richt zich op die aspecten welke hanteerbaar, dat wil zeggen ook vaak kwantificeerbaar lijken te zijn.
- Men vervormt het probleem tot een eng geformuleerd economisch of juridisch vraagstuk en maakt het daarmee tot een allocatie- of beheersingsvraagstuk,

waarmee inhoudelijke uitspraken worden vermeden⁵.

– Men zoekt naar of ontwikkelt ‘harde criteria’, die een houvast lijken te bieden bij de advisering of de besluitvorming. Op emoties of geloofsovertuiging gebaseerde argumenten worden terzijde geschoven.

– Men valt terug op redeneringen die zijn gebaseerd op (eigen) belangen⁶, en weet daarvoor achteraf een acceptabele morele verantwoording te vinden. De risico’s op negatieve neveneffecten schat men bovendien lager in⁷.

– Men richt zich met name op de kortetermijngevolgen. De gevolgen op lange termijn worden als ‘niet te overzien’ beschouwd, ondanks het feit dat de gevolgen vaak zeer goed te benoemen zijn, maar slecht of geheel niet kunnen worden gekwantificeerd⁸⁻¹⁰.

– Men kent meer gewicht toe aan tamelijk zeker geachte uitkomsten en schat de kans op negatieve neveneffecten lager in¹¹. Dit kan worden versterkt door het feit dat persoonlijke kansschattingen vaak een functie zijn van de cognitieve beschikbaarheid c.q. de voorstelbaarheid van de gebeurtenis¹²⁻¹³.

Dat dergelijke reacties in versterkte mate optreden als het gaat om ethische vraagstukken, is niet verwonderlijk. Vragen rond leven en dood en alles wat met het mens-zijn samenhangt, confronteren mensen met de verantwoordelijkheid die zij dragen niet alleen als mens maar vooral als beslissers, ook over anderen. Beslissingen moeten worden genomen, beslissingen die inhouden dat cruciale waardeoordelen moeten worden geveld¹⁴, waaraan vaak verstrekkende gevolgen zijn of moeten worden verbonden.

Op micro-niveau kan in veel situaties een beslissing niet worden vermeden. Een patiënt of cliënt moet worden behandeld of juist niet. Afwachten of uitstelgedrag vormen vaak al een onderdeel van de beslissing niet in te grijpen, hoewel hier het willen verkrijgen van meer informatie om kansen en risico’s beter in te schatten vaak een grote rol speelt: daar is tenslotte tijd voor nodig. Als voorbeeld kan worden gedacht aan beslissingen die moeten worden genomen in de zorgverlening aan pasgeborenen met ernstige aangeboren afwijkingen¹⁵. Op macro-niveau, waar beslissingen een nog grotere complexiteit en impact hebben en waar men zich bovendien kan verschuilen achter het hebben van een collectieve verantwoordelijkheid, zijn bovengenoemde reacties nog beter herkenbaar en verklaarbaar. Bovendien speelt hier niet alleen de com-

plexiteit en de beladenheid van de problematiek een rol, maar ook het feit dat bewindslieden en politici over het algemeen in politiek opzicht geen belang hebben bij het doen van expliciete normatieve uitspraken.

Dit neemt echter niet weg dat aan een beleid dat zich richt op ontwikkelingen in de gezondheidszorg, die van invloed zijn op de leefwereld van iedereen, hoge eisen mogen worden gesteld. Beleid is, evenals een medisch-technologische ontwikkeling, de resultante van een besluitvormingsproces. Van dit besluitvormingsproces mag dan ook worden verwacht dat het zich op een verantwoorde wijze voltrekt. Dat wil zeggen dat tenminste naar een zekere mate van *rationaliteit* moet worden gestreefd, met name daar waar het gaat om de ethische beoordeling en het inschatten van de maatschappelijke gevolgen. Het begrip ‘rationaliteit’ heeft hier zowel betrekking op het proces van besluitvorming als op de uiteindelijke ethische beoordeling van de inhoudelijke aspecten c.q. het resultaat, dat eventueel wordt omgezet in een beleidsoptie. Wat rationeel is, is sterk afhankelijk van het gestelde doel. Rationaliteit in het kader van bijvoorbeeld economisch handelen zal een andere invulling krijgen dan rationaliteit in het kader van primair moreel verantwoord handelen. In dit artikel gaat het om de laatst genoemde vorm van rationaliteit. Hiermee wordt bovendien de opvatting onderschreven dat rationaliteit betrekking heeft op de keuze van de efficiënte middelen om een gewenst doel te bereiken¹⁶. Dit sluit het toekennen van waarde aan emotionele beweegredenen niet bij voorbaat uit. Andere opvattingen over het begrip ‘rationaliteit’ worden hier buiten beschouwing gelaten.

Het begrip ‘rationaliteit’ en politiek lijken elkaar slecht te verdragen. Volgens sommigen is politiek per definitie irrationeel. Men kan ook zeggen: politiek kent haar eigen rationaliteit, oftewel: politici streven eigen doelen na met de middelen die zij ter beschikking hebben. Verenigd in het parlement hebben zij echter ook de taak het gevoerde of nagelaten beleid van een verantwoordelijke minister te toetsen en zelfstandig vraagstukken die de aandacht behoeven aan de orde te stellen. In Nederland zijn bepaalde (ethische) vraagstukken, met name de vraagstukken van abortus provocatus en euthanasie, uitgebreid in het parlement besproken. In veel andere opzichten is men echter nog niet veel verder gekomen dan het stellen van ‘losse’ Kamervragen over bijvoor-

beeld prenatale diagnostiek, het kweken van embryo’s ten behoeve van onderzoekdoeleinden en genetische manipulatie, vragen die ook met een ‘los’ antwoord zijn afgedaan. Het regeringsstandpunt van september 1988 met betrekking tot de problematiek van de kunstmatige voortplanting vormt weliswaar een uitzondering, maar komt wel tien jaar nadat de IVF-techniek voor het eerst met succes in Engeland werd toegepast. Over het algemeen kan worden gesteld, dat het lijkt dat men collectief vermijdt dieper op bepaalde problematiek in te gaan. De angst opnieuw in bijvoorbeeld het abortusdebat te belanden en daarmee ook de moeizaam bereikte wetgeving alsnog te ondergraven, zal hierbij zeker ook een rol spelen.

IVF ALS VOORBEELD

Dat het eerder genoemde vermijdingsgedrag inderdaad optreedt, blijkt bij een nadere beschouwing van de discussie en de besluitvorming rond de in vitro fertilisatie¹⁷. Zowel aan de hand van de rapporten van de adviesorganen (met name het Interimadvies inzake IVF van 10 oktober 1984 en het Advies inzake Kunstmatige Voortplanting van 16 oktober 1986 van de Gezondheidsraad) als aan de hand van de genomen overheidsbesluiten kan dit worden aangetoond.

Uit het feit dat in het eerstgenoemde rapport wordt aangegeven dat er sprake is van ‘thans nog niet volledig overzienbare problemen’ – men doelt hier op de maatschappelijke gevolgen en de ethische problematiek – terwijl op basis van medische gronden niet afwijzend wordt geadviseerd, blijkt dit al. Een tussentijds advies wordt ‘slechts’ uitgebracht om wildgroei te voorkomen. Vervolgens pleit men voor een gecoördineerde, evenwichtige ontwikkeling van IVF-centra, zodanig dat de verkregen resultaten controleerbaar zijn en eventuele ontsporingen tijdig kunnen worden geblokkeerd.

Het antwoord van de verantwoordelijke staatssecretaris komt daarop in juli 1985 in de vorm van het zogenoemde ‘Besluit tijdelijke regeling IVF’. Het besluit beoogt meer dan alleen wildgroei te voorkomen. Door gebruik te maken van het vergunningstelsel kan de staatssecretaris ook criteria stellen ter bewaking van de kwaliteit. Hierdoor wordt de indruk gewekt dat zeer zorgvuldig met de problematiek wordt omgegaan. Op de meest fundamentele vraag, namelijk of IVF wenselijk en toelaatbaar is op morele gronden, wordt geen expliciet antwoord

gegeven. Geaccepteerd wordt dat 'het' er is en dat 'het' zal voortgaan.

Met het besluit werd de IVF-behandeling definitief gelegitimeerd. Wat rest, zijn 'slechts' beheersings-, selectie- en allocatievraagstukken en enkele specifiek ethische en juridische problemen. 'Technology assessment' wordt het heilige middel om te zijner tijd het antwoord te geven op wat aan vragen overblijft. Inmiddels is de technologie wijd verspreid en hebben belangengroepen zich dusdanig sterk kunnen maken dat ook de door de regering ingenomen standpunten deels al ontkracht zijn.

KENMERKEN BESLISSINGEN

Beslissingen op macro-niveau zijn in tegenstelling tot beslissingen op micro-niveau overwegend uniek van aard, multi-attributief, zeer complex en brengen voornamelijk lange-termijneffecten te weeg. Beslissingen moeten worden genomen bij een grote mate van onzekerheid in een zich snel veranderende omgeving. Inhoudelijke kennis ontbreekt veelal bij de 'beslissers'; hij of zij moet afgaan op wat deskundigen adviseren.

Met betrekking tot bepaalde medische technologieën geldt bovendien dat deze zich zeer snel ontwikkelen en verspreiden en zich niet laten tegenhouden door landsgrenzen. Over het algemeen worden ze altijd gewenst door bepaalde groepen patiënten, hulpverleners en/of onderzoekers, die tevens pressie uitoefenen op diegenen die de beslissing moeten nemen. Hierbij wordt dan een beroep gedaan op het recht op gezondheidszorg. Daarnaast geldt dat medische technologieën een steeds grotere impact hebben, ook op primair niet medische aspecten van de samenleving, denk aan de AIDS-test en de toekomstige mogelijkheden van genetisch onderzoek in relatie met keuringen ten behoeve van aanstellingen en verzekeringen.

Veel van de bovengenoemde kenmerken zijn echter niet uniek voor beslissingen ten aanzien van medische technologieën. Bij economische vraagstukken is het bijvoorbeeld ook moeilijk om lange-termijneffecten te voorzien. Voorspellingen op dit gebied, gedaan met de meest geavanceerde technieken, blijken bovendien niet betrouwbaarder te zijn dan die gedaan door de gemiddelde leek¹⁸. Desalniettemin bestaan er ten aanzien van economische problemen wel duidelijke ideeën over wat wenselijk is en hoe bepaalde vraagstukken zouden kunnen worden aangepakt. Daarbij wordt ge-

bruik gemaakt van economische theorieën, modellen en analysemethoden die binnen de wetenschap zijn ontwikkeld, ook al verschilt men van mening over uitgangspunten of over de waarde van een theorie.

Indien er medische technologieën ter sprake komen, staat men echter met relatief lege handen als het erom gaat de wenselijkheid daarvan op macro-niveau te beoordelen. Veel verder dan de vluchtweg van de kosten-effectiviteitsanalyses, momenteel verpakt onder de noemer van 'technology assessment', komt men niet. Ook het terugvallen op beginselen van rechtvaardigheid en de daarvan afgeleide, op de Grondwet gebaseerde rechten als financiële toegankelijkheid, geografische bereikbaarheid, functionele beschikbaarheid en kwaliteit, omzeilt de vraag naar de wenselijkheid. Zoals frequent beschreven levert het vraagstuk van 'de grenzen van de zorg', waarbij het stellen van prioriteiten en de selectieproblematiek^{19 20} aan de orde komen, al enorme problemen op. De vraag naar prioriteiten is echter slechts een afgeleide van de vraag naar de wenselijkheid. Door de vraag naar prioriteiten te stellen, wordt per definitie datgene geaccepteerd wat de medische wetenschap ons biedt of kan gaan bieden. Schijnbaar bestaat hier, in tegenstelling tot waar het economische vraagstukken betreft, weinig oog voor of geloof in de mogelijkheid om ontwikkelingen te steunen of zelfs te blokkeren. De vraag is echter of het niet mogelijk is ook op het gebied van de beoordeling van medische technologieën modellen te ontwikkelen die enerzijds het probleem duidelijk structureren en anderzijds het toch mogelijk maken een beslissing te nemen in een situatie van onzekerheid en een verdeeldheid van meningen.

KAN HET ANDERS?

In het navolgende wordt een hulpmiddel aangegeven dat mogelijk de rationaliteit, in ethisch opzicht, van de besluitvorming te goede zou kunnen komen. Vervolgens worden voorwaarden genoemd waaraan het besluitvormingsproces zou moeten voldoen om moreel verantwoord te kunnen worden genoemd.

a. De beslisboom als hulpmiddel om de rationaliteit van met name de inhoudelijke beoordeling te waarborgen

Binnen de besliskunde wordt al gedurende lange tijd gewerkt met hulpmiddelen om problemen te structureren²¹. Binnen

steeds meer wetenschappen en disciplines wordt met name het hulpmiddel van de beslisboom gebruikt^{22 23}. Het gebruik van een voor het doel aangepaste beslisboom kan mogelijk een middel vormen om tot een meer rationele beoordeling en besluitvorming te komen op macro-niveau met betrekking tot medische technologieën.

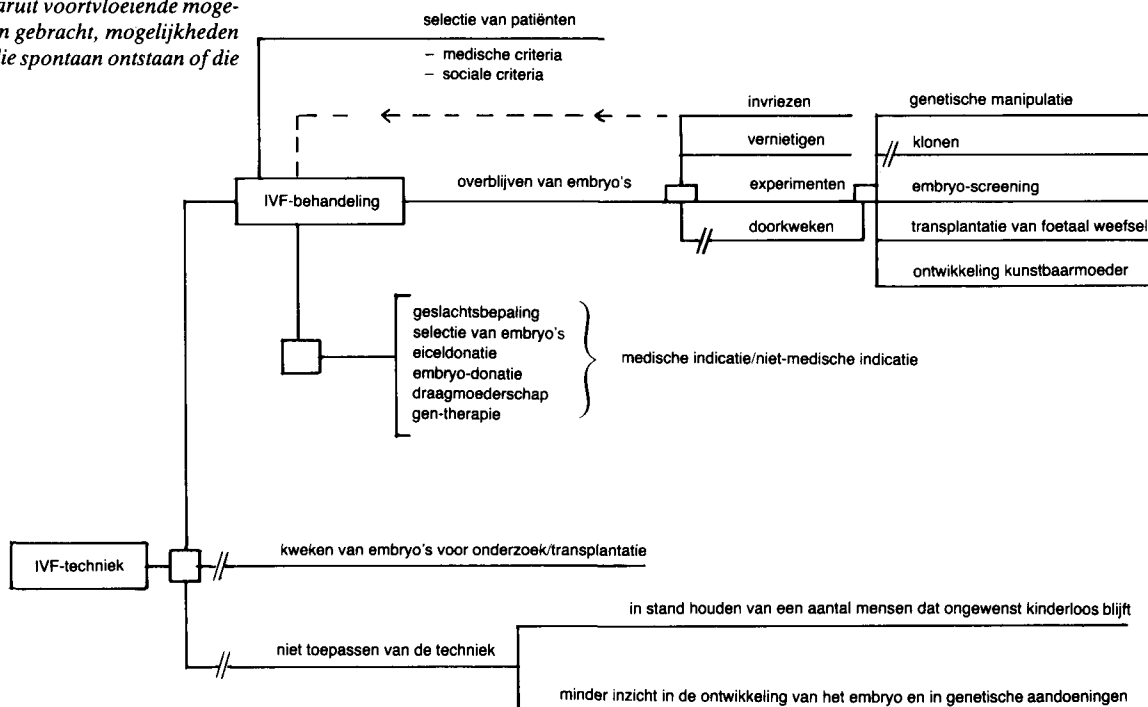
Binnen de besliskunde wordt een onderscheid gemaakt tussen de kwantitatieve en de kwalitatieve benadering²⁴. In het navolgende wordt de kwalitatieve invalshoek gehanteerd; de reden daarvoor zal verderop kort worden toegelicht.

Het *schema* geeft een beslisboom weer waarin de in vitro fertilisatie-techniek en de daaruit voortvloeiende mogelijkheden in kaart zijn gebracht, mogelijkheden en/of neveneffecten die spontaan ontstaan of die worden gecreëerd. Elke nieuwe mogelijkheid brengt specifieke ethische problemen met zich mee, maar ook nieuwe keuzemogelijkheden. In de vorm van een beslisboom worden deze keuzemogelijkheden vermoedelijk eerder duidelijk, evenals de gevolgen, in medisch-technisch opzicht, van het maken van een bepaalde keuze. De vooronderstelling hierbij is, dat kennis van de medische technologie evenals kennis van de ethiek een essentiële voorwaarde is om tot een ethische beoordeling te komen. De ethische beoordeling kan plaatsvinden door per keuzemogelijkheid de daarbij behorende ethische vraagstelling te formuleren, evenals de vraag naar de maatschappelijke gevolgen, die meestal nauw verweven is met de ethische vraagstelling. Een panel van deskundigen zowel op medisch als op ethisch gebied kan in principe in zeer korte tijd komen deze beslisboom opstellen en een inventarisatie maken van de belangrijkste ethische problemen.

De *voordelen* van een dergelijke beslisboom zijn:

- Het probleem wordt gestructureerd. In de discussie kunnen afgebakende onderdelen worden besproken, waardoor de vaak babylonische spraakverwarring kan worden gereduceerd.
- Er ontstaat overzicht met betrekking tot wat medisch-technisch mogelijk is en waar toepassing van de ene techniek leidt tot het ontstaan en de toepassing van andere technieken of waar interactie kan optreden. Mogelijkerwijs biedt dit ook houvast om tot een inschatting te komen hoe waarden en normen zouden kunnen gaan verschuiven onder invloed van toepassing van de technologie.

Schema: beslisboom waarin de in vitro fertilisatie-techniek en de daaruit voortvloeiende mogelijkheden in kaart zijn gebracht, mogelijkheden en/of neveneffecten die spontaan ontstaan of die worden gecreëerd.



// = afkappunten

– Keuzemomenten worden expliciet. Daardoor wordt bovendien de vraag opgeroepen wie verantwoordelijk moet worden gesteld voor de te maken keuze (de patiënt, de arts, medisch-ethische commissies, het bestuur van een organisatie of de overheid?).

– De vraag naar alternatieve mogelijkheden zal eerder worden opgeroepen²⁵, waardoor consensus meer binnen het bereik kan komen te liggen. Vragen die bijvoorbeeld zouden kunnen worden gesteld, zijn: is het niet mogelijk meer te weten te komen over de ontwikkeling van het embryo op een andere wijze dan door experimenten met embryo's, of kan door stimulering van het onderzoek naar verbetering van de techniek van het invriezen van eicellen het probleem van het overblijven van embryo's in de toekomst worden vermeden en zouden we dit niet moeten nastreven?

– Onzekerheden worden bijna noodgedwongen gedefinieerd. Persoonlijke risico-inschatting en de vaak impliciete beslissingsregels die worden gehanteerd kunnen hierdoor tevens duidelijker worden. Daarnaast kan worden vastgesteld welke aanvullende informatie nog nodig is, waarbij alleen die informatie van belang is die de besluitvorming nog kan beïnvloeden. Op deze wijze kan tevens worden voorkomen dat diegenen die beslissingen moeten nemen worden over-

stelt door informatie die het nemen van een beslissing eerder bemoeilijkt dan vereenvoudigt. Idealiter worden onzekerheden in de vorm van waarschijnlijkheden/kansen uitgedrukt. Voor unieke problemen geldt echter dat waarschijnlijkheden slechts vertalingen zijn van subjectieve meningen, uitgedrukt in een kwantiteit. Deshalve wordt niet meer vastgesteld dan de 'mate van geloof'²⁶. Een dergelijke kwantificering verhoogt vermoedelijk niet de rationaliteit, maar leidt slechts af van de inhoudelijke argumenten die mogelijk de kansschatting ondersteunen.

