

MEDISCH CONTACT

Nummer 17 – 28 april – 44e jaargang

Deze week is overal ter wereld de Amnesty International-campagne voor de afschaffing van de doodstraf van start gegaan. In het kader van deze campagne heeft de Medische Beroepsgroep van AI Nederland onder meer de folder over artsen en de doodstraf opgesteld die met dit nummer van Medisch Contact wordt meegezonden. Leden van deze groep zullen in een aantal MC-artikelen, verschijnend met tussenpozen van een maand, dieper ingaan op de participatie van artsen aan de doodstraf, op psychiatrische aspecten en op de rol van de beroepsorganisaties.

De kwaliteit van de medische verzorging in de Nederlandse penitentiaire inrichtingen is in het algemeen van een behoorlijk niveau. Aldus Prof.Dr. C. Kelk, hoogleraar straf(proces)recht en penitentiair recht aan de Rijksuniversiteit Utrecht. Hij zet uiteen hoe ten onzent in de medische zorg voor gedetineerden wordt voorzien.

Dr. P. Lens, tot 1 april jl. plaatsvervangend geneeskundig inspecteur bij het ministerie van Justitie, vertelt in het medische pendant van het artikel van de jurist Kelk in vogelvlucht iets over het functioneren van de geneeskundige dienst in penitentiaire inrichtingen, de invloed van het insluiten op de gezondheidstoestand en het afwijkende morbiditeitspatroon binnen de inrichtingen.

Letsels als gevolg van ongevallen in de privé-sfeer vormen een belangrijke categorie van redenen waarom een beroep op de gezondheidszorg wordt gedaan. Met het oog op de wens meer kennis van de financiële aspecten te krijgen heeft de Stichting Consument en Veiligheid te Amsterdam er een kostenmodel voor ontwikkeld.

De veiligheid van de patiënt in het ziekenhuis is al eerder als probleemgebied gesignaleerd. Ir. Th. Zelders, als klinisch fysicus werkzaam op de afdeling Intensieve Zorg van het St. Radboud Ziekenhuis Nijmegen, pleit en doet een praktisch voorstel voor een geïntegreerd kwaliteits- en veiligheidsbeheer.

INHOUD

Campagne Amnesty International. Voor afschaffing van de doodstraf
Anne-Marie Raat – 563

De medische verzorging in het gevangeniswezen
C. Kelk – 565

Gezondheidszorg achter tralies
Dr. P. Lens – 569

Wettelijke regeling inzake euthanasie: nu of nooit?
Prof.Dr. W. J. Schudel – 573

De overlijdensverklaring als fetisj
J. Meulenbelt – 574

Discussie. Seroprevalentie-onderzoek
Drs. H. Moerkerk – 576

Arts en recht. AIDS-test gerechtvaardigd? – 577

Kosten van ongevallen in de privé-sfeer. Een berekeningsmodel
Dr. M. I. M. Schuurman en Drs. P. J. den Toom – 579

Kwaliteit van zorg. Veiligheidsmanagement als instrument voor kwaliteitsbeheer in het ziekenhuis
Ir. Th. Zelders – 582

Een verhaal van twee landen. De arts van de toekomst heeft oog voor de mens
F. M. Hull – 585

Buitenland. Marteling – 587 Psychische stoornissen bij artsen – 589

Colofon 558 – Colofon officieel 558 – Hoofdreactioneel commentaar 559 – Bocken 560 – Brieven 561 – Dagboek 572 – Praktijkperikel 575 – Uit de Verenigingen 591

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
Wipstrikerallee 115, 8023 DX Zwolle
Mw. G. A. E. Kreek-Weis
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
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 141,50 (inclusief BTW); overige landen f 249,25

Administratie: Wegener Tijdschriften Groep BV

Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230,
fax 020-170377.

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 opgaaf van redenen worden geweigerd.

Opgave:
Wegener Tijdschriften Groep BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.
Geldend advertentietarief: januari 1989.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijn Offset Zwolle

Bij de voorplaat:

'L'esecuzione di Caserio, l'assassino di Carnot', gravure uit 'La Tribuna, illustrato delle Domenica', 20 augustus 1894. Illustratie bij het openingsartikel: 'Amnesty International voor afschaffing van de doodstraf'.

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; P. B. L. Attema en J. J. van IJssel.

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, adviseur; G. J. Eikmans, p.r.-adviseur; 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)

Adres: Australiëlaan 16 a-b, 3526 AB Utrecht.
Postbus 20056, 3502 LB Utrecht.
Telefoon: 030-813713.
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)

Mr. A. W. J. M. van Bolderen, 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.

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.

Arts en doodstraf

In het kader van haar Internationale Campagne voor de afschaffing van de doodstraf heeft Amnesty International iedereen die in de gezondheidszorg werkt opgeroepen zich te onthouden van enige betrokkenheid bij de uitvoering van de doodstraf en de beroepsorganisaties gevraagd iedereen die aan de oproep gehoor geeft en daardoor in moeilijkheden komt te steunen, zich door middel van resoluties duidelijk over de medicalisering van de doodstraf uit te spreken en te bevorderen dat deze standaard wereldwijd wordt aanvaard.

Hebben wij Nederlandse artsen met de doodstraf te maken? Heeft het wel zin dat wij ons inlaten met deze campagne van Amnesty International? Ja, zeker! Dat wij in Nederland ons de luxe kunnen permitteren te doen alsof wij niets met de doodstraf te maken hebben, komt doordat deze in Nederland, althans buiten het oorlogsrecht, is afgeschaft. In deze weken, waarin wij onze bevrijding zullen herdenken, worden we echter weer dichter bepaald bij het feit dat beschaving frêle is en dat ook bij ons de omstandigheden zich kunnen keren. Wie had in de jaren twintig ooit gedacht tot wat voor gruweldaden het Duitse volk in staat zou zijn? Toch hebben wij tot op de dag van vandaag te maken met mensen die lijden onder de gevolgen van hun verblijf in Duitse en Japanse concentratiekampen, waar deze slachtoffers weliswaar aan de doodstraf zijn ontsnapt maar voor hun leven zijn getekend. Collega-artsen gebruikten mensen voor hun morbide experimenten en werkten op allerlei wijzen mee aan de vernietiging van miljoenen mensenlevens. Wie Leon Uris' 'Armageddon' heeft gelezen, moet zich toch verbijsterd hebben afgevraagd hoe het mogelijk is dat iedereen die in de vernietigingskampen werkte na de bevrijding verklaarde van niets te hebben geweten. Zijn ook wij niet geneigd onze ogen te sluiten voor wat er in de wereld om ons heen gebeurt?

Het jaarverslag van Amnesty International over 1987 bevat een lange lijst van gruwelijkheden als door overheden uitgevoerde 'verdwijningen', martelingen en doodstraffen¹. Het lezen van dit jaarverslag wekt juist afgrijzen door de koele en klinische opsomming van de misdadige praktijken in bijna honderd landen. Zo had een land als Jamaica, lid van het Gemenebest met 170 ter dood veroordeelden één van de hoogste percentages ter dood veroordeelden ter wereld.

Waarom moeten artsen zich druk maken om de doodstraf? De belangrijkste reden is wel, dat overheden willen dat artsen bij het uitvoeren van de doodstraf zijn betrokken. De wijze waarop die straf ten uitvoer wordt gebracht is volkomen paradoxaal: enerzijds legt men de strengste en meest gruwelijke straf op, anderzijds willen 'beschaafde' regeringen dat de uitvoering met zo weinig mogelijk lijden gepaard gaat. Ook artsen hebben in het verleden dikwijls aan deze paradox meegewerkt. Dat begon al in 1792, toen Dr. Antoine Louis, secretaris van de Académie Chirurgicale, geïnspireerd door het lid van Franse Nationale Vergadering Dr. Guillotin, in 1792 het op onze voorplaat gedemonstreerde apparaat ontwikkelde, waarmee het leven van mensen, onafhankelijk van hun stand en rang, op gelijke wijze door onthoofding kon worden beëindigd. In Groot-Brittannië bracht een commissie, met daarin twee artsen, in

Dr. C. Spreeuwenberg

1886 advies uit over de eisen waaraan de strop moest voldoen teneinde het leven van veroordeelden met zo weinig mogelijk lijden te beëindigen.

Later zijn artsen gaan inzien dat het adagium 'primum non nocere' meebrengt dat zij zich geheel van medewerking aan doodstraf dienen te onthouden. In haar Verklaring van Tokio (1975) heeft de World Medical Association (WMA) uitgesproken, dat 'the utmost respect for human life is to be maintained even under threat, and no use made of any medical knowledge contrary to the laws of humanity'. In 1981 heeft de WMA deze uitspraak expliciet op de doodstraf van toepassing verklaard: het past niet in de ethiek van artsen aan de doodstraf mee te werken; het enige dat artsen vanuit een andere wettelijke taak kunnen doen is de doodverklaring te tekenen.

Dit houdt in dat artsen zich niet moeten laten compromitteren door mee te werken aan een zogenaamde humane wijze van uitvoeren van de doodstraf, bijvoorbeeld door intraveneus thanatica toe te dienen. Ook dienen wij ons te onthouden van een psychiatrisch onderzoek met het oog op het bepalen van de beste wijze van uitvoeren van een doodsvonnis of van het geven van een advies over het

geven van thanatica, zoals toedoeningswijze en hoeveelheid. Evenmin behoort een arts zich in te laten met het vaststellen van het moment waarop de dood is ingetreden, zoals bijvoorbeeld gebruikelijk was bij dood door de elektrische stoel. 'Medical involvement in executions occurs to relieve society's uncertainty that the ultimate and irreversible punishment can be fairly and justly administered, but the service to society cannot be shown to outweigh the duty of beneficence'².

Een reden om ons als artsen en als artsenorganisatie duidelijk uit te spreken tegen de medicalisering van de doodstraf is tevens, dat wij als artsen nog steeds zoveel gezag hebben dat regeringen gevoelig zijn voor uitspraken van ons. Door onze vele internationale contacten kunnen wij artsenorganisaties in de betrokken landen, maar ook overheden, op misstanden wijzen. Een voorbeeld van zo'n internationaal contact was de vergadering in februari jl. te Utrecht van de Toronto Groep, de twaalf uit de WMA getreden landen, waar de betrokkenheid van artsen bij doodstraf en mishandeling op voorstel van Denemarken uitgebreid aan de orde is geweest.

Ook de omstandigheid dat het niet uitgesloten is dat buiten ons land werkzame Nederlandse artsen gevraagd bij doodstraf betrokken raken, vormt een argument om hieraan expliciet aandacht te schenken.

Sinds 1973 is de KNMG, zij het informeel, betrokken bij het werk van de Medische Beroepsgroep van Amnesty International. Deze werkgroep vraagt terecht steun van de gehele beroepsgroep. Moeten wij trouwens niet verder gaan en Amnesty steunen in haar actie voor afschaffing van de doodstraf? Vormen de vaak jarenlang durende procesgang, het aankondigen van de doodstraf, het verblijf in een speciale isoleercel en de tijd voorafgaande aan de uiteindelijke executie geen inhumane marteling op zich? De poging de doodstraf te medicaliseren kan zeer wel wijzen op een latent aanwezig bewustzijn, dat de doodstraf niet past in onze beschaving. □

1. Amnesty International. Jaarboek negentien 88. Amsterdam: Amnesty International, 1988.

2. Thorburn KM. Physicians and the death penalty. The Western Journal of Medicine 1987; 146: 638-40.

Jos Frenken, Klaas Rodenburg en Bram van Stolk, *Huisartsen helpen bij seksuele moeilijkheden*. Van Loghum Slaterus/NISSO (Serie Relatie en Seksualiteit), 1988. ISBN 90 368 0105 2. 117 blz. Prijs: f 25,—.

In dit boek wordt verslag gedaan van een onderzoek dat in 1982 is gehouden onder 187 huisartsen. Het doel van het onderzoek was een indruk te krijgen van de prevalentie van seksuele klachten in de huisartspraktijk, de wijze waarop huisartsen met seksuele problemen omgaan en de belemmering die zij ondervinden in het helpen bij seksuele moeilijkheden van hun patiënten. Van de geïnterviewden kwamen er 137 uit een zo representatief mogelijke steekproef van Nederlandse huisartsen (respons 80%). Daarnaast werd dezelfde vragenlijst afgenomen onder 50 huisartsen die de NHG-cursus 'Helpen bij seksuele moeilijkheden' hadden gevolgd; hun werd ook gevraagd een oordeel over die cursus te geven.

In hoofdstuk 2 wordt de aard en de prevalentie van seksuele problemen in de huisartspraktijk geïnventariseerd. Naar schatting krijgen alle huisartsen samen per jaar 920.000 vragen en problemen op het gebied van de seksualiteit op hun bord. Voor 45% zouden dat voorlichtingsvragen zijn en voor 55% door patiënten zelf ter sprake gebrachte seksuele problemen. Daarna wordt bekeken hoe huisartsen met deze problemen omgaan en wordt de kwaliteit van de hulpverlening beoordeeld. Er blijken grote verschillen te zijn in de mate waarin de ondervraagde huisartsen bereid zijn aan vraagverheldering te doen, een seksuele anamnese af te nemen, lichamenlijk seksuologisch onderzoek te doen en seksuele problemen te behandelen. Uit de beoordeling blijkt, dat 43% van de huisartsen uit de steekproef en 76% van de NHG-cursisten een 'voldoende' (30%/38%), 'goed' (11%/31%) of 'zeer goed' (2%/7%) verdienen. De auteurs benadrukken in het gehele boek vooral de andere kant van deze cijfers, dus het percentage 'slecht' (24%/2%) en 'onvoldoende' (33%/22%).