– Consensus met betrekking tot de 'afkappunten' (de 'tak' c.q. de ontwikkeling die niet wenselijk wordt gevonden, wordt afgesneden) komt binnen het bereik te liggen, ook bij een verschil in normatieve uitgangspunten en stellingneming.

Met de beslisboom is men er duidelijk nog niet. Het is niet meer dan een boom waarvan de problemen op een overzichtelijke wijze kunnen worden opgehangen. De ethische discussie gaat men er niet mee uit de weg. In tegendeel, zij confronteert nog meer, hetgeen niet altijd gemakkelijk wordt gevonden. Toch kan deze boom naar verwachting een belangrijke functie hebben: in het begin van de discussie om het probleem te structureren, tijdens die discussie om de discussie te stroomlijnen, en na de discussie om tot consensus te komen.

Bovengenoemde beslisboom garandeert echter niet dat het besluitvormingsproces en de daarbij behorende discussie ook moreel verantwoord verlopen. Degenen die de discussie voeren op macro-niveau zijn veelal vertegenwoordigd in de adviesorganen van de overheid. De wijze waarop dergelijke commissies tot stand komen vormt een aandachtspunt op zich. Over het algemeen kan worden vastgesteld dat direct belanghebbenden, die logischerwijze ook de meeste kennis bezitten, zijn oververtegenwoordigd in adviescommissies, met name als het gaat om commissies die ten behoeve van een specifiek probleem in het leven zijn geroepen. Het hebben van persoonlijke of groepsgebonden belangen kan een complicerende factor zijn in de discussie.

Aan een besluitvormingsproces, zowel in de fase van advisering als in de fase waarin uiteindelijk een besluit moet worden genomen dat moreel verantwoord kan worden genoemd, kan een aantal eisen worden gesteld. Misschien is het goed op deze plaats nog eens op te merken, dat wat moreel verantwoord is lang niet altijd overeenkomt met wat politiek wenselijk is. Belangen van partijen of van andere groeperingen zouden bij voorkeur ondergeschikt moeten worden gesteld aan het algemeen belang. Dit vraagt om een (politieke) discussie die boven de partijpoli-

tiek uitgaat. De vraag wordt dan, wat wenselijk is om na te streven, opdat kan worden bereikt dat mensen kunnen leven in een relatief veilige en menswaardige samenleving.

b. Rationaliteit ten aanzien van een moreel verantwoord proces van besluitvorming

De hierna te noemen voorwaarden voor een moreel verantwoord proces van besluitvorming zijn sterk normatief van karakter; zij zijn tevens niet meer dan het logische gevolg van wat rationeel mag heten in relatie met moreel verantwoord handelen. Die voorwaarden houden het volgende in:

- de bereidheid om de vraag naar de wenselijkheid te stellen;
- het kunnen identificeren van ethische vraagstukken en deze kunnen herleiden tot een probleemdefinitie;
- de bereidheid om van gedachten te wisselen op basis van voldoende en waar mogelijk objectieve informatie en met respect voor andere meningen;
- de bereidheid om tot consensus te komen over wat wenselijk of niet wenselijk c.q. onaanvaardbaar wordt geacht;
- de bereidheid om tot consensus te komen over een beslissingsregel indien in eerste instantie op normatieve, niet utilitaire gronden geen consensus kan worden bereikt. De stellingneming kan dan bijvoorbeeld zijn gebaseerd op of het maximale nut, of het minste risico, of de gunstigste balans tussen nut en risico, of de minimum-spijt beslissingsregel;
- de bereidheid om in geval dat consensus op rationele wijze niet bereikbaar is schijnbare consensus geen consensus te noemen;
- de bereidheid om beslissingen te nemen en zich hiervoor verantwoordelijk te stellen;
- de bereidheid om zich ook verantwoordelijk te stellen voor de te voorziene gevolgen en maatregelen te nemen om waar mogelijk nadelige effecten te reduceren;
- de bereidheid om de genomen beslissing om te zetten in een effectieve beleidsmaatregel of mee te nemen in verdere besluitvorming.

Indien aan bovengenoemde voorwaarden niet wordt voldaan, dan betekent dat niet per definitie dat er sprake is van immorele besluitvorming, maar wel dat er sprake is van een minder rationeel proces, hetgeen zou kunnen leiden tot een moreel onverantwoord resultaat.

NABESCHOUWING

Gezien het voorgaande zal het duidelijk zijn, dat rationele besluitvorming met betrekking tot de wenselijkheid van medische technologieën niet eenvoudig is. Bovendien is geheel niet ingegaan op de problemen die te noemen zijn bij de afzonderlijk te nemen stappen. Volgens velen zal (politieke) besluitvorming nooit rationeel worden. Dit neemt echter niet weg dat men ernaar kan streven of zelfs naar behoort te streven. Afstemming van de wijze waarop relevante informatie wordt verzameld, waarop wordt gediscussieerd en geadviseerd en waarop de besluitvorming tot stand komt, bijvoorbeeld met behulp van de beslisboom, maakt het misschien mogelijk een stap te doen in de richting van een meer rationele besluitvorming.

Wetenschappelijk onderzoek naar de wijze waarop medische technologieën worden beoordeeld, beslissingen worden genomen en beleidsopties worden geformuleerd, in relatie met moreel verantwoord handelen, zou mogelijk een bijdrage kunnen leveren aan de oplossing van de beschreven problematiek. Dit vraagt echter om ontwikkeling van beleidstheorieën en om een normatieve wetenschapsbeoefening²⁷. Meer inzicht kan systematisch worden verkregen via descriptie en analyse van complexe besluitvormingsprocessen en het effect ervan op de ontwikkeling en de diffusie van medische technologieën. De in het voorafgaande beschreven beslisboom kan ook in dit kader een adequaat hulpmiddel zijn. Meer inzicht kan een aanzet vormen voor de ontwikkeling van een *normatieve gezondheidswetenschap* waarin de ethische reflectie is geïntegreerd in zowel fundamenteel als toegepast wetenschappelijk onderzoek. Naar analogie van een beschrijving van Van den Daele en Cramer met betrekking tot ecologie als *normatieve wetenschap*²⁸, kan de volgende definitie van een normatieve gezondheidswetenschap worden gegeven: 'een wetenschap die niet alleen de middelen, maar ook de doelen van de beheersing van de gezondheid in haar beschouwing betreft, die niet alleen een besef van verantwoordelijkheid ontwikkelt voor waarheid en kennis, maar ook voor de gevolgen van het gebruik van deze kennis'.

Met hartelijke dank voor de waardevolle opmerkingen bij een eerdere versie aan Prof. Dr. A. F. Casparie, Prof. Mr. W. B. van der Mijn, Mr. Dr. H. E. G. M. Hermans en J. W. W. Coebergh, arts.

Literatuur

1. Wulff HR. Rational Diagnosis and Treatment. The Journal of Medicine and Philosophy 1986; 11: 185-205.
2. Boone CK. Bad Axioms in Genetic Engineering. Hastings Center Report Aug/Sept 1988, 9-13.
3. Waarden BF van. Vervlechting van staat en belangengroepen (II). Wetgeving en zelfregulering. Beleid en Maatschappij 1988; 2, 115-26.
4. Frankena WK. Ethics. Foundation of Philosophy Series. 2nd ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1973, 72.
5. Broeders CJ. Medische ontwikkeling en ethiek. De in vitro fertilisatie-behandeling nader beschouwd. Afstudeerscriptie Beleid en Management Gezondheidszorg, Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, aug 1986.
6. Vlek Ch. Psychologische besiskunde. Tussen wetenschapswetenschap en professionele beslissingsondersteuning. De Psycholoog 1987; XII: 73-86.
7. Billen A. Risicoperceptie en erfelijkheidsraadpleging. Een literatuurstudie. Verhandeling aangeboden tot het verkrijgen van de graad van Licentiaat in de Psychologie. Leuven: KU Leuven, sept 1985.
8. Vlek Ch. 1987.
9. Hoppe R. Voor moed, beleid en . . . betrouwbare beleids-theorie? Een tussentijdse bezinning. Beleid en Maatschappij 1988; 1, 55-65.
10. Torgerson D. Between knowledge and politics: Three faces of policy analysis. Policy Sciences 1986; 19, 33-59.
11. Vlek Ch. 1987.
12. Vlek Ch. 1987.
13. McKean K. Decisions, decisions. Two eminent psychologists disclose the mental pitfalls in which rational people find themselves when they try to arrive at logical conclusions. Discover 1985; 6, 22-31.
14. Frankena WK. 1973.
15. Rhoden NK. Treating Baby Doe: The Ethics of Uncertainty. Hastings Center Report Aug 1986, 34-42.
16. Gert B, Clouser KD. Rationality in Medicine: an explication. Journal of Medicine and Philosophy 1986; 11, 185-205.
17. Broeders CJ. 1986.
18. Vught FA. De beleidsrelevantie van het moderne toekomstonderzoek: debacle of doorbraak? Beleid en Maatschappij 1985; 1, 22-30.
19. Leenen HJJ. Selectie van patiënten; een onoplosbaar dilemma. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht mei/juni 1987, 179-191.
20. Achterhuis H. Het rijk van de schaarste. Hoofdstuk 4: Selectie. Baarn: Ambo, 1988.
21. Vlek Ch. 1987.
22. Zarin DA, Pauker SG. Decision analysis as a basis for medical decision making: the tree of Hippocrates. Journal of Medicine and Philosophy 1984; 9, 181-213.
23. Pauker SG, Kassirer JP. Decision analysis. New England Journal of Medicine 1987; 29, 250-8.
24. Knottnerus J. Bouwstenen voor rationele medische besluitvorming. Medisch Contact 1987; 42: 501-4.
25. Editorial. Decision Analysis: 'What's the Prognosis?'. Annals of Internal Medicine 1987; 106, nr 2.
26. Williams S. The limit of quantitative ethics. Medical Decision Making 1987; 7: 121-3.
27. Keeney RL. Ethics, Decision Analysis, and Public Risk Analysis 1984; 4: 117-29.
28. Daele W van den, Cramer J. Ecologie: een 'alternatieve' natuurwetenschap? Kennis van Methode 1983; 7: 121-37.

Mag alles wat kan?

Een kind à tout prix

1. INLEIDING

Nu – najaar 1988 – de geruchten rondgongzen dat mevrouw Cotton uit Engeland, zelf enkele jaren geleden als draagmoeder functionerend, het plan zou hebben opgevat een bemiddelingsbureau te openen in Amsterdam, waar mensen die een kind wensen in contact zouden kunnen komen met potentiële draagmoeders, dit alles onder begeleiding van een psycholoog en een advocaat, is de vraag: 'Mag alles wat kan?' weer hoogst actueel geworden, al is het tegelijk een wat relativerende gedachte, te weten dat in Parijs vanaf 1987 een dergelijk bureau opereert, 'Euromater' geheten. Dit in navolging van de Amerikaan Noel Keane, die niet alleen een bloeiende bemiddelingspraktijk heeft weten op te bouwen in de VS, maar ook regelmatig in televisieprogramma's verschijnt. Hij heeft een boek geschreven 'The surrogate mother' (1981 en 1983; inmiddels uitverkocht) en hij is ogenschijnlijk zeer openhartig over de door hem afgesloten contracten en de daarmee gemoeide bedragen. Toch lijkt hier een maatschappelijke praktijk van 'babymakelaardij' te ontstaan, die voor Europese begrippen op dit moment niet of nauwelijks aanvaardbaar is, terwijl anderzijds de 'behoefte aan kinderen' niet kan worden ontkend.

2. BEGRIPPENPAREN

Bij het aan de orde stellen van medisch-ethische problemen zonder tot een moralistisch oordeel te komen, zouden eigenlijk behalve artsen en ethici ook juristen moeten worden betrokken. Voor een dergelijke probleemstelling is het wellicht verhelderend het functioneren van de verschillende wetenschappelijke disciplines wat gestileerd van elkaar te onderscheiden aan de hand van diverse begrippenparen.

Artsen zullen hun handelen laten bepalen door het begrippenpaar: 'gezond' of 'ongezond'. Ethici werken met: 'goed' of 'kwaad'. En voor juristen geldt: 'recht' of 'onrecht'.

Als personen vanuit deze drie verschillende uitgangsstellingen elkaar ontmoeten, zal waarschijnlijk blijken dat de arts en de ethicus al in een aantal opzichten samen-

M. Rood-de Boer

Wil men medisch-ethische problemen aan de orde stellen zonder met een moralistisch oordeel te komen, dan zou men daar in de huidige, zeer gecompliceerde discussie, behalve artsen en ethici ook juristen bij moeten betrekken. Waar het gaat over het vruchtbaarheidsbevorderend handelen, een vorm van handelen waar wensouders, hulpverleners en overheid allen totaal verschillende belangen bij hebben, zou het recht kunnen waken over het belang van het kind. Dit is het inzicht van Prof. Mr. M. Rood-de Boer, hoogleraar in het jeugdrecht, de jeugdbescherming en het jeugdbeleid aan de Rijksuniversiteit Utrecht.

werken en aan elkaar 'gewend' zijn, bijvoorbeeld in de medisch-ethische commissies in ziekenhuizen of in commissies van de Gezondheidsraad. Het erbij betrekken van een jurist valt de meeste artsen echter nog steeds moeilijk. Dat betekent niet dat juristen nooit door medici worden geraadpleegd, maar dan betreft het meestal het zich achteraf laten adviseren omtrent een aansprakelijkheidsclaim die al is ingediend, of een tuchtzaak die al aanhangig is gemaakt. Zelden wordt de jurist – van tevoren – betrokken bij het opstellen van een bepaald beleid. Jammer, want in de huidige, zeer gecompliceerde discussie kunnen het recht en de jurist wel degelijk een bijdrage leveren.

3. VAN GUNST NAAR RECHT

In de geïndustrialiseerde westerse wereld kunnen bepaalde verschijnselen worden waargenomen, zoals:

- een groeiende neiging tot individualisering; en
- het feit dat problemen meer dan ooit tevoren worden gejuridiseerd.

ad a. In een zich steeds meer individualiserende maatschappij hebben mensen in toenemende mate de neiging de vervul-

ling van hun eigen wensen na te streven. Daarbij letten ze niet of nauwelijks op de bijvoorbeeld hoog oplopende kosten. Evenmin wil men (te) veel rekening houden met de eventuele wensen van anderen. Men wenst de eigen hond, de eigen auto, het eigen huis . . .¹.

ad b. De vervulling van verlangens wordt in deze tijden niet meer beschouwd als een zaak die zou kunnen worden verworven door gunstbetoon. Nee, men heeft recht op dat wat men zich wenst. De slogan luidt: 'Geen gunst, maar recht'. Het is mogelijk dat dit juridiseringsdenken mede is beïnvloed door de naoorlogse internationale verklaringen met betrekking tot mensenrechten².

ad a en b. De individuele wensen en het juridiseringsproces betreffen niet alleen materiële zaken. Ook immateriële aangelegenheden, zoals kwesties van leven en dood, van zelfbeschikking en ontplooiingskansen, worden hierin meegezogen³. In deze manier van denken komt als eerste juridische vraag die aan de orde wordt gesteld, deze: bestaat er een recht op ouderschap?, of iets anders formuleerd: kan men spreken van ouderschap als mensenrecht? Het antwoord is ontkennend. Noch aan de nationale Grondwet noch aan internationale verklaringen met betrekking tot mensenrechten kan de burger het recht op moederschap of vaderschap ontlelen. Heeft men eenmaal een gezin gesticht, dan kan men een beroep doen op de bescherming van het 'family life' (art. 8 EVRM). Maar *niemand kan in rechte biologisch ouderschap afdwingen*.

Na deze meer algemeen beschouwende opmerkingen zullen we drie groepen van personen of instanties behandelen die te maken hebben met de vruchtbaarheidsbevorderende methoden die de rode draad vormen in dit opstel; het zal kort geformuleerd gaan om: de personen die een grote kinderwens koesteren; de hulpverleners, artsen en andere instanties; de overheid. Ten aanzien van elke groep zullen we rechtsvragen formuleren en – voor zover mogelijk – beantwoorden.

4. KINDERWENS

Ten overvloede zij hier eerst vermeld dat mensen die ongewenst kinderloos zijn,

zich zouden kunnen melden als aspirant-pleegouders bij één van de pleeggezinnen-centrales of een andere bemiddelende instantie. Zij zullen bemerken dat het beschikbaar aantal 'plaatsbare' pleegkinderen gering is en dat de selectiecriteria die ten aanzien van toekomstige pleegouders worden gehanteerd streng zijn. Wanneer deze personen eigenlijk een *adoptie* zouden wensen, zullen zij bemerken dat het aanbod van potentiële adoptiekinderen nog geringer is dan het aantal beschikbare pleegkinderen.

Ook de buitenlandse pleegkinderen, meestal uit derdewereldlanden, bieden weinig soelaas, omdat zowel het land van herkomst als ons eigen land een fijnmazig netwerk van beperkende regelgeving heeft ontwikkeld waardoor het haast een 'wonder' is geworden als men een buitenlands pleegkind in het gezin kan opnemen en vervolgens kan adopteren. Kort samengevat: de weg via pleegouderschap naar adoptie kent een *praktisch* probleem: 'Waar haal ik het kind vandaan?' en het *juridisch* probleem dat wordt gevormd door de vele voorwaarden waaraan men moet voldoen alvorens het einddoel: een kind in huis, kan worden bereikt.

De personen met een kindwens zullen pas het pleegouderschap gaan nastreven en eventueel een adoptie, als zij zich eerst tot hun huisarts en waarschijnlijk vervolgens tot een specialist hebben gewend om te weten te komen of er medisch-technische mogelijkheden bestaan om (tenslotte) aan hun wens te voldoen. Voor we de juridische aspecten benadrukken van dit laatstgenoemde streven, moet eerst nog weer eens worden gesteld dat deze periode voor de betrokkenen pijnlijk kan zijn en veel van hun geduld kan vergen. De kosten zijn hoog en resultaten worden niet altijd geboekt; men hoort vele malen een slagingspercentage noemen van slechts 10% à 15%⁴. De vruchtbaarheidsbevorderende medische behandelingen moeten niet worden onderschat wat de psychologische zwaarte ervan betreft en evenmin worden overschat voor wat betreft de kans van slagen.

Maar laten we eens kijken naar de eventuele juridische implicaties van 'het krijgen van een kind met behulp van de dokter', of zoals de Fransen het elegant uitdrukken 'une procréation assistée (in de Engelstalige literatuur bekend als 'assisted procreation')'.

Tot kort geleden was de wetgever niet bijzonder geïnteresseerd in de manieren waarop ouderschap ontstond, of het nu ging om een alleenstaande vrouw of om

twee personen, gehuwd of ongehuwd. Voor het recht was niet belangrijk op welke wijze een zwangerschap tot stand kwam, belangrijk waren (en zijn) alleen de rechtsgevolgen van ouderschap vanaf het moment van de geboorte van het kind. Het zou mogelijk zijn dat deze neutrale en afstandelijke houding van de wetgever in de toekomst zal veranderen. Op dit moment gelden echter nog de bepalingen van het ouderwetse en inderdaad verouderde afstammingsrecht⁵. Het model is in beginsel simpel:

– De moeder van een kind is de vrouw die het kind baart. Moederschap is een *rechtsfeit*; het kan niet worden weerlegd en evenmin worden ontkend.

– De vader van een kind is de man die op het moment van de geboorte of de verwekking getrouwd is met de moeder. Of:

– De vader van een kind is de ongehuwde man die het kind van een ongehuwde vrouw als het zijne erkent. Vaderschap is een *rechtsvermoeden*. Sterke uitgedrukt: vaderschap is een fictie; het kan worden weerlegd en het kan worden ontkend⁶.