De achterliggende dimensies van helpen bij seksuele moeilijkheden komen in hoofdstuk 3 aan de orde. Het blijkt, dat 95% van de respondenten het behandelen van somatisch veroorzaakte seksuele problemen tot zijn taak rekent; bij 53% is dit ook het geval voor niet-somatisch veroorzaakte seksuele problemen. Het kennisniveau van de ondervraagde huisartsen wordt bij 42% van hen voldoende of hoger genoemd; NHG-cursisten scoorden aanzienlijk vaker 'goed'. Een groot aantal huisartsen ervaart zelf lacunes in zijn vaardigheid in het afnemen van een seksuologische anamnese, het verrichten van seksuologisch lichamenlijk onderzoek of in gesprekstechniek of behandelingsmethodiek. Vrijwel alle huisartsen meldden dat er in hun opleiding nauwelijks aandacht was besteed aan seksuologie en stelden van mening te zijn dat seksuologie een verplicht onderdeel van het medisch curriculum zou moeten zijn. Van de

BOEKEN

huisartsen uit de steekproef heeft 40% ooit deelgenomen aan een nascholingscursus op het terrein van de seksuologie.

Hoofdstuk 4 behandelt de belemmeringen die huisartsen ervaren bij het helpen bij seksuele moeilijkheden. Als praktische belemmeringen worden genoemd: geen tijd wegens de grootte van de praktijk, sprekkamer niet geschikt voor gesprekken over seksuele problemen en een niet-adequate honorering voor langdurige gesprekken. Gebrek aan verwijsmogelijkheden in de omgeving is een veelgehoorde klacht. Onzekerheid over eigen kennis en kunnen wordt ook als een belemmering ervaren. Persoonlijke belemmeringen spelen uiteraard ook een rol. Van de huisartsen vindt 40% het moeilijk seksuele problemen tot in details te bespreken. Problemen met het taalgebruik heeft slechts 20%. Er zijn ook artsen die persoonlijk een emotionele weerstand ondervinden bij het praten over seksuele problemen. Daarnaast wordt de weerstand en het onvermogen van patiënten om seksuele moeilijkheden besprekbaar te maken als een belemmering ervaren.

In hoofdstuk 5 worden de onderzoekresultaten met elkaar in verband gebracht. Huisartsen die als 'goede' hulpverleners bij seksuele problemen zijn gekwalificeerd, vinden dat deze problemen tot hun taak horen, zijn 'in' voor vernieuwingen in het huisartsgeneeskundig handelen, ervaren weinig praktische belemmeringen, staan open voor seksuele moeilijkheden en weten meer over seks. Daarnaast worden er nog vier typen huisartsen gevonden: de 'voorlopers' (17%), die kwalitatief goede seksuologische hulp verlenen; de 'achterblijvers' (18%), die dat niet doen; artsen van het 'conflictype', die zich nogal gehinderd voelen door praktische en emotionele belemmeringen (31%); en artsen van het 'terughoudende type' (35%), die zich meer beperken tot het behandelen van somatische seksuele problemen. De NHG-cursisten blijken volgens dit onderzoek betere seksuele hulp te verlenen dan de huisartsen uit de steekproef. In het algemeen beoordeelden zij de cursus 'Helpen bij seksuele moeilijkheden' als goed, hoewel zij minder theorie en meer praktische vaardigheden hadden willen leren.

De conclusies en aanbevelingen (hoofdstuk 6) komen hierop neer, dat in de medische opleiding de tijd die wordt besteed aan seksuologie moet worden uitgebreid, opdat huisartsen beter leren helpen bij seksuele moeilijkheden. Zowel de ontwikkelingen rond AIDS als die rond het seksueel misbruik staan geen vrijblijvende houding tegenover seksuologie in de

huisartspraktijk meer toe, aldus luidt de samenvattende conclusie van de auteurs.

Tot slot bevat het boek nog noten, literatuur en bijlagen.

Dit boek is in de eerste plaats bedoeld voor huisartsen, maar ook voor andere hulpverleners die te maken hebben met mensen met seksuele problemen. Het is jammer dat de auteurs vooral de negatieve uitkomsten van het onderzoek benadrukken. Dit nodigt niet uit tot lezen.

Mariëtte C.T. Moors-Mommers

Dr. W. M. Wiersinga en Dr. E. P. Krenning (redactie), *Schildklierziekten*. Samson, Alphen aan den Rijn 1988. ISBN 90 6016 845 3. 248 blz. Prijs: f 78,50.

Dit boek zou ook 'Het Nederlands Leerboek voor Schildklierziekten' kunnen heten, door de geslaagde, gedegen en volledige opzet. Dertien Nederlandse auteurs beschrijven het gehele gebied van de schildklierziekten. Niet alleen diagnostiek en therapie komen uitgebreid aan de orde, maar ook zijn vier hoofdstukken gewijd aan fundamentele aspecten als productie, metabolisme en werkingsmechanisme van schildklierhormonen.

Een opvallende plaats neemt het uitstekende hoofdstuk over immunologische aspecten van Drexhage in. Ook aan congenitale hypothyreoïdie, zwangerschap en Graves' ophthalmopathie wordt ruim aandacht geschonken.

Het boek laat zich goed lezen. Het is praktisch ingedeeld, met overzichtelijke literatuurreferenties en registers, waardoor het tevens een uitstekend naslagwerk is.

Ik kan dit Nederlands standaardwerk aan alle collega's aanbevelen. Het is een 'must' voor degenen die met schildklierpatiënten te maken hebben. Het opnemen van adressen van patiëntenverenigingen op het gebied van schildklierziekten is zeer geslaagd en verdient door andere auteurs te worden nagevolgd.

Dr. J. C. Netelenbos, internist-endocrinoloog

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.