– De moeder en de vader van een kind zijn die personen die door de rechtbank bij een adoptievonnis als zodanig zijn aangewezen. In dit geval zijn zowel het moederschap als het vaderschap wettelijke constructies in het belang van het kind⁷. Maar hoe zal dit eenvoudige patroon, dat voornamelijk tot stand is gekomen in een periode dat men alleen via de 'natuurlijke' weg tot ouderschap kwam, in de toekomst moeten worden toegepast en aangepast, nu de medisch-technische mogelijkheden zo zijn toegenomen? Zonder twijfel zullen de methoden straks nog verfijnder worden en zullen de geslaagde pogingen tot vruchtbaarheidsbevordering toenemen; tal van zaken, waar we nu nog niet aan (kunnen) denken, zullen mogelijk worden⁸.

Het is fascinerend te observeren dat mensen die een kind wensen door middel van 'procréation assistée' aan alles denken, bijvoorbeeld of een en ander tot stand zou kunnen komen door medicatie, door een operatie, door middel van KIE of KID, door in vitro fertilisatie, gecombineerd met embryotransfer, of zelfs met inschakeling van draagmoederschap, maar dat zij nooit denken aan twee dingen:

a. of het aldus geboren kind ook in juridisch opzicht ja dan nee hún kind zou zijn, en

b. of het in het belang van het kind is (kan zijn) op deze wijze tot stand te komen, 'zusammengebastelt zu werden'.

De eerste (niet gestelde) vraag zal ik nu even laten rusten. Voor wat betreft vraag

b, het belang van het kind dat aldus wordt geboren, bestaat bij de betrokken wensouders geen twijfel. Natuurlijk is dit handelen in het belang van het nog te verwekken kind! Immers, zij hebben en hadden een zo grote, innige kindwens, dat zij kosten nog moeite hebben gespaard om een kind te 'bemachtigen'. Hoe zou dat niet in het belang van het kind kunnen zijn?

Misschien is het nuttig hier nog eens te herinneren aan de uitgebreide gezinsonderzoeken door de plaatsende instanties die toekomstige pleegouders moeten ondergaan voor in hun gezin een pleegkind wordt geplaatst, of aan het gezinsonderzoek dat plaatsvindt voor een adoptie wordt uitgesproken, waarbij de rechter bovendien toetst of de adoptie in het kenmerkend belang van het kind zal zijn. Vergeleken bij de toekomstige pleegouders en de adoptanten maakt het recht het de personen die de medische weg naar een kind bewandelen momenteel wel erg eenvoudig: er vindt geen enkele toetsing van het belang van het kind plaats.

In 1986 is voor de eerste maal, in een rapport van de Gezondheidsraad over deze materie⁹, door artsen aandacht geschonken aan het belang van het kind. Dat is echter op een tamelijk terughoudende wijze geschied (blz. 11, 57, 58, 59 en 60); men schrijft onder andere: 'De grote meerderheid van de cliënten die zich aanmelden zal echter na een korte marginale toetsing voor behandeling geaccepteerd kunnen worden'. De bedoelde toetsing betreft de inschatting van de toekomstige opvoedingssituatie in het gezin van de wensouders.

We zullen hier niet ingaan op het gedrag van die personen die ergens ter wereld een kind 'kopen' of (laten) roven. Ten aanzien van deze groep bestaan uiteraard ook rechtsvragen, maar deze zijn voornamelijk van strafrechtelijke aard.

Wanneer nu de wensouders gebruik zouden willen maken van een draagmoeder, zouden zij daarmee dan juridische problemen kunnen krijgen? Aan deze vraag zitten twee sub-vragen vast: een afstammingsrechtelijke en een contractuele vraag.

Voor wat betreft het afstammingsrecht is hiervóór (§ 4) het Nederlandse systeem summier uiteengezet. De draagmoeder is juridisch gesproken de moeder van het kind. Zij kan niet (zomaar) afstand doen van haar moederschap. Met inschakeling van de Raad voor de Kinderbescherming – en op grond van een beschikking van de rechter – zou zij eventueel kunnen worden ontheven van het gezag over haar

kind, dat vervolgens in het gezin van de wensouders kan worden geplaatst. Na verloop van tijd zouden de vraagouders adoptie kunnen verzoeken aan de rechtbank en pas dan zal de afstammingsrelatie tussen haar (de draagmoeder) en het kind verbroken zijn.

De wensvader, die misschien het sperma heeft geleverd waarmee de draagmoeder is geïnsemineerd, kan aan zijn 'spermadonatie' geen rechten op het kind ontlenen. Ook de wensmoeder zou, zo zij de eikel heeft geleverd, waarna vervolgens IVF, ET en draagmoederschap plaatsvindt, aan de eiceldonatie geen rechten op het kind kunnen ontlenen. De draagmoeder die het kind op de wereld zet, is de juridische moeder van het kind. Oplossingen die in het Amerikaanse afstammingsrecht in sommige staten van de VS mogelijk zijn, hebben hier geen geldigheid. Maar zou dan op grond van het draagmoedercontract de draagmoeder kunnen worden gedwongen haar kind af te staan? Naar Nederlands recht moet het antwoord ontkennend luiden: nee, dat deel van het contract is nietig. Ten aanzien van de vraagouders geldt overigens ook dat zij niet kunnen worden gedwongen het kind 'af te nemen'.

Naar mijn mening moet ten aanzien van draagmoedercontracten een genuanceerd standpunt worden ingenomen. Met mevrouw Broekhuysen¹⁰, meen ik dat dergelijke contracten op zich niet nietig behoeven te zijn. Ik zie niet in dat men met handen, voeten en hoofd arbeid mag verrichten en vrijgevigheid mag betrachten en niet met de buik. Tussen een zoogmoeder en een draagmoeder is mijns inziens slechts een graduëel verschil. Maar deze opvatting is zeker niet de algemeen geldende in Nederland. Immers, hier meent de meerderheid dat een draagmoedercontract op zich reeds nietig is, omdat het een 'onoorloofde oorzaak' heeft¹¹. Ook de doctrine wijst in deze richting, waarbij de commercialisering die bij draagmoederschap op de achtergrond een rol speelt zeker een belangrijke factor vormt.

Over de vraag of het belang van het kind met een draagmoederschap is gediend, zullen we liever zwijgen. Het al dan niet geldig zijn van een draagmoedercontract gaat hieraan geheel voorbij.

5. HULPVERLENERS

5.1. Bemiddelende instanties

Een van de kenmerken van de Nederlandse maatschappij is, dat het particulier initiatief altijd een zeer belangrijke rol

heeft gespeeld. Dat geldt voor het onderwijs, maar evenzeer voor de maatschappelijke dienstverlening en voor de gezondheidszorg. Het zijn altijd particuliere instellingen die deze taken vervullen. Men zou kunnen zeggen: 'burgers voor burgers' (ook al moet worden vermeld dat de overheid subsidies verstrekt, soms tot 100%). In het verleden hebben deze particuliere instellingen dikwijls hun invloed bij de wetgever en de rechtspraak aangewend. De wetgeving met betrekking tot pleeggezinplaatsing en met betrekking tot adoptie is mede tot stand gekomen ten gevolge van het lobbyen van de genoemde belangenorganisaties.

Daarnaast zijn de particuliere instellingen tot belangrijke bemiddelende instanties geworden, zowel bij de plaatsing van pleegkinderen in gezinnen die zulks wensen als bij het zoeken naar en vinden van eventueel toekomstige adoptiekinderen, of het nu gaat om Nederlandse dan wel buitenlandse kinderen.

De schaarste van beschikbare pleeg- of adoptiekinderen, gecombineerd met de hoge kosten, vormt een groot probleem voor de bemiddelende instellingen. Immers, de bonafide instellingen (waarschijnlijk zal hiervoor in de naaste toekomst een vergunningstelsel gelden) trachten duidelijke selectiecriteria aan te leggen voor de toekomstige pleeg-, eventueel adoptieouders, waarbij het belang van het te plaatsen kind centraal staat en niet 'Wie 't meest betaalt komt het eerst aan de beurt'¹².

Zou het te overwegen zijn, deze dienstverlenende instanties in te schakelen ook voor wat betreft de personen die langs medische weg een 'procréation assistée' trachten te bewerkstelligen? In elk geval hebben deze instellingen grote ervaring met betrekking tot 'de plaatsing van kinderen' en in elk geval zou het belang van het kind in hun onderzoek een belangrijke rol spelen. We zouden dan ook niet het risico lopen dat in ons land een mevrouw Cotton neerstrijkt en dat de babymakelaardij regelrecht voert tot een commercialisering van de kindervens. Hoe gevaarlijk het ook is iets dergelijks onder woorden te brengen: er is hier wel een 'gat in de markt'. En in een marktgerichte maatschappij, zoals die waarin wij leven, zou dat gat in de markt beter kunnen worden gevuld door traditionele hulpverleningsinstellingen met ervaring in de 'plaatsing van kinderen' dan door goedbedoelende, commercieel denkende nieuwkomers, om van de malafide profiteurs maar te zwijgen.

5.2. Artsen-specialisten

Naar alle waarschijnlijkheid zullen de artsen-specialisten tot wie men zich met zijn kinderloosheidsproblematiek wendt, helemaal niets voelen voor een inschakeling van een bemiddelende instantie als genoemd in de vorige paragraaf. Medici beschouwen in de regel de kinderloosheid als een medisch, eventueel een psychosomatisch probleem. Maar het erbij halen van een instantie die de geschiktheid van deze personen een kind op te voeden zou moeten toetsen vóór een eventuele medische behandeling van start zou kunnen gaan of vóór een draagmoeder wordt ingeschakeld, zal weinig genade vinden in artsenogen.

Overigens is het opvallend dat nog nergens ter wereld een alomvattende vorm van regelgeving bestaat met betrekking tot de 'procréation assistée'. Hier en daar heeft men regels gemaakt met betrekking tot onderdelen¹³. Het feit dat er geen juridisch kader bestaat waarbinnen dit medisch handelen zich afspeelt, betekent eigenlijk dat de artsen zich in een juridisch vacuüm bevinden. Hoewel er, met name uit de VS, reeds vele rechterlijke uitspraken bekend zijn, helpt dat ons niet veel. Immers, de Amerikaanse 'judge made law' biedt nauwelijks aanknopingspunten voor rechtsvragen in de Europese 'code law'-landen. Elders ter wereld heeft de nationale artsorganisatie richtlijnen gepubliceerd die bindend zijn voor alle beroepsgeenoten¹⁴. Een dergelijke publikatie van de KNMG kennen wij niet. Hier hebben sommige ziekenhuizen hun eigen reglementen of protocollen opgesteld (VU-Ziekenhuis Amsterdam, 1984; Elisabeth-ziekenhuis en Maria-Ziekenhuis Tilburg, 1985; enz.). In andere ziekenhuizen wordt deze problematiek aan de medisch-ethische commissie voorgelegd.

Natuurlijk hebben de concept-richtlijnen die door een deskundigencommissie van de Raad van Europa in 1986 zijn voorbereid ook in ons land aandacht getrokken. Tijdens de hearings in Triëst in de zomer van 1986 bleek echter van grote verschillen van mening dienaangaande. Trouwens, de tweeëntwintig voorlopige beginselen waren in sommige gevallen zodanig geformuleerd, met tegenstrijdige alternatieven, dat er vooralsnog niet mee valt te werken. Een interessant overzicht van de huidige stand van zaken en van de in de lidstaten van de Raad van Europa gehanteerde uitgangspunten is te vinden in het memorandum dat door het secretariaat is opgesteld voor de 31ste bijeenkomst van

de Europese ministers voor gezinsaanlegenheden in 1987 met betrekking tot het thema: 'Moderne methoden van voortplanting en vruchtbaarheidstechnieken'¹⁵.

Hoe boeiend de kennismaking van een dergelijk overzicht ook moge zijn, voor de Nederlandse medische praktijk biedt het geen houvast (voor andere hulpverlening evenmin). Datzelfde geldt uiteraard voor de buitenlandse rapporten, zoals het Engelse 'Warnock-report' (1984) of het Duitse 'Benda-Bericht' (1985). Een vergelijkbaar rapport verscheen ook in Nederland¹⁶. Men kan anderzijds stellen, dat de arts die zich gedraagt volgens de medisch-ethische regelen van zijn beroep, geen juridische, althans geen tuchtrechtelijke problemen zal ontmoeten. De moeilijkheid is alleen dat de (algemene) eregelen voor artsen in dit opzicht multi-interpretabel zijn en niet zo duidelijk zoals de Zwitserse (zie noot 14).

Een laatste juridisch probleem waarmee momenteel zowel de bemiddelende hulpverleningsinstanties alsook de behandelend artsen in toenemende mate worden geconfronteerd, betreft de behoefte van hen die ooit als pleegkind of adoptiekind in een gezin waren geplaatst, maar ook (voor zover zij het wéten) van die kinderen die uit KID zijn geboren, om te horen wat hun echte, biologische achtergrond is¹⁷: wie is de echte moeder, wie de echte vader?

We raken hier aan een vrijwel onoplosbaar probleem. Het recht op privacy van de spermadonor staat dwars op het verlangen van de 'wortelzoeker'¹⁸. Tot nog toe wordt in ons land de anonimiteit van de donor vooropgesteld. Ten aanzien van een (interne) registratie bestaan in Nederland geen eenduidige richtlijnen. Bij de afsluiting van deze paragraaf over de eventuele rechtsvragen waarmee de hulpverleners kunnen worden geconfronteerd, wordt duidelijk dat het belang van het kind slechts een zeer bescheiden rol speelt, op de achtergrond.

6. OVERHEID

6.1. Algemene opmerkingen met betrekking tot het beleid

Overall in de westerse wereld, ook bij ons, zijn demografische onderzoeken verricht om enigszins te kunnen voorspellen wat de sociaal-economische effecten op de lange duur zullen zijn van de veroudering van de bevolking¹⁹. Tot het jaar 2010 zal het aantal jonge mensen (onder 25 jaar) in Nederland min of meer stabiel

zijn. Daarna, na 2010, zal de groep van oudere (boven 55 jaar oud) en zeer oude mensen (boven 80 jaar oud) snel in aantal toenemen. Daar komt nog bij dat, speciaal voor wat betreft de laatstgenoemden, het aantal vrouwen veel groter zal zijn dan het aantal mannen. Men spreekt van een toekomstige 'feminisering' van een grijze samenleving. De gevolgen zullen waarschijnlijk zijn dat de uitgaven in de publieke sector zullen toenemen, bijvoorbeeld met betrekking tot gezondheidszorg en sociale voorzieningen.

Nu was het in het nog niet ver achter ons liggende verleden een vanzelfsprekende zaak dat de kinderen zorgden voor hun ouders zodra deze behoeftig werden en de kinderen in staat waren 'to earn their living'²⁰. In grote delen van de wereld bestaan deze familiale verplichtingen nog steeds als een volstrekt natuurlijke zaak. In de westerse wereld echter heeft de 'welvaartstaat' de familiale verantwoordelijkheid overgenomen door middel van uitkeringen of voorzieningen uit de algemene middelen of uit speciaal daartoe in het leven geroepen fondsen.

Er worden minder kinderen per gezin geboren, hetgeen kleinere gezinnen betekent. Vrij zelden wordt nog door de ouders een beroep gedaan op de kinderen om hen in financieel opzicht bij te staan (eigenlijk eerder het omgekeerde), hoewel dit beginsel nog steeds in het Burgerlijk Wetboek is neergelegd.

Nu de meeste overheden in westerse geïndustrialiseerde landen zachtjes terugtrekkende bewegingen beginnen te maken, omdat de kosten van de welvaartstaat te hoog worden, menen sommigen dat het systeem van 'onderhoud door de kinderen' nieuw leven zou moeten worden ingeblazen. Het spreekt vanzelf dat dergelijke denkbeelden uiterst voorzichtig (moeten) worden gelanceerd, omdat immers de huidige generatie 'kinderen' nooit (sinds vijftientwintig, dertig jaar) heeft geleerd dat zij ooit voor haar ouders zou moeten zorgen. En die ouders willen hun kinderen helemaal niet vragen om bijstand; zij ervaren de terugtrekkende manoeuvres van de overheid als een grote onrechtvaardigheid, nu zij hun hele leven premie hebben betaald, onder meer voor een oudedagsvoorziening, die op het moment dat ze zelf daarvan zouden kunnen gaan genieten, wordt gekort of voor een deel op hun kinderen zou worden verhaald.

6.2. Vruchtbaarheidsbevorderende methoden

Wat heeft dit moderne overheidsbeleid te

maken met het thema van dit opstel: 'Een kind à tout prix'? Hier zal ik mijn eigen – ik geef toe argwanende – mening in de vorm van hypothesen poneren:

1. Het lijkt niet onwaarschijnlijk dat de overheid een beleid zal gaan ontwikkelen teneinde een groter kindertal per gezin te bereiken. Kinderloze gezinnen zullen bezien worden met enige terughoudendheid. Dezen immers zullen, ouder geworden, een beroep doen op de algemene voorzieningen. Echter, hoe meer kinderen in het gezin, hoe meer kans dat de jonge mensen de onderhoudsverplichtingen ten aanzien van hun bejaarde ouders zullen dragen.

2. Nu is menselijk gedrag eigenlijk nooit werkelijk te beïnvloeden door wetgeving. Maar als de overheid inderdaad een beleid als onder 1 wordt verondersteld, gaat ontwikkelen, dan zal wetgeving, bijvoorbeeld in de fiscale sfeer, zeker één van de instrumenten van dat beleid vormen. Ook in het personen-, familie- en jeugdrecht zou men wijzigingen kunnen aanbrengen, bijvoorbeeld door de adoptieregelingen te versoepelen²¹.

3. De neutrale, afstandelijke houding ten opzichte van zaken als KID, IVF, ET, enz. zou wel eens kunnen veranderen in een meer stimulerende houding.

4. Dat bij het bovenstaande beleid financieel-economische belangen de doorslag geven en dat het belang van het te geboren wordende kind geen rol speelt, lijkt duidelijk. Het kind zal daar weer zijn geworden wat het in vroeger eeuwen was, namelijk een 'oudedagsvoorziening'.

6.3. Kosten

Bij dit alles is het wel een groot probleem dat de kosten van de IVF-programma's op dit moment nog zo hoog zijn. Er zullen zeker prioriteiten moeten worden gesteld en het maken van keuzes zal alle betrokkenen, overheid, hulpverleners en wensouders, voor vrijwel onoplosbare dilemma's plaatsen. Om er slechts één aan te geven, het volgende: De staatssecretaris van Volksgezondheid heeft drie jaar geleden officieel een vijftal ziekenhuizen aangewezen waar fertiliteitsprogramma's mogen worden ontwikkeld, waarbij een subsidie in het vooruitzicht is gesteld. Het is echter een publiek geheim dat in tal van (naar men zegt 33) andere, niet aangewezen ziekenhuizen en klinieken eveneens wordt geëxperimenteerd op dit terrein. Immers, de daar werkzame artsen-specialisten willen niet achterraken in kennis en ervaring en de sociale druk van de patiënten is groot.