STANDPUNT INZAKE DOODSTRAF

*Open brief
aan het Hoofdbestuur van de KNMG*

In het kader van de campagne tegen de doodstraf die dit jaar door Amnesty International wordt gevoerd, heeft het bestuur van de Johannes Wier Stichting voor mensenrechten en gezondheidszorg besloten zijn standpunt inzake de doodstraf te formuleren en te motiveren, met de bedoeling de beroepsgroepen in de gezondheidszorg in Nederland en elders in de wereld ertoe te brengen zich in te spannen voor het opheffen van de doodstraf:

*Het bestuur van de Johannes Wier Stichting, overwegende
dat de doodstraf als daad tegen het leven in tegenspraak is met internationaal aanvaarde medisch-ethische codes* en met het in internationale verdragen neergelegde fundamentele recht op leven;
dat de doodstraf veelvuldig als politiek represiemiddel en op arbitraire of discriminerende gronden wordt toegepast;
dat iedere professionele participatie in de voorbereiding of uitvoering van de doodstraf, technisch en administratief, een schending van de bovengenoemde medisch-ethische codes is, waaronder ook medische en psychiatrische geschiktheidsverklaringen om de doodstraf te kunnen ondergaan moeten worden begrepen, alsmede medische en psychiatrische behandeling en verpleging die gericht is op genezing van een voor de doodstraf ongeschikte patiënt, waarna alsnog de doodstraf kan worden toegepast;
dat medische en verpleegkundige behandeling en verzorging op de 'death row' daardoor ethisch onverantwoord kan worden;
besluit
dat vanuit medische, paramedische en verpleegkundige beroepsuitoefening actieve stellingname tegen de doodstraf noodzakelijk is;
dat iedere medisch-technische, medisch-admi-*

BRIEVEN

*nistratieve en curatieve participatie aan de voorbereiding of uitvoering van de doodstraf ethisch onaanvaardbaar is, en
dat het vaststellen van de dood na een executie uitsluitend op dezelfde wijze als die van een andere gewelddood kan plaatsvinden en op een tijdstip nadat rigor mortis, hypothermie en hypostase zijn ingetreden.***

Het bestuur van de Johannes Wier Stichting roept de KNMG op tot een soortgelijke standpuntbepaling te komen en vraagt het hoofdbestuur van de KNMG vervolgens de wetenschappelijke organisaties in Nederland en de zusterorganisaties in het buitenland – vooral die in de Verenigde Staten, de Sovjet-Unie, Iran, Irak, China, Zuid-Afrika en Nigeria – van haar standpunt op de hoogte te stellen.

Heinkenszand, april 1989
A. van Es, voorzitter
Johannes Wier Stichting

VOORPLAAT

L'Enseigne de Proctologie

Naar aanleiding van de uitleg in Medisch Contact nr. 9/1989, blz. 282, van de voorplaat als zijnde de voorstelling van het geven van een lavement op deze houtsculptuur van gepolychromeerd eikenhout, groot 49×43 cm, uit de 15e eeuw, maak ik u crop attent dat er een veel interessanter scène wordt weergegeven. De gehele analyse is terug te vinden in het tijdschrift *Clio Medica*, Acta Academiae Internationalis Historiae Medicinae, Vol. VI, 1971, blz. 225-235: 'M. van Hoorn, L'Enseigne de Proctologie du Musée Gruuthuse de Bruges' (3 afb. Fig. 3. in was gerestaureerd!). Hierbij de beschrijving zoals door het Gruuthusemuseum wordt gegeven:
'Wij staan hier voor de oudst bekende afbeelding van externe hemorrhoiden die zich tot aan de anale rand uitstrekken. Ze zijn zeer juist, als het ware volgens de aanduidingen van een anatomist weergegeven. Het tafereel geeft een duidelijke kijk op de werkwijze van een chirurgijn: hij behandelt de aandoening met een gloeiend ijzer, doch de koude waterstraal uit een injectiespuit bedaarft de pijn. De patiënt lijkt helemaal niet te lijden en de meester, op de achtergrond, ontvangt dan ook de instemming van het publiek. Belangrijke details van dit reliëf zijn verdwenen, zoals de kaarshouder

die de eerste vrouw vasthield en de vuurmand in de handen van de tweede. Onder de elleboog van de zieke ontbreekt een steun. Enkel de spuit in de handen van het voorste personage bleef bewaard en zo werd de sculptuur, die misschien een tijdlang als uithangbord van een apotheek heeft gediend, voor een voorstelling van een klisteerbehandeling aan[ge]zien. In feite gaat het hier om de weergave van een chirurgische ingreep zoals die tot in het begin van de 20ste eeuw werd toegepast. De heer P. D. was er in 1927 in het hospitaal van Verviers nog getuige van.'

Hattem, april 1989
Dr. J. H. Sypkens Smit

MEDISCH GEHEIM

Brief aan Binnenlandse Zaken in Chili

Aan Sr. Carlos Caceres, Ministro del Interior, Palacio de La Moneda, Santiago, Chili, verzonden bij bijgaande brief:

We have been notified that the Chilean judiciary authorities have ordered the Vicaria de la Solidaridad to hand over medical records, kept by this organisation. The Vicaria's appeal against this court order was recently rejected. The court order to hand over medical records is apparently part of an investigation into the Vicaria de la Solidaridad, which we know as a renowned and authoritative human rights organisation. The Vicaria de la Solidaridad has, after the rejection of their appeal, remained unwilling to release medical records. Fear has been expressed that following this decision of the Vicaria, measures will be taken against the Vicaria and notably Doctor Ramiro Olivares. The Johannes Wier Foundation, the Dutch organisation for Health and Human Rights, considers the decision of the Vicaria de la Solidaridad as a proper and necessary consequence of the professional duty to preserve medical professional secrecy at all times, as expressed in the United Nations Principles of Medical Ethics, the World Medical Associations Declaration of Tokyo and Geneva, the World Medical Associations Regulations in Time of Armed Conflict, and the Hippocratic Oath.

The order to hand over medical records is therefore an ethical infringement of the medical staff of the Vicaria; handing over the medical records would not only be a violation of medical ethics, but also a destruction of the trust of the patients in the medical staff of the Vicaria de la Solidaridad.

* Met name refererend aan de Eed van Hippocrates, de UN Universal Declaration of Human Rights (1948), de WMA Declaration of Geneva (1983), de WMA Regulations in Time of Armed Conflict (1983), de WMA Declaration of Tokyo (1975), het ICN Statement on the Role of the Nurse in the Care of Detainees and Prisoners (1975) en het ICN Statement on the Nurse's Role in Safeguarding Human Rights (1983), de UN Principles of Medical Ethics (1982), de UN Declaration against Torture (1975) en de UN Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (1977).

** Door vaststelling van de dood geruime tijd na het intreden van de dood wordt iedere aanwezigheid en betrokkenheid van de arts voorkomen. Tijdens het Amnesty-congres 'Doctors at risk' in Parijs in januari 1989 werd deze aanbeveling geformuleerd door Dr. John Dawson van de British Medical Association.

We therefore urgently request you to withdraw the order to hand over the medical records and respect the necessary medical professional confidentiality. We hereby wish to express our solidarity with the medical staff of the Vicaria de la Solidaridad in upholding their medical ethical duties.

Heinkenszand, april 1989
A. van Es, voorzitter
Johannes Wier Stichting

Bovenstaande brief werd in kopie verzonden aan:
Sr. Hernan Errazriz Correa, Ministro de Relaciones Exteriores
The Ambassador of Chili in the Netherlands
The Netherlands' Ministry of Foreign Affairs
The Netherlands' Ambassador in Chili
The Vicaria de la Solidaridad
Collegio Medico Chile
Dr. Ramiro Olivares
International Commission of Health Professionals, Geneva
International Commission of Jurists, Geneva
Amnesty International, London
KNMG

HOMEOPATHIE (1)

Wie hoopte op een heldere verdediging en verantwoording van de homeopathie door doctorandus Tj. Wiersma, arts en wetenschapsfilosoof (MC nr. 10/1989, blz. 319), komt bedrogen uit. Ik ben normaal intelligent, maar het is me uiteindelijk niet gelukt om uit de verwarde, zweverige speculaties van de schrijver wijs te worden. Noodzakelijkerwijs heb ik zelf derhalve enige ordening aangebracht teneinde zoveel mogelijk te kunnen bevatten van het geschrevene (en dat is niet veel):

1. Ik voel mij genomen door de gewichtig doenerige en verhullende zinsneden die raadselachtige uitdrukkingen bevatten als 'de epistemologische betekenis van het inductivisme', 'de deductief-nomologische methode die tegenwoordig dominant is', 'inductieve methodologieën' en 'falsificatistische opvattingen'. Zo'n artikel leest men niet zonder constant het woordenboek te moeten raadplegen. De lezer is het meest gediend bij helderheid en het minst bij zo'n hooghartig-elitaire schrijftrant.

2. 'Zowel eigen ervaringen als overlevering bewijzen de geldigheid van het 'similia similibus curentur': men kan zieken genezen door hun middelen te geven die bij gezonden gelijkende symptomen kunnen opwekken.' Zover ik begrijp is dat ook de eigen overtuiging van de schrijver. (Als ik het verkeerd begrijp had hij maar duidelijker moeten zijn.) Maar dan had hij deze mening beter kunnen ventileren in een damesblad, waarvan de lezers en lezeressen nog nooit hebben gehoord van 'prospectief', 'gerandomiseerd', 'dubbelblind' en 'statistische significantie'.

3. De laatste twee zinnen van het artikel zijn het tegendeel van de rest, namelijk *onthullend*. 'Of homeopathie werkt weten we niet. Ze helpt in sommige gevallen, dat staat vast!' Hier staat de definitie van een placebo! Maar dat weet de reguliere geneeskunde toch al lang?! Daar had de schrijver niet zo'n gewichtig betoog over

behoeven te houden. Aangenomen dat doctorandus Wiersma een gezaghebbende op het terrein van de homeopathie is, zou met deze uitspraak aan de ziektekostenverzekeraars die homeopathische middelen vergoeden kunnen worden voorgesteld met onmiddellijke ingang de verstrekking van deze onwerkzame middelen te staken.

Bussum, april 1989
Th. W. Donkerlo

Naschrift

Dat mensen van normale intelligentie niet overal verstand van hebben, is niet verbazingwekkend en dat zouden ze zelf kunnen weten. Een jurist zal niet veel van een cardiologisch tijdschrift begrijpen. Mijn artikel veronderstelt, mede door de gebruikte terminologie, inderdaad enige basale kennis van methodologie en wetenschapsfilosofie. Hoe en waarom men zaken die men niet begrijpt toch als verwarde, zweverige speculatie kan afdoen, gaat mijn pet te boven.

De *bewezen* geldigheid van het 'similia similibus curentur' geldt uiteraard slechts binnen inductieve redeneerpatronen, zoals die van Hahnemann. Na Popper spreekt een wetenschapsfilosoof niet over bewezen empirische wetten. Na Popper bewijst een gerandomiseerd dubbelblind onderzoek met aandacht voor statistische significantie overigens ook niets. De heer Donkerlo begrijpt het dus verkeerd, al lijkt het tegen beter weten in. In de inleiding heb ik voorgesteld de homeopathie als een vorm van *al dan niet vermeende* kennis te benaderen. Overigens erken ik dat ik beter *zijn* (dat wil zeggen Hahnemanns) eigen ervaringen had kunnen schrijven.

Of homeopathie werkt weten we niet. De conclusie dat deze geneeswijze niet werkt, is voor rekening van de heer Donkerlo. Overigens kunnen ook placebo's uitermate heilzame effecten hebben. Over de definitie van het placebo is het laatste woord niet gezegd¹.

In de discussie over de vergoeding van homeopathische middelen zal ik me niet mengen.

Amsterdam, april 1989
Tj. Wiersma

Literatuur

1. White L, Tursky B, Schwartz GE. Placebo. Theory, research, and mechanisms. New York: Guilford Press, 1985.

HOMEOPATHIE (2)

Voorzichtig niets doen

In MC nr. 10/1989, blz. 319, worden we nog weer eens getraceerd op een wijldropige behandeling over het wetenschappelijke gehalte van de homeopathie. Als beoefenaar van de reguliere geneeskunde heb ik natuurlijk altijd behoorlijk wantrouwig gestaan tegenover deze wijze van beoefenen der geneeskunde.

Nu had ik zelf in mijn chirurgisch onderwijs een wijze van handelen ingebouwd die ik omschreef met de zegswijze: 'Voorzichtig niets doen'. Bij veel kwalen is dat namelijk een uiterst belangrijke en succesvolle manier van handelen: denk maar aan de gewone verkoudheid. In het Engels heeft men hier een goede kwalificatie voor, namelijk: 'self-limited (of: limiting) disease'.

Ik claim zeker niet de uitvinder van het voorzichtig niets doen te zijn. Ook Lewis Thomas heeft erover gesproken in zijn fraaie series 'Notes of a Biology Watcher': 'Tomorrow it will be different'.

Mij is op een gegeven ogenblik duidelijk geworden dat de homeopathie als een waardevolle vorm van deze zienswijze kan worden beschouwd, vooral in een tijd dat de reguliere geneeskunde met aderlatingen en dergelijke mishandelingen de patiënt aanzienlijke schade kon toebrengen. Dat deze manier van handelen dan werd toegediend met een 'academisch sausje', kon natuurlijk alleen maar de werkwijze verbeteren.

'Ik neem aan dat er geen doorgefourneerde homeopaat is die een panaritium, een maagperforatie of een geperforeerde appendicitis met homeopathische middelen zou willen behandelen, maar een groot gedeelte van de door stress veroorzaakte kwalen zal er mijns inziens wel degelijk voor in aanmerking komen.

Ik verwacht niet dat er ook maar een homeopaat zal zijn die mij komt bevestigen dat homeopathie alleen maar voorzichtig niets doen is, maar voorlopig houd ik het daar zelf wel op. Enige denigratie van de homeopathie is mij geheel vreemd.