7. CONCLUSIE

Het lijkt tijd het vruchbaarheidsbevorderend handelen mede te bezien vanuit het recht en het te laten bezien door juristen. De wensouders, de hulpverleners en de overheid hebben immers allen totaal verschillende belangen bij dit handelen. Het recht zou moeten en kunnen waken over het belang van het kind. Weliswaar is het kind, een kind, het doel van alle strevingen, maar dit 'kind tot elke prijs' wordt eigenlijk door geen van de betrokkenen gezien als een rechtssubject met eigen belangen. □

Noten

1. R. M. A. Jansweijer, 'Private leefvormen, publieke gevolgen'. Naar een overheidsbeleid met betrekking tot individualisering. Publ. WRR V57, 1987.
2. Bijvoorbeeld: de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens van de VN, 1948; de Europeese Verklaring van de Rechten van de Mens, 1950; de Verklaring van de Rechten van het Kind van de VN, 1959 (de eerste verklaring dateert van 1924).
3. Dat aan de juridisering van onze maatschappij ook onvermoede kanten kunnen zijn verbonden, wordt aardig geïllustreerd door een studie van de hoogleraren M. F. M. Crombag en N. M. M. Roos, beiden verbonden aan de Rijksuniversiteit Maastricht, gepresenteerd op 27 mei 1988 tijdens een congres over juristen en werk(kringen), georganiseerd door de Rijksuniversiteit Leiden. De onderzoekers menen dat onze gehele maatschappij in snel tempo juridiseert. Daarom bestaat er in Nederland nauwelijks werkloosheid onder pas afgestudeerde juristen.
4. Zie bijvoorbeeld het verslag van de Franse conferentie in Parijs in januari 1985: 'Génétique, Procréation et Droit', uitg. Actes Sud.

De hier afgedrukte beschouwing vormt ten dele de bewerking van een voordracht, gehouden op het symposium 'Mag alles wat kan II' (1986) in het kader van een medische PAO-cursus in Utrecht, en ten dele de bewerking van een voordracht, gehouden op een Duitstalige besloten conferentie (september 1988) op de KUB over 'vruchbaarheidsbevorderende methoden en het belang van het kind', aangevuld met enkele gegevens omtrent recente ontwikkelingen.

5. Na lange aarzeling en uitvoerige discussies is op 4 juli 1988 een wetsvoorstel met betrekking tot hervorming van het afstammingsrecht ingediend bij de Tweede Kamer (nr. 20626).
6. Zie titel XI Boek 1 BW de artt. 198 e.v.
7. Zie titel XII Boek 1 BW de artt. 227 e.v.
8. Er waren reeds tamelijk lang geleden waarschuwingen geformuleerd, dat de afstammingsituaties gecompliceerder zouden kunnen worden en dat 'het recht' daarvoor eigenlijk geen antwoord had. Zie 'Jeugdbeschermingsrecht', rapport van de commissie-Wiarda, 1971, blz. 60.
9. Rapport van de Gezondheidsraad: 'Kunstmatige voortplanting', 16 oktober 1986.
10. A. Broekhuysen-Molenaar, 'Draagmoederschap in Amerika', in NJB 1987-28, p. 887 e.v.; en in 'Het Supreme Court van New Jersey in de zaak 'Baby M'', in FJR 1988-10, p. 234 e.v.; en in 'Personenrecht in beweging', Kluwer, 1988.
11. Zie recentelijk het regeringsstandpunt in de 'Notitie kunstmatige bevruchting en draagmoederschap', welke op 14 september 1988 aan de Tweede Kamer is aangeboden door de minister van Justitie, de minister van WVC, de staatssecretaris van Justitie en de staatssecretaris van WVC.
12. Zie M. J. van Dijk, 'Buitenlandse pleegkinderen', publ. RUU en NCK, mei 1987. Zij geeft een juridische beschouwing over de criteria die van toepassing zijn bij de plaatsing van buitenlandse pleegkinderen in geschikte gezinnen, in het bijzonder op blz. 53-92.
13. Bijvoorbeeld in Zweden met betrekking tot KID, maart 1985 en in Engeland met betrekking tot draagmoederschap, Surrogacy Arrangements Act 1985. Zie ook A. M. C. Broekhuysen-Molenaar, 'Kunstmatige inseminatie in de USA: een rechtsvergelijkend onderzoek', FJR 1988, 2, blz. 26-35. Naar mijn persoonlijke mening is het nog te vroeg om in Nederland naar wetgeving te streven.
14. In Zwitserland bijvoorbeeld, 'Medizinisch-ethische Richtlinien für die In-Vitro-Fertilisation und den Embryotransfer zur Behandlung der menschlicher Infertilität', opgesteld voor de Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft, gepubliceerd in Schweiz. Ärzte Zeitung 1985, Heft 24, 12 juni 1985, blz. 1127-1132. Onlangs (juni 1988) gewerd mij de tekst van een 'Eidgenössische Volksinitiative gegen Missbräuche der Fortpflanzungs- und Gentechnologie beim Menschen' waarover te zijner tijd bij referendum zal worden gestemd.
15. 04.06.1987, MMFXX (87) 4 Revised Or.Fr..
16. 'Bijzondere wijzen van voortplanting, draagmoederschap en de juridische problematiek', opgesteld door een werkgroep van de Vereniging voor Familie- en Jeugdrecht, onder redactie van W. C. E. Hammerstein-Schoonderwoerd, M. J. A. van Mourik en W. C. J. Robert. Helaas verscheen dit rapport pas in 1987, nadat het reeds eerdergenoemde rapport van de Gezondheidsraad 'Kunstmatige voortplanting' (oktober 1986) was gepubliceerd, waarin verdergaande standpunten waren neergelegd.
17. J. Bannink, 'Wortels en vleugels', 1983. De schrijfster stelt, dat geadopteerde mensen zowel hun adoptiefouders als hun natuurlijke ouders moeten kennen om wortels en vleugels te kunnen ontwikkelen.
18. S. van de Goor, 'Recht op afstammingsvoorlichting, moderne voortplantingstechnieken en het belang van het kind', rapport geschreven voor de Nederlandse Gezinsraad, mei 1988. Zie ook het eerder genoemde rapport van de Gezondheidsraad (noot 9).
19. SER (Sociaal-Economische Raad), 'Sociaal economische aspecten van demografische ontwikkelingen', publ. nr. 22, november 1987.
20. Zie bijvoorbeeld de papers van P. Sunn (Tasmania) en R. J. Levy (USA) voorgedragen tijdens de VI^e Wereldconferentie van de Int. Soc. on Fam. Law in Tokyo van 7 tot 12 april 1988 over 'The law and the elderly'. Publikatie (in het Engels en Japans) wordt verwacht in het voorjaar van 1989).
21. Zie bijvoorbeeld de notitie 'Adoptie anders dan door een echtpaar', Kamerstuk 20547, welke de minister van Justitie op 3 mei 1988 aan de Tweede Kamer heeft toegezonden.

Internationaal perspectief

Embryo-research

Engeland werkt aan een wettelijke regeling

EDWARDS & CO (I)

Dat researchprojecten gebruik maken van menselijke embryo's is niet nieuw. Denk maar aan het jarenlange experimenteren dat uiteindelijk geleid heeft tot de geboorte van Louisa Brown, de eerste reageerbuisbaby. Edwards, de medische 'vader' van Louisa, was er reeds tien jaar voordien, in 1968, in geslaagd achtien

Marc Christiaens

Over embryo-research en wat daarover in de wet zou moeten staan, is het debat in Engeland al ver gevorderd. De ethicus Dr. M. Christiaens uit Nijmegen schetst de stand van zaken overzee.

menselijke embryo's in vitro tot stand te brengen. Een goed jaar later lukte het hem in vitro een celdeling op gang te krijgen: drie humane zygoten haalden zelfs het 16-of-meer-cellenstadium¹. In de daarop volgende jaren deed dit onderzoekteam in gespecialiseerde tijdschriften geregeld verslag van zijn vorderingen. Ook andere wetenschappers publiceerden over dit onderwerp. In geen van deze

artikelen was ook maar een spoor te bekennen van ethische aarzeling over dit soort experimenten. Ethici, filosofen en theologen volgden die ontwikkelingen met argusogen, maar hun waarschuwendes geluiden werden niet gehoord: de populaire communicatiemediën waren toen nog niet geïnteresseerd. Dat werd anders, toen Edwards en Steptoe wereldkundig maakten dat de geboorte van de eerste in vitro bevruchte baby nakend was. Uitgebreid hanteerden de media het wierookvat en de loftrumpet.

Nadat het eerste sensatie-enthousiasme voorbij was, begon men zich in bredere kring af te vragen of dat allemaal zomaar kon, of het niet nodig was het gemanipuleer met menselijk leven aan banden te leggen, misschien zelfs radicaal te verbieden. Die groeiende aarzeling liet de wetenschappelijke wereld niet onberoerd: her en der werd aangedrongen op een hernieuwde bezinning over het begin van het menselijk leven. Ook de politiek beseftte dat zij de aarzeling van de publieke opinie niet straffeloos kon negeren. Overheidsinstanties begonnen zich bewust te worden van de noodzaak een en ander in goede banen te leiden. De eerste aanzet kwam in 1979 van het Department of Health, Education and Welfare in de Verenigde Staten². In Europa liet overheidsinitiatief langer op zich wachten. De doorbraak kwam hier met het Britse Warnock-rapport³.

WARNOCK

In 1982 stelde de Britse regering een commissie onder leiding van Mw. Warnock in met als taak na te gaan welke de sociale, ethische en juridische implicaties zijn van recente en mogelijke ontwikkelingen op het terrein van de menselijke voortplanting. Twee jaar later werden de werkzaamheden afgerond met een eindrapport, het 'Warnock-report'. Hierin werd onder meer uitvoerig aandacht besteed aan de problematiek van research met menselijke embryo's. De commissie was van oordeel dat aan het menselijk embryo een speciale status moet worden toegekend: nog geen mens maar ook geen ding, op grond waarvan het recht heeft op bescherming. Zij beveelt dan ook beperkende maatregelen aan:

- Embryo-research zou beperkt moeten blijven tot enkele erkende centra.
- Voor elk onderzoekprogramma zou een aparte vergunning aangevraagd moeten worden.
- Experimenteren zou beperkt moeten blijven tot embryo's van maximaal twee

weken; embryo's langer in leven houden zou strafbaar moeten worden gesteld. Die 'twee-weken-grens' is gebaseerd op het wetenschappelijke gegeven, dat er vóór dat tijdstip nog geen sprake is van een duidelijk individueel wezen in de strikte zin van het woord, en dus – aldus de meerderheid van de commissie-Warnock – de bevruchte eicel nog niet met de potentiële menselijke persoon kan worden gelijkgesteld.

BELEIDSINITIATIEVEN

De Britse overheid beloofde met dit adviesrapport aan de slag te gaan en op niet al te lange termijn met voorstellen tot wetgeving te komen. Vrij snel echter kwam het parlementslid Enoch Powell met een wetsontwerp ter bescherming van het ongeboren kind (unborn Children (Protection) Bill⁴); dit bevatte onder andere strenge procedures voor IVF-hulpverlening die moesten voorkomen dat er menselijke embryo's beschikbaar zouden zijn voor research. In tweede lezing nam het Lagerhuis dit voorstel met 238 tegen 66 stemmen aan. De regering blokkeerde de verdere behandeling en beloofde met eigen voorstellen te komen, waarin de Powell-voorstellen zouden worden meegenomen. In november vorig jaar, drie en een half jaar na het 'Warnock-report', publiceerde de regering eindelijk haar 'Human fertilisation and embryology: a framework for legislation'⁴. Inzake embryo-research worden in deze ontwerp-tekst twee mogelijkheden naast elkaar gezet: toelaten en verbieden. Als deze research zou worden toegelaten, dan slechts onder welomschreven voorwaarden:

- Een Staatscommissie moet voor elk onderzoekproject afzonderlijk een vergunning (met maximale looptijd van twee jaar) afgeven.
- Die vergunning kan niet worden gegeven als men embryo's wil gebruiken die langer dan veertien dagen geleden zijn geconcepieerd.
- De commissie moet overtuigd zijn van het wetenschappelijk belang van het project en nagaan of de beoogde kennis niet op een andere manier is te verkrijgen.
- De donors van de embryo's moeten vooraf schriftelijk hebben ingestemd met researchgebruik.
- Een aantal experimenten is hoe dan ook verboden, zoals: klonen, embryo's kweken om er de genetische structuur van te veranderen, menselijke embryo's implanteren in een andere species of omgekeerd, transspeciesfertilisatie.

Embryo-research die niet aan al deze voorwaarden voldoet is strafbaar.

Over beide voorstellen zal het parlement zich moeten uitspreken. In het verbodsvoorstel herkennen wij heel wat elementen uit het voorstel-Powell. Het voorstel research voorwaardelijk toe te laten leunt aan tegen Warnock. Niet onbelangrijk is dat dit laatste voorstel vrij goed spoort met de aanbevelingen van de Juridische Commissie van het Europese Parlement⁵; het belangrijkste verschil is dat deze commissie, anders dan de Britse regering in navolging van Warnock, een verbod op het kweken van embryo's speciaal voor onderzoekdoeleinden aanbeveelt.

EDWARDS & CO (II)

Intussen heeft de wetenschap niet stilgezeten.

Begin 1985 installeerde de Medical Research Council (MRC) samen met de Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) een commissie, die ethische richtlijnen moest uitwerken voor de toepassing van in vitro fertilisatie (IVF) in kliniek en research. In het rapport van deze commissie werd het gedachtengoed van het Warnock-rapport grosso modo onderschreven⁶, inclusief de tweewekengrens en het vergunningstelsel. Beide instanties namen de voorgestelde richtlijnen over en vroegen hun leden er zich op vrijwillige basis aan te onderwerpen. De commissie, omgevormd tot Voluntary Licensing Authority, werd verantwoordelijk voor het afleveren van vergunningen.

Een aantal wetenschappers die tot dan toe gewend waren zich bij hun onderzoekprojecten met embryo's slechts te laten normeren door de vooruitgang van de wetenschap, onder wie R. G. Edwards, ging dit lang niet ver genoeg; vooral de tweewekengrens zat hen dwars. Edwards vindt wel dat er ethische richtlijnen moeten komen maar niet in de vorm van vaste regels⁷: 'De ethische aanvaardbaarheid hangt naar mijn mening ten nauwste samen met het doel dat je met het onderzoek wilt bereiken. Zou een onderzoek belangrijke gegevens kunnen opleveren over bijvoorbeeld het ontstaan van een open ruggetje, dan acht ik het ethisch verantwoord embryo's te onderzoeken die ouder zijn dan veertien dagen.' Aangezien niet de ethiek, maar het parlement uiteindelijk de wettelijke grenzen van embryo-research vastlegt, wordt er zelfs een heuze lobbygroep opgericht, met de veelzeggende naam 'Progress' en met als doel 'het vergroten van de kennis over onder-

zoek naar de vroegste stadia van menselijk leven door het op gang brengen van een brede discussie tussen publiek en onderzoekers⁸.

ETHIEK EN TACTIEK

Met hun aanval op de tweewekengrens treffen Edwards & Co een zwak punt. Immers, voor die limiet dragen Mw. Warnock c.s. wel een aantal embryologische data aan (einde van mogelijke meerlingenvorming, eerste aanleg van de neurale groeve), maar zij slagen er niet in de filosofisch-ethische relevantie ervan overtuigend te beargumenteren. Edwards & Co willen die grens verleggen naar de 30ste dag na de conceptie, wanneer de voorhersen zich beginnen te ontwikkelen⁹. Dat is al even arbitrair, want ook zij laten de betekenis van dit gegeven onbesproken. Maar Edwards' voorstel heeft aan een stevige onderbouwing niet zoveel behoefte: voor hem, in tegenstelling tot de aanbeveling van Warnock c.s., is die researchgrens niet absoluut; hij relateert haar uitdrukkelijk aan zijn onderzoekdoel⁹: 'Voor die dertig dagen kunnen wij al meer te weten komen over de eertse aanleg van het hart en over het eerste begin van het zenuwstelsel, van de sluiting van de neurale buis.'

Als Edwards & Co zich op het ethische pad begeven, zijn zij niet geïnteresseerd in de ethische reflectie als zodanig maar in een ethische rechtvaardiging van hun onderzoeksaspiraties. De Progress-lobbyers zijn eerlijker: zij verschuilen zich niet achter een ethisch rookgordijn en komen er rond voor uit dat het hun slechts gaat om zelfstandige wetenschapsbeoefening zonder veel beperkende bemoeienissen van buitenaf.

En wat te denken van de gezamenlijke actie van de MRC en de RCOG? Op het eerste gezicht is het zeer lofwaardig dat beroepsorganisaties hun leden vragen, zich in afwachting van officiële richtlijnen, vrijwillig te onderwerpen aan een eigen ethische code. Dat lijkt een duidelijk signaal van beroepsintegriteit. Bij nader inzien blijkt het ethisch appèl aan de beroepsbeoefenaren niet het primaire oogmerk. In de inleiding van het MRC RCOG-rapport lezen wij, dat embryo-research 'should be allowed to proceed if its aims are clearly defined and acceptable'. Om welke doeleinden het gaat, blijkt uit de derde richtlijn: '... relevant to clinical problems such as the diagnosis and treatment of infertility or of genetic disorders, or for the development of safe and more effective contraceptive measu-

res'. Centraal staat kennelijk niet de beroepsintegriteit als zodanig, maar het effect ervan: een vraag aan het publiek om een motie van vertrouwen en op die manier voorkomen dat er strakke regels worden uitgevaardigd die embryo-research al te zeer aan banden leggen.

Zo werd de ethische code een strijdmiddel tégen Powells 'Unborn Children (Protection) Bill' en vóór researchruimte zoals die werd geboden door de aanbevelingen van het rapport-Warnock. Tegelijk werd het absolute karakter van de tweewekengrens afgezwakt, enerzijds door die grens niet te relateren aan de eigen status van het embryo (wat 'Warnock' wél doet) en anderzijds door, veel sterker dan Warnock c.s., de ethische aanvaardbaarheid van embryo-research te beargumenteren vanuit klinische doeleinden. Op die manier wordt de limiet bij voorbaat gereactiveerd: of er uitzonderingen moeten worden gemaakt, of de regel in de toekomst moet worden herzien, wordt hier afhankelijk gemaakt van wat embryo-research aan medische kennis zou kunnen opleveren.

Dat ethische richtlijnen wel eens meer met tactiek dan met ethiek van doen hebben, is niet zo uitzonderlijk. Wie enigszins vertrouwd is met de medisch-sociologische literatuur, weet dat beroepsethische codes voor een beroepsgroep niet zelden een handzaam instrument zijn om de eigen autonomie veilig te stellen of te vergroten en/of om de eigen sociale status op te vijzelen of te handhaven.

BESLUIT

Het verzet tegen de tweewekengrens is voorlopig nog geen onderdeel van het politieke debat. Dat wil niet zeggen dat het lobbywerk, de acties van medische beroepsorganisaties en van individuele onderzoekers als Edwards & Co geen invloed zouden hebben op de politieke besluitvorming. Het is heel goed denkbaar dat het mede daaraan te danken (of te wijten) is dat de parlementaire steun voor het voorstel-Powell de laatste tijd is geslonken¹⁰. Onlangs werd uit betrouwbare bron vernomen dat Volksgezondheid het debat over de wet op medische begeleide voortplanting nog twee jaar zou willen uitstellen¹¹; zo'n uitstel zou voor de researchwereld zeker niet ongelegen komen.

Naar het zich thans laat aanzien mikt de regering niet op een pragmatische benadering, maar op een fundamentele discussie met als vertrekpunt een duidelijk antwoord op de vraag: 'Wat is een em-

bryo?'¹². Blijkbaar hoopt zij dat met een stevige definitie tegelijk ook het debat over haar tweevoudig voorstel groten-deels is beslecht. In principe is voor zo'n redenering wel wat te zeggen: het verschil tussen beide voorstellen is uiteindelijk te herleiden tot een verschillende visie op de status van het embryo. Het probleem is, dat de commissie-Warnock er niet in is geslaagd de kernbegrippen uit haar be-toog: 'menselijk leven' en 'potentiële menselijke persoon', afdoende te definiëren, noch de filosofisch-ethische relevantie van de embryologische ontwikkelingen rond het einde van de tweede week overtuigend te beargumenteren. Het is niet uitgesloten dat deze zwak onderbouwde statusomschrijving niet kan optornen tegen pleidooien ten voordele van 'the belief that the social benefits of continuing research would be considerable' zoals *Nature* schreef in een 'Editorial' onder de titel 'Britain hazards embryo research'¹³. Op die manier zou het debat toch kunnen afglijden naar pragmatisme en utilisme.