Haren, april 1989
Dr. H. J. Oterdoom

RECHTZETTING

Arts en recht MC 11/1989

Naar aanleiding van de publikatie 'Een onbevredigende uitspraak' in MC nr. 11/1989, blz. 365, maak ik u attent op een storende fout in de tekst van de beslissing van het Centraal Medisch Tuchtcollege op pagina 366, linker kolom, punt 6, regel 12, waar staat: 'Het staat vast . . .', in plaats van: 'Het staat *geenszins* vast . . .', waardoor de redenering onbegrijpelijk wordt.

Amsterdam, april 1989
Mr. L. A. M. van den Berg-Voermans,
secretaris Medisch Tuchtcollege Amsterdam

Campagne Amnesty International

Voor afschaffing van de doodstraf

Er is nooit iemand zo slecht dat hij ter dood gebracht moet worden en er is nooit iemand zo goed dat hij dat mag. Er is altijd wel iets dat voor hem spreekt en er is altijd wel iets dat tegen jou spreekt. Altijd. Ik ben geen vriend van de doodstraf, zelfs niet voor Eichmann.

Abel Herzberg in 1985

Deze week is overal ter wereld de *Amnesty International-campagne voor de afschaffing van de doodstraf* van start gegaan. Op een manifestatie in Utrecht op 25 april is het rapport 'When The State Kills' aan de regering aangeboden, alsmede aan maatschappelijke en beroepsorganisaties, waaronder de KNMG.

In Nederland is de doodstraf afgeschaft (zie *kader* op de volgende bladzij). Toch richt Amnesty zich in deze campagne tot Nederlandse artsen, omdat zij door hun vele internationale contacten invloed kunnen uitoefenen op collega's in landen waar de doodstraf nog wel voorkomt en hen zo nodig kunnen steunen in hun strijd voor afschaffing. Ook werken veel Nederlandse artsen in landen waar de doodstraf wordt uitgevoerd (Saoedi-Arabië, (Zuid)-Afrika, Indonesië).

De afgelopen tien jaar werden in meer dan de helft van alle landen mensen geëxecuteerd voor misdrijven variërend van meervoudige moord tot diefstal en overspel. Dit ondanks het Internationaal Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten (VN, 1966), waarvan artikel 6 onder andere stelt dat de doodstraf alleen mag worden opgelegd voor de ernstigste misdaden. De landen die, voor zover Amnesty weet, in 1987 de meeste executies uitvoerden, waren Irak ('enkele honderden'), Iran (158), Zuid-Afrika (164) en China (135).

In de oproep van Peter Benenson in *The Observer* waarmee Amnesty International in 1961 van start is gegaan, werd de doodstraf al genoemd. Verzette Amnesty zich aanvankelijk alleen tegen de doodstraf opgelegd aan politieke gevangenen, vanaf 1974 veranderde zij dit in onvoorwaardelijke bestrijding van de doodstraf in alle gevallen. Amnesty is van mening dat de staat niet het recht heeft het leven van een individu te vernietigen en verwijst daarbij naar artikel 3 van de Univer-

Anne-Marie Raat

sele Verklaring van de Rechten van de Mens: 'Een ieder heeft recht op leven', en artikel 5: 'Niemand zal worden onderworpen aan marteling, noch aan een onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing'. Daarnaast heeft Amnesty nog een aantal andere argumenten tegen de doodstraf waarvan de belangrijkste zijn:

- De doodstraf wordt relatief veel vaker opgelegd aan mensen die een afwijkende politieke of religieuze mening hebben of die tot een etnische minderheid of achtergestelde bevolkingsgroep behoren.

- De doodstraf is onherroepelijk en de geschiedenis kent dan ook vele voorbeelden van ter dood veroordeelde onschuldigen¹.

- Nog nooit is aangetoond dat de doodstraf afschrikwekkender en dus doeltreffender zou zijn dan andere straffen. Integendeel, geweld roept geweld op; in sommige Amerikaanse staten zonder de doodstraf worden minder moorden gepleegd dan in die met de doodstraf^{2,3}.

In 1980 voerde Amnesty International de eerste wereldwijde campagne tegen de doodstraf en in de jaren erna werd belangrijke vooruitgang geboekt. Vele landen schaften de doodstraf af, onlangs nog de DDR, de Filipijnen en Haïti. Een aantal staten echter, waaronder de Verenigde Staten, is de doodstraf steeds meer gaan toepassen voor steeds meer delicten - zo zijn er momenteel 23 landen die de doodstraf kennen voor drugsdelicten. Daarom wordt dit jaar weer een campagne gevoerd waarin AI ernaar streeft zo krachtig en overtuigend mogelijk duidelijk te maken dat de doodstraf kan en moet worden afgeschaft.

ARTSEN EN DE DOODSTRAF

Een kort overzicht:

Op de voorplaat van dit nummer van *Medisch Contact* is een guillotine afgebeeld, symbool van de periode van bloedvergieten in het Frankrijk van na 1789. De ironie wil dat het een arts was, Dr. Joseph-Ignace Guillotin, die in dat Revo-

lutiejaar pleitte voor een meer humane executiemethode dan het zwaard (voor de adel) of de strop (voor het volk). Deze decapitatiemachine werd ontwikkeld door Dr. Antoine Louis, secretaris van de Académie Chirurgicale, en voor het eerst gebruikt in 1792. Een eeuw later pleitte een tandarts in de Verenigde Staten ervoor executies te voltrekken met behulp van elektrische stroom, wegens het onmenselijke karakter van de dood door ophanging. In 1890 vond de eerste electrocutie plaats, in het bijzijn van vijftwintig(!) getuigen onder wie vijftien artsen. Ook waren er toen al artsen die de executie 'aan de naald' propageerden, een methode die in 1977 wettelijk mogelijk werd in Oklahoma en die eind 1988 in achttien Amerikaanse staten bij 35 gevangenen is gebruikt. De eerste intraveneuze executie maakte een enorme ethische discussie los over de deelname van artsen aan een executie^{4,5}; ze was voor de World Medical Association in 1981 de aanleiding voor een resolutie tegen actieve participatie van artsen. Toch speelden artsen ook vóór 1980 al een grote rol bij het opleggen en uitvoeren van de doodstraf. Tijdens het proces moeten psychiaters getuigen of gevangenen al dan niet geestesziek zijn en of er kans op recidief is (meer over deze psychiatrische aspecten komt aan de orde in een later artikel). Gedurende het vaak jarenlange verblijf in dencellen komen de gevangenisartsen voor grote dilemma's te staan; in hoeverre bijvoorbeeld moet men een gevangene verhinderen zichzelf te doden als zo iemand toch al ten dode is opgeschreven?⁶

Bij de voltrekking van het doodvonnis zijn artsen in veel landen verplicht aanwezig om tijdig de dood te kunnen vaststellen. De 'ethiek' van de arts verleent de doodstraf zo een zekere respectabiliteit. 'The prison doctors who pronounced Julius Rosenberg dead, after two minutes and three shocks, found that his wife Ethel was still alive after three applications of current. They pronounced her dead after two more shocks and a total of over four minutes.'⁷ Het moeten vaststellen van de dood tijdens de executie gaat hier over in het verzoeken om de 'genadeslag' door de arts, die zo medeplichtig wordt aan de executie⁸.