In een evenwichtige besluitvorming moeten de sociale voordelen afgewogen worden tegen de risico's van een steeds verder voortschrijdende humane biotechnologie. Maar wie zal voor die risico's aandacht vragen? □

Noten

1. RC Edwards, BD Bavister, PC Steptoe. Identification of the midpiece and tail of the spermatozoan during fertilisation of human eggs in vitro. *Journal of Reproduction and Fertility* 1969, 20: 159-161.

RG Edwards, PC Steptoe, JM Purdy. Human blastocysts grown in culture. *Nature*, 1971, 229: 132-133.

2. US Department of Health, Education and Welfare (HEW), Ethics Advisory Board, HEW Support of research involving human in vitro fertilisation and embryo transfer, 4 mei 1979.

3. UK Department of Health and Social Security, Report of the committee of inquiry into human fertilisation and Embryology (= Warnock-report), juli 1984.

4. Official Statements: Human fertilisation and embryology: A framework for legislation, Bulletin Institute of Medical Ethics nr. 33, december 1987, blz. 6-9.

5. Official Statements: Rules governing the use of human embryos of fetuses and the removal of their tissues for diagnostic, therapeutic or scientific purposes. Bulletin Institute of Medical Ethics nr. 18, september 1986, blz. 6-7.

6. Guidelines for both clinical and research application of human in vitro fertilisation 1985. Bulletin Institute of Medical Ethics nr. 4, juli 1985, blz. 8-9.

7. Interview in NRC-Handelsblad 11 april 1985.

8. New Scientist 27 februari 1986, blz. 54.

9. Interview in NRC-Handelsblad 11 april 1985.

10. *Nature* 1986, 324, blz. 604.

11. Bulletin Institute of Medical Ethics nr. 40, juli 1988, blz. 10.

12. Zie inleiding op het 'Framework for Legislation'.

13. *Nature* 1987, 330, blz. 407.

Hoeveel tijd steken huisartsen in overleg?

Tijdsbeslag van diverse overlegvormen bij huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra

In 1984 en 1985 heeft het NIVEL onder 740 huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken een onderzoek gedaan naar de tijd die zij besteedden aan diverse vormen van overleg. Van deze huisartsen heeft 85% medewerking verleend aan het onderzoek, dat primair was gericht op het reguliere overleg (overleg dat regelmatig op vastgestelde tijdstippen plaatsvindt). De volgende vormen werden onderscheiden: patiëntgericht overleg, organisatorisch overleg, overleg over het functioneren van procedures en samenwerking, na- en bijscholingsbijeenkomsten, onderlinge toetsing en overleg tijdens informeel samenzijn (pauzes en dergelijke). In dit artikel willen wij de onderzoekuitkomsten bespreken. Het is uit drie delen opgebouwd. Eerst kijken we naar de totale tijdsbestedingen aan mono-, bi- en multidisciplinair overleg, daarbij nog voorbijgaande aan de inhoud van dat overleg. Die inhoudelijke kant komt daarna aan de orde. We besluiten met vrij uitvoerige conclusies en beschouwingen.

TIJDSDUUR

Huisartsen in gezondheidscentra zijn maandelijks gemiddeld zo'n 26 uur aan diverse soorten geregeld overleg kwijt; voor hun collegae in groepspraktijken is dat ongeveer 19 uur; binnen deze subpopulaties zijn er aanzienlijke verschillen tussen individuele artsen. Uitgaande van een 38-urige werkweek zou dat in gezondheidscentra 16% van de werktijd betekenen (hetgeen redelijk overeenkomt met de norm die de Ziekenfondsraad hiervoor hanteert bij de financiële ondersteuning van gezondheidscentra; meestal echter zal het aantal uren per week hoger liggen). Het percentage in groepspraktijken bedraagt 12%.

Vergeleken met gegevens uit ander onderzoek komt de overlegtijd in duopraktijken ongeveer overeen met die in groepspraktijken en zitten solo-huisart-

W. G. W. Boerma

Hoeveel tijd besteden huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken aan mono-, bi- en multidisciplinair overleg en waarover gaat dat overleg? W. G. W. Boerma van het NIVEL deed in 1984 en 1985 onderzoek naar deze vragen en kwam tot uitvoerige conclusies en beschouwingen.

sen daar met 8 à 9 uur per maand aanzienlijk onder¹. Vergelijking met een onderzoek van Van der Zee lijkt te wijzen op een globale toename van het overleg in gezondheidscentra en groepspraktijken ten opzichte van 1978².

We hebben in het onderzoek aandacht geschonken aan mogelijke verbanden tussen de aan overleg bestede tijd en kenmerken van het gezondheidscentrum waarin de arts werkzaam is. We vonden de volgende resultaten:

- beduidend meer overleg van huisartsen in dienstverbandcentra;
- minder overleg in al lang bestaande dan in jonge centra;
- meer overleg in kleine dan in grote centra;
- in grote steden meer overleg dan in minder verstedelijkte gebieden;
- geen verschil in overleg tussen centra met goed op elkaar afgestemde en niet goed op elkaar afgestemde werkgebieden van huisartsen, wijkverpleging en maatschappelijk werk.

Op de betekenis van deze samenhangen komen we bij de beschouwingen terug.

OVERLEGPARTNERS

Onderscheiden we het overleg naar de daarbij betrokken disciplines, dan zien we in de eerste plaats, dat in alle praktijkvormen collegiaal, dat wil zeggen mono-

disciplinair, overleg vrijwel algemeen plaatsvindt. Ook het bidisciplinair overleg, dus met één andere discipline, komt in het overgrote deel van solo-, duo- en groepspraktijken en gezondheidscentra voor. Grote verschillen treden pas op als we kijken naar het multidisciplinair overleg. In gezondheidscentra maakt 96% van de huisartsen hier melding van, in groepspraktijken 54% en in beide andere praktijkvormen 42%. Dit beeld komt ook terug in de besteding van de totale overlegtijd. In gezondheidscentra gaat een derde aan de totale overlegtijd op aan multidisciplinair overleg en eveneens een derde aan monodisciplinair overleg. In solo-, duo- en groepspraktijken, waar slechts 10% van het overleg multidisciplinair is, ligt het accent op het collegiaal overleg (tweederde van de overlegtijd). Dat neemt niet weg dat er in deze zogeheten monodisciplinaire praktijkvormen nog een kwart tot een derde van de overlegtijd aan (bidisciplinair) overleg met andere disciplines wordt besteed.

Gaan we nu over naar de overlegpartners van de huisarts. We moeten ons hier wegens ontbreken van andere gegevens beperken tot gezondheidscentra en groepspraktijken³. Per discipline sommeren we de tijd dat de huisarts vertegenwoordigers van deze discipline in enige vorm van overleg treft. Huisartsen, het volgt uit het voorgaande, zien het meest collega's in overlegsituaties; dat geldt zowel voor huisartsen in gezondheidscentra als voor huisartsen in groepspraktijken. In gezondheidscentra volgen wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden op korte afstand met vlak daarachter de fysiotherapeuten. In groepspraktijken is er een groot verschil tussen de omvang van de overlegtijd met collega's en de omvang van de overlegtijd met andere disciplines, waarbij de fysiotherapie wat hoger scoort dan wijkverpleging en maatschappelijk werk. In *figuur 1* worden deze overlegrelaties samengevat; de breedte

van de bundels tussen de huisarts (in het midden) en de disciplines daaromheen geeft de totale overlegtijd met die disciplines aan.

INHOUD OVERLEG

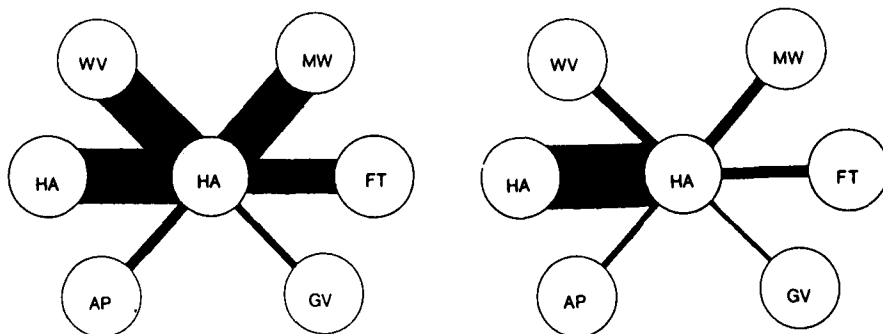
Achtereenvolgens behandelen we de vormen van overleg zoals die in de inleiding zijn genoemd.

In patiëntgericht overleg wordt zonder twijfel de meeste tijd gestoken. Alle huisartsen in gezondheidscentra en 87% van hun collegae in groepspraktijken houden op gezette tijden patiëntenbesprekingen. Over het geheel genomen beslaat dit in beide praktijkvormen 37% van de overlegtijd (10 uur in gezondheidscentra en 7 uur in groepspraktijken). In gezondheidscentra heeft dit overleg voornamelijk een multidisciplinair karakter, in groepspraktijken is het veel vaker mono- of bidisciplinair. In gezondheidscentra waar de huisartsen een dienstverband hebben blijkt meer patiëntenoverleg plaats te vinden dan elders.

Organisatorisch overleg komt ongeveer bij evenveel huisartsen voor als patiëntenbesprekingen. Het wordt echter met een geringere frequentie gehouden, de tijdsbesteding is (daardoor) geringer (respectievelijk 5 uur en 4½ uur) en het is vaker monodisciplinair van aard. In sterkere mate dan bij het patiëntgerichte overleg onderscheiden huisartsen in dienstverbandcentra zich hier van hun vrijgevestigde collega's. De structuur van die centra doet blijkbaar een groter beroep op de huisartsen om zich met bestuurlijke, huishoudelijke en andere organisatorische zaken bezig te houden. Huisartsen in centra die minder dan twee jaar bestaan besteden ook meer tijd aan dit soort overleg dan huisartsen in centra die de opbouwfase al achter de rug hebben.

Overleg over het functioneren van de samenwerking is minder algemeen: ruim driekwart van de huisartsen in gezondheidscentra en 60% in groepspraktijken maakt hier melding van; de gemiddelde tijdsbesteding is bijna 3½ uur c.q. bijna 2½ uur. In gezondheidscentra zijn het primair de wijkverpleging en het maatschappelijk werk waarmee procedures en andere samenwerkingsaspecten worden besproken en daarna pas collegae en fysiotherapeuten. In groepspraktijken komen collegae hier op de eerste plaats, gevolgd door de beide genoemde kerndisciplines. Na- en bijscholing is, zoals te verwachten valt, in beide praktijkvormen in hoofdzaak een monodisciplinaire aangelegen-

Figuur 1. Mate waarin huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken overleggen met vertegenwoordigers van zes disciplines in de eerste lijn.

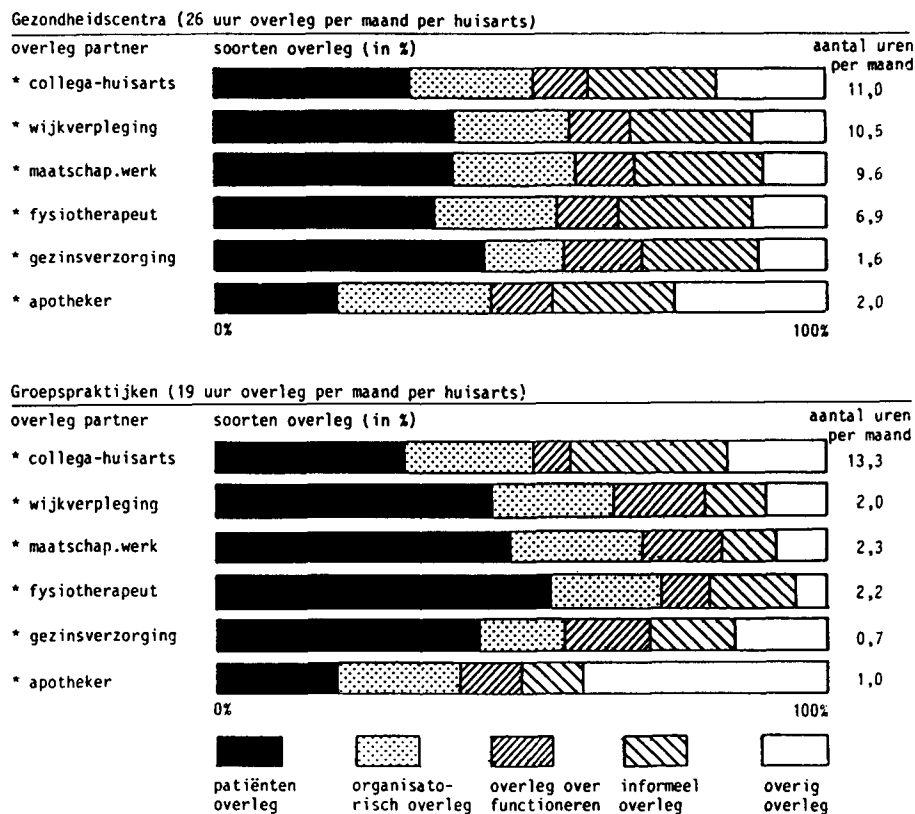


MW: maatschappelijk werk; FT: fysiotherapeut; GV: gezinsverzorging; AP: apotheker; HA: huisarts; WV: wijkverpleging

heid, waaraan maandelijks gemiddeld 2½ à 3 uur wordt besteed. Het deel van de huisartsen dat zich in regelmatige bijeenkomsten bij- of naschoolt is in gezondheidscentra ruim tweederde en in groepspraktijken ruim de helft. Huisartsen in dienstverbandcentra rapporteren beduidend meer regelmatige na- en bijscholing.

Aan onderlinge toetsing, eigenlijk een vorm van nascholing, wordt door 29% van de huisartsen in gezondheidscentra en 19% van de collegae in groepspraktijken in geregelde bijeenkomsten gedaan. Huisartsen in dienstverbandcentra besteden hier gemiddelde weer meer tijd aan dan huisartsen in andere centra.

Figuur 2. Overzicht van de verschillende soorten overleg naar deelnemende disciplines en tijdsbesteding.



Tot slot noemen we het informeel overleg (tijdens pauzes en dergelijke) dat van de bovenstaande vormen afwijkt, omdat het weliswaar regelmatig maar toch niet gestructureerde plaatsvindt en derhalve een verzamelcategorie is. Dit overleg tijdens koffie- en theepauzes wordt door het merendeel van de huisartsen belangrijk of zeer belangrijk genoemd. In gezondheidscentra heeft 91% van de huisartsen dit soort overleg; in groepspraktijken 85%.

Figuur 2 resumeert de tijdsbesteding van de huisartsen aan de verschillende soorten overleg per daarbij betrokken discipline. (Overleg met meer disciplines tegelijk wordt daarin bij de desbetreffende disciplines meegeteld. De geheel rechts in het schema genoemde uren kunnen dan ook niet worden gesommeerd: dat zou tot dubbeltelling leiden.)

CONCLUSIES EN BESCHOUWING

We besluiten dit artikel door puntsgewijs een aantal resultaten te noemen en ze in een breder kader te plaatsen.

Het betitelen van praktijkvormen als mono- of multidisciplinair is betrekkelijk. Huisartsen in een monodisciplinaire samenwerkingsvorm als de groepspraktijk blijken heel wat overleg met andere disciplines te hebben. Ook de solistisch werkende huisarts blijkt dikwijls geen echte solist (meer) te zijn. De verschillen tussen de praktijkvormen zijn in dit opzicht gra-
dueel.

Toch drukt de gemeenschappelijke huisvesting een duidelijk stempel op het overlegpatroon: huisartsen die solistisch zijn gevestigd overleggen het minst, in duo- en groepspraktijken overheerst het monodisciplinaire overleg in gezondheidscentra wordt tweederde van het overleg met andere disciplines gehouden. De ruimtelijke nabijheid van hulpverleners hangt dus samen met meer overleg en meer divers overleg.

Tussen 1978 en 1984 lijkt de tijd die in gezondheidscentra en groepspraktijken aan overleg wordt besteed te zijn toegenomen. Die toename komt voornamelijk voor rekening van het monodisciplinaire overleg. Dit zwaardere accent op het overleg met collega huisartsen in het team vloeit wellicht voort uit een behoefte meer aandacht te besteden aan ontwikkeling van het eigen vakgebied, welke mogelijk weer een reactie is op een periode van sterke gerichtheid op andere disciplines. In absolute zin heeft dit echter niet

geleid tot minder multidisciplinair overleg.

De belangrijkste overlegcategorie blijkt het direct patiëntgerichte overleg te zijn (ruim een derde van het totaal). Het organisatorisch overleg en het overleg over het functioneren van de samenwerking kunnen samen als voorwaardenscheppend worden aangemerkt en zijn in beide samenwerkingsverbanden goed voor ruim een kwart van al het overleg. Op ieder uur 'produktiegericht' overleg is er dus drie kwartier voorwaardenscheppend overleg. Hoewel relaties met subsidiërende overheden, detacherende instellingen, participerende bewoners en dergelijke doorgaans meer druk uitoefenen op gezondheidscentra dan op groepspraktijken komt dat dus niet tot uiting in een groter aandeel van het voorwaardenscheppend overleg in gezondheidscentra.

Huisartsen in dienstverband hebben meer overleg, vooral meer organisatorisch overleg, dan de andere huisartsen. Het kan zijn dat er in de organisatorisch wat complexere centra noodgedwongen meer organisatorische taken door huisartsen (moeten) worden gedaan of dat in die centra meer teamleden bij de besluitvorming zijn betrokken. Dat huisartsen in dienstverbandcentra bijvoorbeeld ook meer patiëntenoverleg en na- en bijscholingstijd noteren, zou echter ook op een wat andere werkwijze kunnen duiden.

We vonden geen verband tussen de hoeveelheid overleg van de huisarts en het feit dat de overige twee kerndisciplines qua werkgebied op elkaar zijn afgestemd of praktijkgebonden werken. De verklaring kan in twee richtingen gaan: 'afgestemde' werkgebieden zouden tot meer bi- en multidisciplinair overleg kunnen leiden, omdat er meer grond (dat wil zeggen: gemeenschappelijke patiënten/cliënten) is voor het uitwisselen van gegevens; anderzijds zou het ook kunnen zijn dat het ontbreken van afstemming veel overleg met verschillende hulpverleners nodig maakt. Voorlopig ontbreekt ons nog de kennis over de praktische betekenis van afstemming van werkgebieden en doelpopulaties van disciplines in de eerste lijn. □

Literatuur

1. Wijkkel D. Samenwerken en verwijzen deel II; samenwerken buiten gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1984.
2. Zee J van der. Registratie samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg; rapport nr. 3, samenwerking tussen hulpverleners. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1979.
3. Boerma WGW. Werkoverleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: NIVEL, 1987.

Hulpverlening aan artsen

Hulpverlening ten behoeve van artsen die worstelen met problemen op het gebied van geestelijke gezondheid kan in eerste instantie worden geboden via een netwerk van contactpersonen die bereid zijn voor de eerste opvang van deze collegae en hun gezinsleden op te treden. In Twente zijn regionale contactpersonen bereikbaar. Collegae die zich liever aansluiten bij lotgenoten kunnen naar een zelfhulpgroep van artsen gaan. Onder de naam Anonieme Dokters zijn verschillende werkgroepen gevormd. Deze komen elke veertien dagen bijeen op zaterdagochtend van 11.00 tot 13.00 uur.