De genoemde WMA-resolutie die stelt, dat 'it is unethical for physicians to participate in capital punishment, although this does not preclude physicians certifying death', schiet in dit opzicht dus te kort. Er wordt de laatste tijd dan ook voor gepleit een arts pas de dood te laten vaststellen enige uren nadat deze is ingetreden⁹.

Amnesty International heeft in 1988 een verklaring opgesteld over de deelname van gezondheidswerkers aan de doodstraf (zie *bijlage*). Een nog verder gaande stellingname is in overleg met de Medische Beroepsgroep van AI onlangs opgesteld door de Johannes Wier Stichting en wordt internationaal verspreid.

CAMPAGNE

Het medische deel van de campagne voor de afschaffing van de doodstraf wordt gecoördineerd door de *Medische Beroepsgroep*. Deze stelde onder meer de *folder op over artsen en de doodstraf* die samen met dit nummer is verzonden. Leden van genoemde groep zullen in een aantal MC-artikelen, verschijnend met tussenpozen van een maand, dieper ingaan op de participatie van artsen aan de doodstraf, op psychiatrische aspecten en op de rol van beroepsorganisaties. De Medische Beroepsgroep heeft contact met de KNMG en met relevante organisaties, zoals die van politieartsen, psychiaters en tropenartsen, met het doel hen te bewegen tot het innemen van een standpunt over de doodstraf en dit vervolgens bekend te maken aan de zusterorganisaties in een aantal landen. Dit zijn vooral de Sovjet-Unie, de Verenigde Staten, China, Iran, Irak, Zuid-Afrika en Nigeria, en in mindere mate nog veertig ander landen.

Individuele artsen en artsen verenigd in medische staven, huisartsengroepen en KNMG-afdelingen kunnen worden benaderd door *plaatselijke Amnesty-groepen*, met het verzoek brieven te schrijven naar medici en/of autoriteiten in de genoemde landen.

In het najaar komt er een symposium over de medicalisering van de doodstraf, georganiseerd door de Johannes Wier Stichting in samenwerking met de Medische Beroepsgroep van Amnesty International. □

Anne-Marie Raat is voorzitter van de Medische Beroepsgroep AI.

Literatuur

1. Borchard EM. Convicting the Innocent: Errors of Criminal Justice. New York: Da Capo Press, 1970.
2. Bowers WJ, Pierce GL. Deterrence or Brutalization: what is the effect of executions? *Crime & Delinquency* 1980; 26: 453-84.
3. Espy MF. Capital Punishment and Deterrence? What the Statistics cannot show. *Crime & Delinquency* 1980; 26: 537-44.
4. Curran WJ, Cassels W. The ethics of medical participation in capital punishment by intravenous drug injection. *N Engl J Med* 1980; 302: 226-30.
5. Cassels W, Curran WJ. Doctors, the death penalty and lethal injections. *Recent Developments. N Engl J Med* 1982; 307: 1532-3.

6. Thorburn KM. Physicians and the death penalty. *West J Med* 1987; 146: 638-40.
7. The Death Penalty. Amnesty International, Danish Medical Group. 1983.
8. Health professionals and the death penalty. April 1989 (AI-paper).
9. Resolutie ingediend op het AI-seminar 'Medicine at risk: the health professional as abuser or victim', januari 1989 te Parijs (verslag ter perse).

Bijlage: 'Declaration on the participation of health personnel in the death penalty'
Zie de volgende bladzijde.

De doodstraf in Nederland

Vanaf de late middeleeuwen tot 1860 werd in Nederland de doodstraf altijd in het openbaar voltrokken. Dit gebeurde onder meer door vierendelen, wurgen, onthoofden of ophanging. Executies in het geheim, zoals in vele andere landen gebruikelijk, zouden de indruk kunnen wekken dat men iets deed dat het daglicht niet kon verdragen*.

In de loop van de 19e eeuw werden steeds minder doodvonnissen uitgesproken en verleende de koning gratie aan ruim 80% van de ter dood veroordeelden**. Als een van de eerste Westeuropese landen ging ons land in 1870 over tot afschaffing van de doodstraf voor alle misdaden in vredetijd: een door minister Modderman van Justitie ingediend wetsontwerp werd met 48 tegen 30 stemmen aangenomen. Zo kwam een einde aan een 'barbaarse en inefficiënte' straf, die volgens de minister onverenigbaar was met het doel van strafrecht: verbetering van de wetsovertreder.

Na twee spectaculaire moorden in Den Haag werd door de confessionele politici in 1880 een amendement ter herinvoering ingediend. Dit werd verworpen na een betoog van Modderman dat, hoewel '(...) de ervaring heeft geleerd dat de groote menigte nog niet geheel bevrijd is van 'le fond de barbarie', (...) hervorming van het strafregt slechts mogelijk is wanneer denkers en wetgevers den moed hebben iets wijzer te zijn dan het volk.'

Na de bevrijding voerde het kabinet-Schermerhorn de doodstraf in op grond van het in 1943 genomen Besluit Buitengewoon Strafrecht. In de toelichtende nota werd gepleit voor 'enkele tientallen executies omwille van de wederbevestiging van het geschokte rechtsgevoel van het Nederlandse volk***. (...) ons volk zou zich in meerderheid onbevredigd voelen, indien thans het leven gespaard zou worden van hen, die op vooraanstaande plaatsen hebben meegewerkt aan afschuwelijk onrecht.'

Mede dankzij het Landelijk Comité van Actie tegen de Doodstraf (waarin ook Henriëtte Roland Holst zitting had) bleef het aantal door de bijzondere gerechtshoven uitgesproken doodvonnissen beperkt tot 190, waarvan er 150 werden bekrachtigd door de Bijzondere Raad van Cassatie. Uiteindelijk zijn als gevolg van ruime gratieverlening door de koningin slechts 40 personen doodgeschoten, de laatste in maart 1952.