Voor nadere inlichtingen (uiteraard uitgezonderd hulpvragen) gelieve men zich te wenden tot de secretaris-generaal der KNMG, of de voorzitter van de initiatiefgroep Prof. Dr. J. Schudel, lid van het KNMG-hoofdbestuur.

LANDELIJKE CONTACTPERSONEN

Drs. F. M. Arendsen Hein, psychologe-psychotherapeute, Warmonderweg 2B, 2341 KV Oegstgeest, tel. 071-155858 of (op maandag en donderdag overdag) op 071-350660

Prof. Dr. W. K. van Dijk, Molenweg 5, 9761 VB Eelde, tel. 05907-4039 (na 19.00 uur)

Dr. P. Lens, huisarts, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden, tel. 070-706440 (overdag) of 023-245362 ('s avonds)

Drs. W. H. Melles, theoloog, psychotherapeut, Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum, tel. 02159-18361

Prof. Dr. M. M. W. Richartz, Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-633444

Prof. Dr. H. G. M. Rooymans, vakgroep Psychiatrie, Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden, tel. 071-269111

Dr. M. J. van Trommel, psychiater, RIAGG Rijnmond Noord-Oost, Schiekade 121, 3033 BK Rotterdam, tel. 010-4658066

CONTACTPERSONEN REGIO TWENTE

Dr. W. Beck, Horstlindelaan 126, 7522 JL Enschede, tel. 053-351937

J. M. Komen, huisarts, Prof. Lorentzstraat 13 (praktijk), 7557 AV Hengelo/Anna Bijnstraat 14 (privé), 7552 NC Hengelo (Ov.), tel. 074-912131/074-439046

W. Chr. F. de Vries, De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 05490-33333 (woensdag- en donderdagavond: tel. 05496-74774)

ANONIEME DOKTERS

Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705

Werkgroep Den Haag, tel. 01751-17995

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-463449

Moet de anonimiteit bij donorinseminatie worden opgeheven?

Na de verschijning van het overigens interessante en goed onderbouwde rapport van het CDA: 'Zinvol leven' is een maatschappelijk-politieke discussie op gang gekomen rond de anonimiteit van de donoren bij inseminaties. In het rapport wordt bepleit die anonimiteit verplichtend op te heffen.

VOORDELEN

Het is vooral Hoksbergen die pleit voor openheid jegens het kind bij adoptie¹. Hij acht 'de grote leugen' zeer riskant voor het kind en spreekt in dit verband graag van 'vaderverduistering'. Openheid kan onoordeelkundige, schokkende onthullingen en identiteitsproblemen voorkomen.

Hoksbergen vereenzelvigd KID (kunstmatige inseminatie donor) met adoptie. Echter, voor ouderschap bij adoptiekinderen is een aparte juridische adoptieprocedure vereist, die in principe openbaar is². Er zijn grote verschillen tussen adoptie en KID. Adoptie valt voor de omgeving nauwelijks verborgen te houden, KID bijna altijd wel. Van de wensouders geeft 97% te kennen de uit de procedure geboren kinderen nimmer te willen inlichten over de aard van de procedure; de restgroep wil hier nog geen uitspraak over doen.

Zoals Kremer schrijft, is openheid bij KID geboden bij KID op genetische indicatie en bij bewust ongehuwde moeders³. Bierkens voegt daar die gevallen waarin de ouders het verzwijgen als een grote mentale belasting zouden ervaren aan toe⁴.

He CDA pleit ervoor, wettelijk te waarborgen dat het donorkind vanaf zijn meerderjarigheid gerechtigd is tot inzage van zowel de medische als de persoonsidentificerende gegevens van de donor. Er dient met andere woorden een juridische mogelijkheid te zijn de anonimiteit van de persoon van de donor desgewenst op te heffen. Weliswaar mag de donor niet worden aangemerkt als de juridische ouder van het kind. Ook een wettelijk vastgelegd omgangsrecht is niet wenselijk, zo staat in 'Zinvol leven'.

In Nederland worden hoogstens 1.000 kinderen per jaar via KID verwekt. Het aantal kinderen dat wordt geboren uit een buitenechtelijke relatie, waarvan de echtgenoot veelal niet op de hoogte is, wordt geschat op 5% van de 180.000 kinderen die jaarlijks in Nederland worden geboren, dus 9.000: een veelvoud van het aantal KID-kinderen. Het geboren zijn binnen een staand huwelijk vormt geen garantie ten aanzien van het vaderschap!

NADELEN

Als voorbeeld kan Zweden dienen. Uit een persoonlijke brief van 21 november 1988 van professor Bygdeman aan mij citeer ik: 'The main disadvantage of the new law is that child-

A. A. Haspels

Moet bij kunstmatige inseminatie de anonimiteit van de donor worden opgeheven? Nee, zegt Prof. Dr. A. A. Haspels, hoogleeraar in de verloskunde en de leer der vrouwenziekten aan de Rijksuniversiteit Utrecht, na de voor- en nadelen te hebben opgesomd. Als maatschappelijk geëngageerd medicus wil hij gevrijwaard blijven van 'Zweedse' regelzucht. Na Kremers 'Een kind heeft recht op adequate ouders' (MC nr. 42/1988, blz. 1276) nóg een commentaar op het rapport 'Zinvol leven' van het wetenschappelijk bureau van het CDA.

ren born following donor insemination got the right to have knowledge about the identity of the donor. This right is restricted only to children, not to their parents, for instance. The consequences of the new law were that several centers in Sweden stopped giving donor insemination therapy, that several centers had significant difficulties in recruiting new donors and that several of the couples suitable for donor insemination could not accept the law. A solution for these couples was either to realize that they could not use donor insemination as a therapy or to seek contact with centers outside Sweden in countries still guaranteeing the anonymity of the donors.'

Met de stelling uit het rapport 'Zinvol leven' dat het welzijn van het te verwekken kind voorop staat, kan ik geheel akkoord gaan, evenals met de stelling van Kremer⁴, dat een kind recht heeft op adequate ouders. Dat de sociale vader daarbij essentieel is en niet de biologische vader, heeft Kremer reeds jaren geleden aangetoond.⁵

Het opheffen van de anonimiteit zal leiden tot elitaire geneeskunde. Immers, een geselecteerde, maatschappelijk bevooroordeelde groep die het zich kan veroorloven – soms wordt een hypotheek op het huis genomen – kan naar het buitenland gaan om de wens tot anonimiteit toch te realiseren. De zo ontstaande maatschappelijke ongelijkheid kan niet het streven van het CDA zijn.

Sommigen zullen hun toevlucht nemen tot illegaliteit, wat de kwaliteit en de kosten alleen maar ongunstig kan beïnvloeden.

Het is te betreuren dat de ethicus Schroten en de psycholoog Wolters, beiden lid van de commissie die 'Zinvol leven' schreef, hun pleidooi vóór anonimiteit van de donor niet in een minderheidsnota hebben bijgevoegd. Schroten stelde tijdens een wetenschappelijke discussie over het rapport de spermadonor gelijk met de bloeddonor; dat zou mij zelfs iets te ver gaan.

Tenslotte heb ik in 'Zinvol leven' gezocht naar argumenten van het CDA die op christelijke beginselen zouden kunnen zijn gebaseerd. Het hoogste gebod: 'Heb God lief boven alles', en het tweede daaraan gelijk: 'Heb Uw naaste lief als Uzelf', wijst vele medici de weg in de richting van de door de ouders gewenste anonimiteit in het belang van het welzijn van het kind.

CONCLUSIE

Als maatschappelijk geëngageerd medicus pleit ik er, met Bierkens², voor dat wij gevrijwaard blijven van 'Zweedse' regelzucht. De waarborg voor een goed KID-beleid en anonimiteit, ook bij embryo-donatie⁶, kan worden overgelaten aan de verantwoordelijke artsen, zo nodig bijgestaan door medisch-ethische commissies.

Het is goed dat politieke partijen zorgvuldigheidseisen stellen, maar dat wil niet zeggen dat de levensfeer volledig moet worden gepolitiseerd en dat er regels worden opgelegd die door de voortschrijdende technische ontwikkeling weer snel dienen te worden bijgesteld. □

Literatuur

1. Hoksbergen RAC. Een nieuwe kans: adoptie van Nederlandse en buitenlandse kinderen. RU Utrecht, 1985.
2. Bierkens PB. Adoptie, spermadonorschap en geheimhouding. Ned tijdschr Geneesk 1985; 129: 2003-5.
3. Kremer J. Spermadonorschap en anonimiteit. NedTijdschr Geneesk 1985; 129: 934-5.
4. Kremer J. Een kind heeft recht op adequate ouders. Medisch Contact 1988; 43: 1276.
5. Kremer J, Frijling BW, Nass JLM. Donorinseminatie en privacy. Medisch Contact 1981; 36: 41-4.
6. Haspels AA. In vitro fertilisatie; enkele ethische problemen. Medisch Contact 1986; 41: 726-7.

Uitspraken Centraal Medisch Tuchtcollege

Geen alert en voortvarend beleid, onvoldoende begeleiding: chirurg en kinderarts gewaarschuwd

I

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft het navolgende overwogen en beslist op het door Q, chirurg, wonende te M, appellant, ingestelde hoger beroep van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te A van 20 augustus 1986, waarbij hem terzake van de klacht van W, wonende te R, klager, de maatregel van waarschuwing is opgelegd.

1. Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft kennisgenomen van de stukken van eerste aanleg, het proces-verbaal van de zitting in eerste aanleg, de beslissing waarvan beroep, het beroepsschrift en het verweerschrift in hoger beroep.

2. De zaak is in hoger beroep behandeld ter terechtzitting van het Centraal College van 17 december 1987, alwaar appellant, verder ook 'de arts' te noemen, is gehoord, bijgestaan door Mr. F. Voorts zijn klager en zijn echtgenote gehoord.

3. Het beroep is tijdig ingesteld.

4. Tussen partijen staat onweersproken het volgende vast:

Klagers zoon S is op 7 augustus 1983 in het ziekenhuis te K opgenomen wegens een acute blindedarmontsteking. Hij werd nog diezelfde dag geopereerd door de aangeklaagde arts, die als waarnemer in het ziekenhuis werkzaam was. In de status is niet vermeld dat de arts een neussonde heeft ingebracht. De arts heeft geen antibiotica voorgeschreven. S had op de avond na de operatie omstreeks 20.00 uur 40° koorts. Volgens de arts was er geen reden tot ongerustheid. De koorts bleef gedurende de daaropvolgende dagen en weken aanhouden met temperaturen van omstreeks 39° en 40°. Op 11 augustus 1983 heeft de arts een wondabces geconstateerd en behandeld. Op 12 augustus daarop heeft hij de kinderarts in consult gevraagd wegens de adipositas van S. De koorts hield aan. De toestand van S werd ook toen door de chirurg niet verontrustend geacht. De kinderarts heeft S toen niet zelf onderzocht. Op 16 augustus daaropvolgend heeft de chirurg opnieuw de kinderarts in consult gevraagd, nu in verband met de aanhoudende koorts. De kinderarts heeft S toen zelf onderzocht en een

thoraxfoto laten maken. Wegens verdenking op longontsteking heeft hij clamoxyl voorgeschreven en fysiotherapie. De koorts bleef echter aanhouden. Op 23 augustus 1983 is opnieuw een thoraxfoto gemaakt. Er werd geen duidelijk vocht in de borstholte gezien, wel een geaccentueerde tekening. Hierop ontstond bij de chirurg de verdenking op een abces in de buik. Op 25 en 26 augustus is een echografisch onderzoek gedaan. Er werd een holte met vocht links in de onderbuik gevonden. Besloten werd tot een afwachterende conservatieve behandeling. De toestand van S ging steeds verder achteruit. De ouders constateerden dat S na 17 augustus zienderogen achteruitging en zagen bij hem vanaf omstreeks die datum een opgezette gespannen buik. De verpleegkundige status vermeldt vrijwel vanaf de opname bij S passiviteit, vermoeidheid en slechte eetlust, een zieker wordend kind.

Op 22 augustus is de chirurg T teruggekeerd van vakantie. Hij heeft op of na die dag het patiëntje overgenomen, doch er heeft geen duidelijke overdracht plaatsgevonden. Hij heeft S tussen 22 en 26 augustus gezien. Op 26 augustus heeft hij voor het eerst met de ouders gesproken. Op zondag 28 augustus is S onderzocht door de dienstdoende chirurg D. Deze heeft de toestand kritiek geacht. Op verzoek van de ouders heeft hij S dezelfde dag overgeplaatst naar het L kinderziekenhuis in N, alwaar S direct is geopereerd wegens peritonitis.

5. De klacht in eerste aanleg houdt in, dat:
a) de arts S niet zorgvuldig heeft behandeld, in het bijzonder door niet over te gaan tot operatie toen de conservatieve behandeling geen verbetering bracht;
b) aan de ouders onvoldoende voorlichting is gegeven over de behandeling, en met name de ouders niet duidelijk is gemaakt dat er complicaties waren. (De verslaglegging was onvoldoende).

6. Het college in eerste aanleg heeft de klacht gegrond bevonden en ter zake aan de arts de maatregel van waarschuwing opgelegd. Het heeft daartoe het volgende overwogen: 'Niet is gebleken dat tijdens de door de arts verrichte operatie tuchtrechtelijk verwijtbare fouten zijn gemaakt. Wel kan de arts worden verweten dat hij heeft nagelaten, na een operatie als de onderhavige, een neussonde te geven en – als

voorzorgsmaatregel – antibiotica voor te schrijven. Het college vindt het verweer van de arts op dit punt (te weten geen antibiotica voor te schrijven om genezingsprocessen niet te remmen) onvoldoende, zeker in het geval als het onderhavige, waar infecties veel voorkomen. Voorts heeft de arts in de postoperatieve periode onvoldoende onderzoek gepleegd. De arts heeft met name onvoldoende gekeken naar de mogelijkheid van een restabces, de in deze situatie meest voorkomende complicatie. De arts had, gezien de aanhoudend slechte lichamelijke toestand van S en de opgezette buik (gezien de grote hoeveelheid vocht die bij de operatie in het L kinderziekenhuis is vrijgekomen, acht het college het onwaarschijnlijk dat deze opgezette buik eerst op 27 of 28 augustus 1983 zich voor het eerst heeft voorgedaan) een buikoverzicht moeten laten maken en bloedonderzoek moeten laten verrichten. De arts heeft deze onderzoeken niet of te laat verricht. Tenslotte is de schriftelijke vastlegging onvoldoende geweest. Niet alleen zijn er geen maatregelen genomen, er zijn zelfs geen aanwijzingen in de status te vinden aan welke mogelijke oorzaken voor de aanhoudende koorts men heeft gedacht.'

7. De arts heeft tegen de beslissing, zakelijk weergegeven, de volgende grieven aangevoerd:

– Ten onrechte heeft het Medisch Tuchtcollege overwogen dat het appellant kan worden verweten dat hij na de operatie geen neussonde heeft gegeven en geen antibiotica als voorzorgsmiddel heeft voorgeschreven. Het is immers niet in de status vermeld dat de neussonde niet is aangebracht, zodat het niet vaststaat dat het niet is gebeurd. Voorts is het niet noodzakelijk om deze aan te brengen, noch om profylactisch antibiotica te geven.
– Ten onrechte heeft het college overwogen dat de arts in de post-operatieve periode onvoldoende onderzoek heeft verricht door met name geen buikoverzicht te laten maken of geen bloedonderzoek te laten verrichten. Immers, voor de aanhoudende koorts was aanvankelijk afdoende verklaring gevonden in het wondabces en de pulmonale infectie. Pas in de week van 22 augustus was er aanleiding om een andere oorzaak voor de koorts te veronderstellen. Toen heeft de arts de benodigde onderzoeken gedaan. Pas op 28 augustus is de toestand

van de patiënt aanzienlijk achteruitgegaan en de buik ernstig opgezet.

– Ten onrechte overweegt het Medisch Tuchtcollege dat de buik van S al eerder opgezet en gespannen moet zijn geweest, gezien de zeer grote hoeveelheid vocht die het L kinderziekenhuis heeft aangetroffen. Het college gaat daarbij voorbij aan het feit dat het abces inmiddels in de vrije buikholtte was geperforeerd. Weliswaar maakt klager eerder gewag van een opgezette buik, doch dit is door geen der artsen die S hebben gezien, geconstateerd, noch is het vóór 28 augustus in het verpleegrapport vermeld.

– Het kan appellant niet worden toegerekend dat de verslaglegging onvoldoende is geweest. Immers, het kan van hem als waarnemer niet worden verwacht dat hij veranderingen aanbrengt in de methoden van verslaglegging binnen de maatschap waarin hij waarneemt.

8. Klager heeft deze grieven weersproken.

9. Het Centraal College overweegt als volgt: De operatie heeft de arts lege artis verricht. Na de operatie van een geperforeerde appendix bestaat ernstig gevaar voor het ontstaan van abscessen. Ter verkleining van dit risico is het nodig antibiotica toe te dienen. Het Centraal College beschouwt het nalaten daarvan als onverantwoord beleid van de arts. Ook het niet aanbrengen van een neussonde is onjuist. Het is niet aannemelijk dat de arts de neussonde wel heeft aangebracht, nu hij dit zelf niet noodzakelijk acht en het niet in de status is vermeld, terwijl ook aanvankelijk klager in zijn verweerschrift in beroep heeft gesteld dat noch antibiotica zijn gegeven, noch een neussonde is aangebracht na de operatie.

Uit de stukken en uit hetgeen ter terechtzitting is besproken, is het Centraal College tot de overtuiging gekomen dat de arts onvoldoende alert is geweest en onvoldoende gevolgtrekkingen heeft gemaakt uit de bij S tijdens de opname bestaande verschijnselen: de aanhoudende koorts, persisterende buikklachten, pijn in de zij, pijn in de schouder en de hoge diafragma-stand hadden voor de arts aanleiding moeten zijn om in een eerder stadium verdergaand onderzoek te verrichten, een buikoverzicht te laten maken en bloedonderzoek en urineonderzoek te laten doen.

Met het college in eerste aanleg is het Centraal College van mening dat het waarschijnlijk is dat het opzetten van de buik is aangevangen vóór 28 augustus 1983. Dat de bestaande adipositas onderzoek en interpretatie heeft bemoeilijkt, doet daaraan niet af.

Uit het verpleegrapport blijkt dat S van de aanvang af ernstig ziek is geweest en steeds ernstiger ziek is geworden. Aan dit rapport of aan het overleg met de hoofdverpleegkundige hierover heeft de arts onvoldoende aandacht besteed. De medische verslaglegging is volstrekt onvoldoende. Een arts heeft ook in een waarnemingssituatie zijn eigen verantwoordelijkheid voor het bijhouden van de status. Het was de arts zonder meer mogelijk geweest over een door hem behandelde patiënt een uitgebreidere verslaglegging te maken.

Het valt te betreuren dat tussen 22 en 28 augustus de overdracht van de patiënt aan de chirurg T na diens terugkeer onduidelijk is geweest. Het Centraal College constateert dat continuïteit van de zorg heeft ontbroken.

10. Het Centraal College is van oordeel dat de arts zodanig in zijn behandeling heeft gefaald, dat een maatregel van berisping op zijn plaats is.

Voorts zal het Centraal College op grond van artikel 13b van de Medische Tuchtwet bepalen dat de beslissing met inachtneming van dit artikel zal worden bekend gemaakt door plaatsing in de Staatscourant en door toezending aan hierna te noemen tijdschriften.

11. Het Centraal Medisch Tuchtcollege beslist mitsdien als volgt:

Rechtdoende in hoger beroep:

Vernietigt de beslissing in eerste aanleg;

En opnieuw rechtdoende:

Verklaart de klacht gegrond en legt de arts de maatregel van berisping op.

Bepaalt de bekendmaking van deze beslissing met inachtneming van artikel 13b van de Medische Tuchtwet door plaatsing in de Staatscourant en door toezending met verzoek tot publicatie aan de redacties van Medisch Contact, het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Aldus gegeven in raadkamer door Mr. P. Neleman, plaatsvervangend voorzitter; Dr. J. J. Hamming, E. C. M. Plag, Prof. Dr. H. K. A. Visser, K. W. Woltering, plaatsvervangende leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van Mr. H. J. Sluyters-Hamburger, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van donderdag 21 april 1988 door Mr. Neleman voornoemd in tegenwoordigheid van de secretaris. □

II

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft het navolgende overwogen en beslist op het door T, chirurg, wonende te P, ingestelde hoger beroep van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te A van augustus 1986, waarbij hem terzake van de klacht van W, wonende te R, klager, de maatregel van waarschuwing is opgelegd.

1. Het Centraal College heeft kennis genomen van de stukken van eerste aanleg, het proces-verbaal van de zitting in eerste aanleg, de beslissing waarvan beroep, het beroepschrift en het verweerschrift in beroep.

2. De zaak is in hoger beroep behandeld ter terechtzitting van het Centraal College van 17

december 1987, alwaar appellant (verder ook te noemen: de arts) is gehoord, bijgestaan door Mr. F.

Voorts zijn klager en zijn echtgenote gehoord.

3. Het beroep is tijdig ingesteld.

4. Tussen partijen staat onweersproken het volgende vast:

Klagers zoon S is op 7 augustus 1983 in het ziekenhuis te K opgenomen wegens een acute blindedarmonsteking. Hij is diezelfde dag door de waarnemer van appellant, Q, geopereerd. Na de operatie bleef S steeds hoge koorts houden (omstreeks 39°, 40°). Op 11 augustus heeft Q een wondabces geconstateerd en behandeld. Op 16 augustus heeft de kinderarts B op grond van een thoraxfoto gemeend dat er een longontsteking bestond en op deze waarschijnlijkheidsdiagnose clamoxyl en fysiotherapie voorgeschreven. Op de tweede op verzoek van de kinderarts gemaakte thoraxfoto wordt in de longen geen duidelijk vocht, maar wel een geaccentueerde tekening gezien. Er wordt een holte met vocht in de onderbuik gevonden. Er wordt besloten tot een afwachtende conservatieve behandeling. De koorts houdt echter aan. In de periode tot 22 augustus is een bloedkweek, maar geen algeheel bloedbeeld aangevraagd.

De ouders van S constateren vanaf omstreeks 17 augustus dat S een opgezette gespannen buik heeft. Uit het verpleegrapport blijkt dat S zich vanaf het begin ziek heeft gevoeld en steeds ernstiger ziek is geworden. Op 28 augustus vermeldt het verpleegrapport dat S een opgezette buik heeft. Appellant is op 22 augustus van zijn vakantie teruggekomen. Tussen 22 en 26 augustus heeft niet een duidelijke overdracht van het patiëntje aan hem plaatsgevonden. De echografieën op 25 en 26 augustus zijn aangevraagd door Q. Appellant heeft S gezien tussen 22 en 26 augustus en heeft (mede) de beslissing genomen tot conservatieve behandeling van S. De ouders heeft hij op 26 augustus voor het eerst gesproken. Tijdens dit gesprek verzoeken de ouders S over te plaatsen naar het L kinderziekenhuis te N. De arts acht dit niet noodzakelijk, doch stelt voor dit na het weekend te doen. S wordt op 28 augustus onderzocht door de dienstdoende arts D. Deze acht de toestand kritiek. Op verzoek van de ouders plaatst hij S dezelfde dag over naar het L kinderziekenhuis, waar S direct wordt geopereerd wegens peritonitis.

5. De klacht houdt, kort weergegeven, in dat de arts S onzorgvuldig heeft behandeld en de ernst van de situatie niet heeft ingezien, met name niet heeft geopereerd toen bleek dat S op een conservatieve behandeling niet reageerde; voorts, dat de arts te kort is geschoten in de begeleiding van de patiënt en zijn ouders.

6. Het college in eerste aanleg heeft de klacht gegrond bevonden en ter zake aan de arts de maatregel van waarschuwing opgelegd en heeft het volgende overwogen: 'Op het moment dat de arts de behandeling van S overnam heeft de

operatie al geruime tijd daarvoor (± 2 weken) plaatsgevonden. S is op het moment van overname nog steeds zeer ziek, heeft met name aanhoudend koorts. Van de arts mag onder die omstandigheden worden verwacht, dat hij onmiddellijk tot het doen van het vereiste onderzoek (het maken van een buikoverzicht en het laten verrichten van bloedonderzoek) overgaat. De arts heeft dit achterwege gelaten of te laat gedaan. Ook na het bloedonderzoek op 24 en 26 augustus laat de arts na nadere maatregelen te nemen, hoewel het onderzoek alle aanleiding gaf tot onmiddellijke reactie. Gezien de langdurige slechte lichamelijke toestand van S had de arts niet mogen afwachten. Dat er op 28 augustus voor het eerst sprake is van een opgezette buik acht het college onwaarschijnlijk; door klager is dit al in een eerder stadium geconstateerd, terwijl tevens met de stelling van de arts niet te rijmen valt dat er tijdens de operatie in het L kinderziekenhuis een zeer grote hoeveelheid vocht in de buik wordt aangetroffen. Tenslotte is de schriftelijke verslaglegging onvoldoende gebleken. Uit de status valt niet op te maken aan welke mogelijke oorzaken de arts heeft gedacht.'

7. De arts heeft tegen de beslissing, samengevat, de volgende grieven aangevoerd:

– De arts heeft na zijn terugkeer van vakantie op 22 augustus 1983, anders dan het college in eerste aanleg overweegt, tijdig onderzoek verricht samen met Q.

– Ook na het bloedonderzoek op 24 en 26 augustus was de arts de mening toegedaan dat het weliswaar een abces in de buikholte betrof, maar niet een subfrenisch abces, zodat een conservatieve behandeling verantwoord leek.

– Geen der artsen heeft vóór 28 augustus een opgezette gespannen buik gezien bij S. Ook is dit in het verplegerapport niet vermeld vóór die datum.

– Ten onrechte acht het college in eerste aanleg, met voorbijzien van de adipositas, klagers bewering dat de buik reeds eerder opgezet en gespannen was, aannemelijk en trekt het college die conclusie uit de grote hoeveelheid vocht die bij de operatie op 28 augustus in het L kinderziekenhuis is aangetroffen.

8. Klager heeft deze grieven weersproken.

9. Het Centraal College overweegt het volgende:

Het valt zeer te betreuren dat de overname van het patiëntje tussen 22 en 26 augustus onduidelijk is geweest. De arts heeft echter in de procedure gesteld vanaf 22 augustus volledige verantwoordelijkheid voor hem te hebben gehad. Het Centraal College constateert dat er ook vanaf die dag geen alert en voortvarend beleid is gevoerd. De arts had in ieder geval direct toen hij het ernstig zieke patiëntje overnam een buikoverzicht en een bloedbeeld moeten laten maken en urineonderzoek moeten laten doen. Hij had intensiever onderzoek moeten doen en wellicht overleg met derden moeten plegen bij de afweging of tot heroperatie zou moeten worden overgegaan.

De verslaglegging in de medische status is bij dit patiëntje volstrekt onvoldoende geweest. De arts heeft onvoldoende acht geslagen op de inhoud van de verpleegkundige status, waarin duidelijk de ernst van de toestand van S is weergegeven.

Daarenboven heeft de arts zowel de patiënt als de ouders, die terecht zeer bezorgd waren, niet voldoende begeleid.

Ten overvloede merkt het Centrale College op dat, anders dan de arts blijkens zijn beroepschrift meent, op geen enkel tijdstip, ook niet tussen 16 en 22 augustus, de verantwoordelijkheid door de kinderarts is overgenomen. De chirurg – aanvankelijk Q, later de arts tegen wie de klacht is gericht – is steeds de hoofdhandelaar geweest, terwijl de kinderarts slechts mede verantwoordelijk was.

10. Uit het voorgaande volgt dat het Centraal College van oordeel is, dat de arts in zijn beleid en behandeling op belangrijke onderdelen zeer ernstig heeft gefaald. Het Centraal College acht hierom de oplegging van de maatregelen van berisping op haar plaats.

Voorts zal het Centraal College op grond van artikel 13 b van de Medische Tuchtwet bepalen dat de beslissing met inachtneming van dit artikel zal worden bekendgemaakt door plaatsing in de Staatscourant en door toezending aan na te noemen tijdschriften met verzoek tot plaatsing.

11. Het Centraal Medisch Tuchtcollege beslist mitsdien als volgt:

Rechtdoende in hoger beroep:

Vernietigt de beslissing in eerste aanleg;

En opnieuw rechtdoende:

Verklaart de klacht gegrond en legt de arts de maatregel van berisping op.

Bepaalt de bekendmaking van deze beslissing met inachtneming van artikel 13b van de Medische Tuchtwet door plaatsing in de Staatscourant en door toezending met verzoek tot publicatie aan de redacties van Medisch Contact, het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Aldus gegeven in raadkamer door Mr. P. Neleman, plaatsvervangend voorzitter; Dr. J. J. Hamming, E. C. M. Plag, Prof. Dr. H. K. A. Visser, K. W. Woltering, plaatsvervangende leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van Mr. H. J. Sluyters-Hamburger, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van donderdag 21 april 1988 door Mr. Neleman voornoemd in tegenwoordigheid van de secretaris. □

III

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft het navolgende overwogen en beslist op het door W, wonende te R, klager, ingestelde hoger beroep van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te A van 20 augustus 1986, waarbij zijn klacht tegen B, kinderarts, wonende te M, is afgewezen.

1. Het Centraal College heeft kennis genomen van de stukken van eerste aanleg, het proces-verbaal van de zitting in eerste aanleg, de beslissing waarvan beroep, het beroepschrift en het verweerschrift in beroep.

2. De zaak is in hoger beroep behandeld ter terechtzitting d.d. 17 december 1987, alwaar appellant en zijn echtgenote en de aangeklaagde arts zijn gehoord.

3. Het beroep is tijdig ingesteld.

4. Tussen partijen staat onweersproken het volgende vast:

Klagers zoon S is op 7 augustus 1983 in het ziekenhuis te K opgenomen wegens een acute blindedarmonsteking. Hij is diezelfde dag door de chirurg Q, die enige tijd waarnam in dit ziekenhuis, geopereerd. Na de operatie bleef S steeds hoge koorts ($\pm 39^\circ\text{C}$, 40°) houden.

Op 11 augustus heeft de chirurg een wondabces geconstateerd, hetgeen de koorts aanvankelijk kon verklaren. Op 12 augustus heeft de chirurg de kinderarts in consult gevraagd wegens de adipositas van S. De co-assistent van de kinderarts heeft S gezien en in de status geschreven: 'gezonde adipeuze jongen . . .' Op 16 augustus wordt de kinderarts opnieuw in consult geroepen, nu in verband met de aanhoudende (hoge) koorts. De aangeklaagde arts heeft S onderzocht en een thoraxfoto laten maken. Op de waarschijnlijkheidsdiagnose 'longontsteking' heeft de arts clamoxyl en fysiotherapie voorgeschreven. Op 19 augustus heeft hij een bloedkweek aangevraagd. Op 23 augustus is opnieuw een thoraxfoto gemaakt en een bloedkweek aangevraagd, op 26 augustus bloedonderzoek. Op de tweede thoraxfoto werd geen duidelijk vocht in de longen gezien, wel een geaccentueerde tekening.

5. De klacht in eerste aanleg houdt in:

De kinderarts heeft, toen hij op 12 augustus 1983 voor het eerst in consult was geroepen, niet zelf S gezien.

Op 16 augustus 1983 heeft hij onvoldoende geverifieerd of S inderdaad longontsteking had en onvoldoende onderzocht of er wellicht andere oorzaken bestonden voor de koorts.

6. Het college in eerste aanleg heeft de klacht afgewezen, daartoe overwegende dat de arts op 16 augustus door de chirurg slechts is giconsulteerd in verband met een mogelijke longontsteking. De arts heeft op grond van voldoende onderzoek geconstateerd, dat longontsteking mede de oorzaak van de aanhou-

dende koorts zou kunnen zijn. Hem kan niet worden verweten dat longproblemen niet mede de oorzaak van de koorts waren, noch dat hij te weinig initiatieven zou hebben genomen terzake van de behandeling van S.

7. Klager herhaalt in hoger beroep zijn oorspronkelijke klacht als weergegeven onder 5. Hij stelt daarbij nadrukkelijk dat de arts, anders dan het college in eerste aanleg overweegt, op 16 augustus niet in consult is geroepen in verband met een mogelijke longontsteking, maar in verband met aanhoudende koorts, zodat op hem wel degelijk de plicht rustte ook buiten de mogelijke longontsteking naar een oorzaak van de koorts te zoeken.

8. Het Centraal College overweegt het volgende:

De kinderarts die op 12 augustus 1983 alleen in consult was gevraagd in verband met de adipositas van S, had toen geen advies behoren te geven zonder zelf de patiënt te hebben gezien. Het is onjuist dat hij de aantekening van de co-assistent in de status, ook al betrof deze slechts het onderzoek op de adipositas, niet heeft verbeterd: op 12 augustus was S niet een 'gezonde jongen'.

Op 16 augustus heeft de arts de longen voldoende onderzocht. Hij was echter in consult geroepen wegens aanhoudende koorts, zoals ook de arts zelf stelt. Hij had dan ook meer onderzoek naar de oorzaak daarvan behoren te doen, zeker toen de patiënt op de pneumoniebehandeling onvoldoende reageerde. De arts had in een eerder stadium naast een bloedkweek ook een bloedbeeld moeten laten maken. Voorts had de arts – ook in zijn positie van geconsulteerd arts – zelf met de terecht zeer bezorgde ouders van het ernstig zieke kind contact behoren te onderhouden. In het algemeen had de arts zich meer betrokken bij de behandeling en meer medeverantwoordelijk voor de continuïteit van de zorg behoren te voelen, te meer waar de hoofdbehandelaar een jonge waarnemende chirurg was.

9. Uit het voorgaande volgt dat het Centraal College de klacht gegrond acht. Het Centraal College meent, dat de maatregel van waarschuwing op zijn plaats is. Voorts zal het College op grond van artikel 13b van de Medische Tuchtwet bepalen, dat de beslissing met inachtneming van dit artikel zal worden bekendgemaakt door plaatsing in de Staatscourant en door toezending aan na te noemen tijdschriften.

10. Het Centraal Medisch Tuchtcollege beslist mitsdien als volgt:
Rechtdoende in hoger beroep:
Vernietigt de beslissing waarvan beroep;
En opnieuw rechtdoende:

Verklaart de klacht gegrond en legt aan de arts op de maatregel van waarschuwing.

Bepaalt de bekendmaking van deze beslissing met inachtneming van artikel 13b van de Medische Tuchtwet door plaatsing in de Staatscourant en door toezending met verzoek tot publicatie aan de redacties van Medisch Contact, het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Aldus gegeven in raadkamer door Mr. P. Neleman, plaatsvervangend voorzitter; Dr. J. J. Hamming, E. C. M. Plag, Prof. Dr. H. K. A. Visser, K. W. Woltering, plaatsvervangende leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van Mr. H. J. Sluyters-Hamburger, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van donderdag 21 april 1988 door Mr. Neleman voornoemd in tegenwoordigheid van de secretaris. □

16 januari – Academisch Medisch Centrum te Amsterdam: 'Nieuwe antimicrobiële middelen: wat moeten we ermee?', nascholingsavond. Inlichtingen: Administratie NIGA, Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam, tel. 020-5484810.

16 en 17 januari — Amsterdam: P(rolog), cursus. Inlichtingen: PAO-Informatica, Van Diemenstraat 136, 1013 CN Amsterdam, tel. 020-233094.

18-20, 26 en 27 januari – Delft: 'ADA', cursus. Inlichtingen: PAO-Informatica, Van Diemenstraat 136, 1013 CN Amsterdam, tel. 020-233094.

19 en 20 januari – Rijksuniversiteit Leiden: 'Het hart in ontwikkeling: myocardpathologie en prenatale diagnostiek', Boerhaavecursus. Inlichtingen: Mw. P. T. C. Metz, bureau van de Boerhaave Commissie voor PAOG, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden, tel. 071-275290.

21 januari — Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht: 'Kwaliteit in gezondheidscentra', LVG-congres 1989. Inlichtingen: LVG, Mauritsstraat 100, 3583 HW Utrecht, tel. 030-522804.

27 januari — Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht: 'Voedselallergie en -intolerantie, wat doen wij ermee?', symposium. Inlichtingen: J. Baerends, NVAS, de Schouw 5, 3742 GH Baarn, tel. 02154-22854.

AGENDA

28 januari – Vrije Universiteit te Amsterdam: 'Letsels van de knie', symposium. Inlichtingen: bureau PAOG, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam, tel. 020-5664801/5664803.

2-3 februari – Rijksuniversiteit te Leiden: 'Praktische neurologie op vaste voet', nascholingscursus. Inlichtingen: bureau van de Boerhaave Commissie voor PAOG, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden, tel. 071-275294.

3 februari – Remonstrantse Kerk te Rotterdam: 'Ruimte voor sterven', symposium. Inlichtingen: Drs. M. C. Vos-Maan, Studium Generale EUR, tel. 010-4088023/4081098.

6 februari – Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht: 'Diagnostiek van seksueel misbruikte jonge kinderen', workshop. Inlichtingen: Mw. M. A. Veder, Wilhelmina Kinderziekenhuis, Postbus 18009, 3501 CA Utrecht, tel. 030-320911.

15-17 februari – Amsterdam: 'Gestructureerd programmeren', PAO-cursus. Inlichtingen: bureau PAO-Informatica, van Diemenstraat 136, 1013 CN Amsterdam, tel. 020-233094.

23 februari – Odeon te Amsterdam: 'Onbeschermde wonen, wonen op maat in de psychiatrie', symposium. Inlichtingen: Stichting J. C.

de Keijzer, Antwoordnummer 306, 2100 VB Heemstede, tel. 023-280872 (9.00-12.00 uur).

23 februari — Vrije Universiteit te Amsterdam: '10 jaar IKC's in de markt', lustrumviering IKA. Inlichtingen: secretariaat IKA, tel. 020-172903.

23-24 februari – Rijksuniversiteit Groningen: 'Life in the polar winter – strategies of survival', symposium. Inlichtingen: Arctisch Centrum, Grote Kruisstraat 2-I, 9712 TS Goningen, tel. 050-636834.

24 februari – Katholieke Universiteit Nijmegen: 'Intensive care', nascholingscursus. Inlichtingen: Mw. G. Willemsen, bureau PAOG, Johannes Wierlaan 1, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, tel. 080-517050.

27 februari - 3 maart – Katholieke Universiteit Nijmegen: 'Klinische kindergeneeskunde', 6e herhalingscursus. Inlichtingen: Mw. B. Hachmang-Rissenbeek, bureau PAOG, Johannes Wierlaan 1, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, tel. 080-517050.

Reorganisatie van de Amerikaanse gezondheidszorg

De rol van de medische professie

De toenemende verindustrialisering, de ontwikkeling van bedrijfsmatig geleide organisaties en de steeds groter wordende rol van de overheid in de Amerikaanse gezondheidszorg hebben voor veel groepen en individuele mensen belangrijke gevolgen, maar toch wel het meest voor artsen en patiënten. Deze twee groeperingen die vroeger de hoofdrol speelden in de gezondheidszorg hebben het veld geruimd voor twee andere belanghebbende partijen: de grote verzekeraars en grote instellingen, zowel met als zonder winstoogmerk. Door de hegemonie van de grote instellingen in de gezondheidszorg en hun invloed op artsen en patiënten krijgt de medische professie met totaal nieuwe problemen te maken^{1, 2}. De arts-patiëntrelatie, die vroeger was gebaseerd op een overeenkomst waarbij de patiënt erop vertrouwde dat de arts zou doen wat het beste was voor hem of haar, is veranderd in een contractuele relatie waarbij de arts een duidelijk omschreven, meetbare dienst verleent tegen een overeengekomen prijs. Deze ontwikkelingen worden nog gecompliceerder omdat de kosten van de gezondheidszorg onverminderd blijven stijgen (tot 15% van het bruto nationaal produkt in het jaar 2000³) en

door de moeilijke maatschappelijke compromissen die moeten worden overwogen als men het erover eens is dat de kosten van de gezondheidszorg binnen de perken moeten blijven. Bovendien is er nog het dreigende vooruitzicht van 30 miljoen niet-verzekerde Amerikanen.

In dit artikel worden de fundamentele veranderingen in de gezondheidszorg onder de loep genomen aan de hand van de voornaamste vragen en problemen. Tenslotte wordt aangegeven hoe de medische professie zou kunnen reageren.

Diensten en personen

Gezondheidszorg wordt steeds vaker beschouwd als iets dat wordt geproduceerd, op de markt gebracht, gekocht, verkocht en gedistribueerd. Dat is ook logisch als men de gezondheidszorg ziet als een louter economische onderneming. Als men hulpverlening echter gaat verhandelen betekent dit dat die hulp in wisselende hoeveelheden beschikbaar wordt gesteld, afhankelijk van de koopkracht van de klanten. Maar hoe zit het dan met de behoeften van mensen met een beperkte koopkracht? Hoeveel gezondheidszorg moeten zij krijgen, hoe

moet die zorg worden gegeven en wie moet ervoor betalen?

Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de medische professie dat men opkomt voor de gezondheidsbehoeften van alle mensen, ongeacht hun economische of sociale status. Artsen hebben een speciale verplichting jegens mensen die, om wat voor reden dan ook, minder draagkrachtig zijn: zij moeten hen als zodanig identificeren, nagaan welke medische en sociale problemen zij hebben en erachter zien te komen wat de effectiefste en efficiëntste manier is om deze problemen aan te pakken. Wij artsen mogen onszelf geen 'professionals' noemen als we alleen maar geïnteresseerd zijn in patiënten die voor hun medische zorg kunnen betalen.

Mensen die vroeger praktisch zonder uitzondering als patiënten werden beschouwd worden nu steeds vaker als klanten gezien. Hoe ver moet deze trend gaan? Op de marktplaats wordt, voor zover de markt efficiënt werkt, voldaan aan de behoeften van de klant. Voor een efficiënt werkende markt moeten de klanten echter beschikken over voldoende kennis om terzake kundige keuzes te kunnen maken⁴. Grote afnemers kunnen een

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – THE LANCET – BRITISH MEDICAL JOURNAL

ziektelastenverzekering kopen op basis van goede en volledige informatie, maar zo'n zorgvuldig koopgedrag zien we niet vaak bij individuele personen en is ook geen garantie voor de kwaliteit van de hulpverlening. Veel van de individuele medische keuzes, vaak de belangrijkste, worden niet gemaakt op het moment van de koop.

Complex

Ook andere omstandigheden maken het onwaarschijnlijk dat patiënten volledig als klanten kunnen gaan optreden. In de gezondheidszorg gaat het om een complexe dienstverlening waarvan de kwaliteit niet gemakkelijk is te definiëren. Mensen zijn kwetsbaar als ze ziek zijn en op zo'n moment zijn hun beslissingen soms niet helemaal betrouwbaar. Bovendien ontwikkelen de wetenschap en de technologie zich in zo'n snel tempo, dat je tegenwoordig meer dan ooit over een grote hoeveelheid kennis moet beschikken om een goed geïnformeerde klant te zijn. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de medische professie om openhartige informatie te verstrekken over de medische zorg, om de verspreiding van betrouwbare, wetenschappelijk verantwoorde informatie te bevorderen en om ruime bekendheid te geven aan de normen waaraan de praktijkuitoefening en de zorg moeten voldoen. Artsen moeten de bevolking zo uitgebreid mogelijk informeren over preventieve gezondheidsmaatregelen, de kosten van de zorg, de toegang tot de zorg en de risico's en voordelen van verschillende diagnostische en therapeutische methoden. Deze plicht geldt in het bijzonder waar het gaat om groepen mensen die minder goed in staat zijn om op te treden als goed geïnformeerde klanten. Tenslotte moeten artsen, wanneer er meningsverschillen zijn tussen patiënten en instellingen of wanneer patiënten en familieleden onzeker zijn over hun opties, blijven optreden als belangenbehartiger van de patiënt.

Organisatie zorgverlening

De zorgverlening vindt in toenemende mate plaats via grote, complexe organisatiestructuren^{5, 6}, waarbij vooral de 'health maintenance organizations' en de 'preferred-provider organizations' een snelle groei doormaken. Er is een trend in de richting van landelijk opererende bedrijven, waarvan de activiteiten worden gekenmerkt door consolidatie, verticale integratie van diensten en marktpositionering⁷⁻¹⁰. Hoewel er discussie is geweest over de vraag hoe effectief dit soort organisaties voldoen aan de werkelijke behoeften van de mensen, zijn er weinig aanwijzingen dat de kwaliteit van de zorg achteruitgaat als de hulpverlening grootschaliger wordt opgezet. In feite zou het omgekeerde wel eens het geval kunnen zijn: terwijl de zorgverlening steeds vaker plaatsvindt binnen grote instellingen is de gezondheidszorg de laatste decennia beter geworden.

Aan de andere kant vormt de bedrijfsmatige organisatie van de zorgverlening een uitdaging voor artsen als 'professionals'. Er kan sprake zijn van inherente conflicten tussen de beroepsethiek en zakelijke eisen, vooral als we de klassieke eigenschappen van de arts vergelijken met de traditionele definities van een bureaucratische organisatie^{6, 11}. Er zijn echter ook mensen die menen dat deze conflicten niet perse noodzakelijk zijn en dat artsen onder bepaalde omstandigheden voldoende kunnen vinden in gezagshierarchieën en organisatorische regels¹².

Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de medische professie dat men uitzoekt welke gevolgen de bedrijfsmatige organisatie van de zorgverlening zal hebben voor de patiënten en de artsen. Men moet de relaties evalueren tussen verschillende organisatiestructuren en de resultaten van de zorgverlening en men moet de zorgverleningsorganisaties helpen om zich aan te passen aan de veranderende medische behoeften

van de patiënten. Artsen moeten als beroepsgroep worden betrokken bij organisatorische beslissingen aangaande de selectie van diensten, de toewijzing van middelen, het opstellen van begrotingen, het formuleren van doelstellingen en de strategische planning. Om doeltreffend vorm te kunnen geven aan het organisatorische en financiële beleid hebben artsen ruime ervaring en/of een speciale opleiding nodig.

De professie zou ook met gegevens moeten komen over aanvaardbare afbakeningen van werkterreinen in plaats van uitsluitend autonomie te eisen. Er moeten meer onderzoeken komen, zoals het Clinical Efficacy Assessment Project van het American College of Physicians of het Medical Necessity Project van de Blue Cross and Blue Shield Association, die criteria ontwikkelen voor de juiste toepassing van procedures en tests. De professie heeft de plicht toezicht uit te oefenen op haar leden. De bevoegde instanties moeten actiever worden in het opsporen en schorsen van incompetent of dysfunctionerende artsen. Onderlinge toetsingen moeten breder en actiever worden gesteund door medische organisaties en vooraanstaande klinici. Artsen zouden daarbij een belangrijke rol moeten spelen, want zij verkeren technisch gezien in de beste positie om serieuze kwaliteitscontroles uit te voeren. Op dit moment ontbreken er echter twee dingen die voor een goede uitvoering van deze taak nodig zijn: voldoende informatie over wat nu precies de juiste gang van zaken is en de bereidheid om degenen die niet aan de normen voldoen met deze informatie te confronteren. De professie moet deze informatie en bereidheid ontwikkelen.

Betaling en financiering

Wij verkeren in een overgangsfase tussen een systeem waarbij achteraf en op kostenbasis wordt betaald voor verrichtingen en een systeem waarbij

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – THE LANCET – BRITISH MEDICAL JOURNAL

dat op een tevoren bepaalde manier wordt geregeld en waarbij de financiële risico's vervolgens worden verlegd naar de instellingen. Betalingen voor medische zorg spelen zich steeds vaker af tussen grote instellingen en grote verzekeraars (overheden en grote werkgevers) die een veel grotere rol zijn gaan spelen bij het onderhandelen over tarieven, het specificeren van diensten en het bevorderen van kwaliteitsnormen¹³. Het is niet verwonderlijk dat de grote verzekeraars de neiging hebben meer op het tarief te letten dan op de kwaliteit, terwijl de verzekerde meer op de kwaliteit zal letten. Steeds meer instellingen integreren hun financiering en programmering (zodat op basis van de verwachte opbrengst van de investering wordt beslist of men een bepaalde dienst al dan niet zal leveren)¹⁴, trekken investeerders aan en stappen van 'non-profit'-structuren over op systemen met winstoogmerk^{10 15}.

Hoe moeten betaalsystemen er uitzien als we enerzijds willen dat er zoveel mogelijk hoogwaardige zorg wordt verleend, terwijl anderzijds de artsen en patiënten een bepaalde mate van vrijheid blijven houden, de kostenstijgingen worden tegengegaan en de toegang tot de gezondheidszorg gewaarborgd blijft voor niet-verzekerden? In hoeverre kunnen traditionele doelstellingen – zorg voor de minvermogenen, uitstekend onderwijs en wetenschappelijk onderzoek, gezonde arts-patiëntrelaties – worden gerealiseerd als we voor de financiering afhankelijk zijn van investeerders die misschien een groter rendement verlangen?

Door de fundamentele veranderingen in de wijze waarop de gezondheidszorg wordt gefinancierd en betaald is het van essentieel belang dat de medische professie de volgende drie stappen onderneemt: ten eerste moet in praktische termen worden gedefinieerd wat men verstaat onder de kwaliteit van de zorg; in de tweede plaats moet worden vastgesteld wat voor effecten verschillende stimuleringspre-

mies hebben op het gedrag van artsen en instellingen en op de kwaliteit van de zorg en in de derde plaats moet worden gecontroleerd hoe verschillende typen instellingen (zowel met als zonder winstoogmerk) in financieel en kwalitatief opzicht functioneren om te zien of zij voldoen aan hun sociale en gezondheidsbevorderende plichten.

Artsen moeten het voortouw nemen in de maatschappelijke discussie over de bezuinigingsmaatregelen die nodig zijn als we de uitgaven binnen de perken willen houden en de hulpverlening betaalbaar willen maken voor de minst draagkrachtigen. De waarde van medische interventies, vooral waar het gaat om nieuwe en kostbare procedures, moet worden beoordeeld op kwantificeerbare aspecten als mortaliteit, morbiditeit, benutte faciliteiten en tevredenheid van de patiënt. Bij deze beoordelingen moet vooral worden gekeken naar de relatieve en marginale voordelen en de extra kosten die met het behalen van deze voordelen zijn gemoeid. Er moet een grotere consensus worden bereikt met betrekking tot de effectiviteit en de tekortkomingen van kostbare en riskante procedures en er moet meer duidelijkheid komen over de indicaties voor dit soort procedures^{16 17}.

De medische professie moet ook meedenken over de vraag hoe we binnen redelijke grenzen aan geld kunnen komen voor activiteiten die geen winst opleveren, zoals fundamenteel wetenschappelijk onderzoek en opleidingen die misschien niet meer worden gesteund als de concurrentie in de gezondheidszorg groter wordt.

Machtsverschuiving

Door organisatorische en economische veranderingen komen de zwaartepunten van macht, zeggenschap en invloed binnen de medische wereld anders te liggen. Om verschillende redenen is de dominantie van de medische professie aan het afnemen^{6 18} ten gunste van een meer pluralistisch

systeem dat grote verzekeraars, grote instellingen, consumentengroeperingen, belangenorganisaties en regulerende instanties omvat. Onduidelijk is nog in hoeverre deze gemeenschappelijke aanpak ten goede zal komen aan het systeem als geheel.

De medische professie zal moeten inzien dat bepaalde veranderingen – de bedrijfsmatige aanpak van de zorgverlening en wijzigingen in de betalingssystemen voor artsen – onvermijdelijk zijn, maar moet ook proberen aan te geven wat absoluut behouden moet blijven. Een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt en een duidelijk omschreven rol van de arts als vertrouwenspersoon zijn noodzakelijk voor de gezondheidszorg. Het moet duidelijk worden gemaakt dat de arts-patiëntrelatie, hoewel deze juridische, economische en contractuele aspecten heeft, meer is dan een optelsom van deze kenmerken. Het vermogen om inzicht te hebben in en iets te doen aan ziekteprocessen bij de mens en de verbintenis om te handelen in het belang van de patiënt vormen het bestaansrecht van de arts en de legitiemiteitsgrond van de professie. Deze aspecten moeten behouden blijven.

Waarden en prioriteiten

De waarden die tot uiting komen in het zorgsysteem worden vooral bepaald door degenen die de macht hebben. Omdat de machtsverhoudingen aan het veranderen zijn, beginnen we nu ook verschuivingen te zien in de waarden en prioriteiten^{13 19 20}. Deze worden steeds vaker bepaald door idealen als concurrentie, efficiëntie, risico's nemen en winst maken en door aan de commercie ontleende opvattingen over de kwaliteit van de dienstverlening. Van essentieel belang is de vraag in hoeverre de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt en de verbintenis om te handelen in het belang van de patiënt in een dergelijke omgeving als waarden gehandhaafd kunnen blijven. Hoe kunnen artsen goede beslissingen nemen

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – THE LANCET – BRITISH MEDICAL JOURNAL

over hun patiënten wanneer zij bij deze beslissingen de belangen van de individuele personen moeten afwegen tegen de belangen van de maatschappij en de belangen van de instellingen (of de artsen zelf)? Ondanks de nadruk op economische efficiëntie, ondernemerschap en winsten draait het in de gezondheidszorg nog steeds om het op wetenschappelijk verantwoorde en zorgvuldige wijze behouden van de menselijke gezondheid. Die gezondheid moet de hoogste prioriteit krijgen, of het nu gaat om zieke mensen die medische zorg behoeven, mensen met een economische of sociale achterstand die slechts beperkt toegang hebben tot de gezondheidszorg, of mensen die wel gezond zijn maar preventieve zorg nodig hebben.

Medische zorg van een duidelijk omschreven kwaliteitsniveau dient het professionele uitgangspunt te zijn waaraan moet worden vastgehouden. Artsen moeten erop letten dat de organisaties waarbij zij zich aansluiten geschikte mechanismen hebben vastgesteld om de hoge kwaliteit van de zorg te garanderen. Zij moeten er ook op toezien dat de zorgsystemen zodanig worden georganiseerd dat patiënten en artsen elkaar kunnen vertrouwen. Tussen artsen en patiënten mag geen sprake zijn van rechtstreekse belangentegenstellingen – economisch, ethisch of anderszins – en als bepaalde tegenstellingen niet zijn te vermijden moeten deze door alle betrokkenen expliciet worden erkend.

Samenvattend kan worden gesteld dat de veranderingen die op het ogenblik plaatsvinden in de Amerikaanse gezondheidszorg voor veel groepen en individuele mensen belangrijke gevolgen hebben, maar vooral voor artsen en patiënten. De hegemonie die de grote instellingen hebben en die gepaard gaat met drastische veranderingen in de organisatie-, financierings- en betalingssystemen, zou wel eens verandering kunnen brengen in waarden en overtuigingen die lange

tijd door de medische professie zijn gekoesterd en die door een groot deel van het publiek worden gesteund. Het is aan de medische professie onder woorden te brengen hoe uniek de arts-patiëntrelatie is en hoe noodzakelijk de vertrouwenspositie van de arts. Artsen moeten duidelijk maken welke taken van de arts absoluut behouden moeten blijven en welke behoeften er bestaan bij de patiënten die aan hun zorg zijn toevertrouwd. Zij moeten erop staan dat de gezondheidsbelangen van de patiënten – de zieken, de gezonden en de mensen met een sociaal-economische achterstand – de hoogste prioriteit krijgen. Zij moeten methoden ontwikkelen en invoeren om de kwaliteit van de gezondheidszorg te evalueren en zij moeten erop aandringen dat overbodige en ongeschikte medische behandelingen achterwege blijven. De medische professie heeft bovendien de taak toe te zien op de naleving van duidelijk omschreven kwaliteitseisen, in het bijzonder als deze betrekking hebben op de arts, maar ook waar het gaat om het functioneren van instellingen en zorgsystemen. Als de medische zorg wordt verleend binnen een commercieel kader is er een betrouwbare vertrouwensbasis vereist. De medische professie verkeert in de beste positie om dit waar te maken als men blijft vasthouden aan een aantal essentiële waarden en verantwoordelijkheden. Het is nu tijd om deze verplichtingen opnieuw openlijk te bevestigen.

Winklerwerder W, Ball JR. Transformation of American health care. The role of the medical profession. *N Engl J Med* 1988; 318: 317-9

Literatuur

1. Fuchs VR. The 'rationing' of medical care. *N Engl J Med* 1984; 311:1572-3.
2. Levinsky NG. The doctor's master. *N Engl J Med* 1984; 311:1573-5.
3. National health expenditures, 1986-2000. *Health Care Financ Rev* 1987; 8:4:1-36.
4. Mansfield E. *Microeconomics: theory and applications*. 5th ed. New York: W.W. Norton, 1985.
5. Sward EW, Gallagher EK. Reflections on change in medical practice: the current trend to large-scale medical organizations. *JAMA* 1983; 250:2820-5.
6. Starr P. *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books, 1982.
7. Richter T. *Gone with the wind: an analysis of the past, present and future of the U.S. health-care delivery system*. New York: Morgan Stanley, 1986.
8. *The health care system in the mid-1990's*. Cambridge, Mass.: Arthur D. Little, 1985.
9. *Multihospital systems market in the U.S.* New York: Frost & Sullivan, 1986.
10. Light DW. Corporate medicine for profit. *Sci Am* 1986; 255(6):38-45.
11. Weber IM. *The theory of social and economic organization*. Parsons T, trans. Glencoe, Ill.: Free Press, 1947.
12. Engle GV. The effect of bureaucracy on the professional autonomy of the physician. *J Health Soc Behav* 1969; 10:30-41.
13. Califano JA Jr. A corporate Rx for America: managing runaway health costs. *Issues Sci Technol* 1986; 2(3):81-90.
14. Freedman SA. Megacorporate health care: a choice for the future. *N Engl J Med* 1985; 312:579-82.
15. *National HMO census*. Minneapolis: Interstudy, 1985.
16. Chassin M, Koseoff J, Park RE, et al. Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? A study of three procedures. *JAMA* 1987; 258:2533-7.
17. Wennberg JE. The paradox of appropriate care. *JAMA* 1987; 258:2568-9.
18. Burnham JC. American medicine's golden age: What happened to it? *Science* 1982; 215:1474-9.
19. Siegler M. The progression of medicine: from physician paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony. *Arch Intern Med* 1985; 145:713-5.
20. A new ethic for the new medicine? Ethical challenges of institutional, economic, and technologic changes. Presented at the American Medical Association conference, New Orleans, March 14-15, 1986.