In 1983 schaften de Staten-Generaal met artikel 114 van de Grondwet: 'De doodstraf kan niet worden opgelegd', de doodstraf in Nederland definitief af. Hierop is één uitzondering. Onder de Wet Oorlogsstrafrecht kan in oorlogstijd aan militairen of burgers de doodstraf worden opgelegd en voltrokken. Een wetsontwerp om deze situatie te veranderen is in 1980 ingediend, maar de behandeling laat nog steeds op zich wachten. Amnesty oefent druk uit op het parlement om de doodstraf ook uit die wet te verwijderen***.

* Franke H. De dood in het leven van alledag. Rouwadventies en openbare strafvoltrekkingen in Nederland. Nijgh & Van Ditmar, 1985.

** Ruller S van. Genade voor recht. Gratieverlening aan ter dood veroordeelden in Nederland 1806-1870. De Bataafsche Leeuwde, 1987.

*** Graaf R de. Doodstraf in Nederland. Wordt Vervolgd oktober 1988.

Bijlage

Declaration on the participation of health personnel in the death penalty

Amnesty International

recalling that the spirit of the Hippocratic Oath enjoins doctors to practise for the good of their patients and never to do harm,

considering that the Declaration of Tokyo of the World Medical Association provides that 'the utmost respect for human life is to be maintained even under threat, and no use made of any medical knowledge contrary to the laws of humanity'.

further considering that the World Medical Association, meeting in Lisbon in 1981, resolved

that it is unethical for physicians to participate in capital punishment,

noting that the United Nations' Principles of Medical Ethics enjoins health personnel, particularly physicians, to refuse to enter into any relationship with a prisoner other than one directed at evaluating, protecting or improving their physical and mental health,

conscious of the ethical dilemmas posed for health personnel called on to treat or testify about the condition of prisoners facing capital charges or sentenced to death, where actions by such personnel could help save the prisoner's life but could also result in the prisoner's execution,

mindful that health personnel can be called on to participate in executions by, *inter alia*,

– determining mental and physical fitness for execution,

– preparing, administering, supervising or advising others on any procedure related to execution,

– making medical examinations during executions, so that an execution can continue if the prisoner is not yet dead,

DECLARES that the participation of health personnel in executions is a violation of professional ethics;

CALLS UPON health personnel not to participate in executions;

FURTHER CALLS UPON organizations of health professionals;

– to protect health personnel who refuse to participate in executions,

– to adopt resolutions to these ends, and

– to promote worldwide adherence to these standards.

De medische verzorging in het gevangeniswezen

NORMEN

De medische verzorging der gedetineerden in de Nederlandse penitentiare inrichtingen berust op een aantal voorschriften, welke zijn te vinden in de Gevangenismaatregel (Gev.M.), de huishoudelijke reglementen, ministeriële circulaire, huisregels en de in 1987 opnieuw in het kader van de Raad van Europa vastgestelde en aanbevolen Europese gevangenisregels¹. Deze laatste hebben een sterk morele waarde. Tevens spelen hierbij internationale verdragen, in het bijzonder het Europees Verdrag voor de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (Rome, 1958) en de Grondwet een rol.

Art. 44 Gev.M. schrijft voor dat aan elke inrichting één of meer geneesheren zijn verbonden, die blijkens art. 45 lid 1 Gev.M. bij binnenkomst van de gedetineerde zich zo spoedig mogelijk van diens lichamelijke en geestelijke toestand op de hoogte stellen, mede in verband met de te verrichten inrichtingsarbeid. Voorts moet de lichamelijke en geestelijke toestand der gedetineerden regelmatig worden gecontroleerd, ook als zij geen klachten uiten (art. 454 lid 2 Gev.M.). Eventueel kunnen geneesheren van buiten de inrichting in consult dan wel ter behandeling worden geroepen (art. 46 Gev.M.), terwijl in voorkomende gevallen de gedetineerde ex art. 47 Gev.M. tijdelijk naar

C. Kelk

De kwaliteit van de medische verzorging in de Nederlandse penitentiare inrichtingen is in het algemeen van een behoorlijk niveau. Aldus Prof. Dr. C. Kelk, hoogleraar straf(proces)recht en penitentiair recht aan de Rijksuniversiteit Utrecht. Hij zet uiteen hoe ten onzent in de medische zorg voor gedetineerden wordt voorzien.

een psychiatrisch ziekenhuis of een andere ziekeninrichting kan worden overgebracht. Overigens beschikt het gevangeniswezen ook over een eigen penitentiair ziekenhuis (te 's-Gravenhage), dat de status van huis van bewaring heeft en waar gedetineerden buiten toepassing van art. 47 kunnen worden geplaatst. Tevens hebben de inrichtingsgeneesheren de taak om regelmatig de hygiënische toestand in de inrichting te controleren. Blijkens art. 30 (II) van het huishoudelijk reglement voor de huizen van bewaring (verder: HR) en het overeenkomstige artikel in de huishoudelijke reglementen der gevangenis wordt de inrichtingsarts bijgestaan door één of meer verpleegkundigen; samen vormen zij de *medische dienst* in de inrichting. Voorts schrijft het HR voor dat de arts aandacht besteedt aan de kwa-

liteit van de voeding, dat deze de inrichting zoveel mogelijk op alle werkdagen bezoekt en dan de gedetineerden die dat wensen spreekt, zich onverwijld naar de inrichting begeeft indien de directeur dit noodzakelijk acht en bij verhindering zijn vervanging regelt.

Voorts worden nog in een aantal circulaire's nadere regels gegeven betreffende medische voorzieningen en verstrekkingen. Zo zijn er circulaire's over de verstrekking van rijksbrillen aan gedetineerden², over de aanschaf van steunzolen en maatschoenen, etc. Belangrijk is de circulaire van 1966 over de tandheelkundige verzorging. Blijkens deze laatste circulaire vindt bij alle nieuw ingekomen gedetineerden, zowel in gevangenis als in huizen van bewaring, een eerste tandheelkundige controle plaats in aansluiting op de medische controle en vervolgens ieder half jaar. Daartoe houdt op gezette tijden een externe tandarts spreekuur in de inrichting. Er vinden ook tandheelkundige behandelingen in de inrichting plaats, doch uitgebreide tandheelkundige hulp en prothetische behandelingen worden pas bij een strafduur van tenminste één jaar mogelijk. Tenslotte zijn er ook circulaire's geweest met aanwijzingen hoe te handelen bij ongevallen of zelfmoordpogingen van gedetineerden, bij de bestrijding van besmettelijke en andere ziekten en bij de behandeling van ernstige ziekten (bijvoorbeeld suikerziekte).

Uit dit alles blijkt, dat de gedetineerden uit kracht van de Gevangenismaatregel recht hebben op een volledige van rijkswege bekostigde medische verzorging.

MEDISCHE RECHTSPPOSITIE

Langs verschillende wegen is in de effectivering van de medische rechtspositie der gedetineerden voorzien:

- a. Er vinden diverse vormen van toezicht plaats op de kwaliteit van de medische verzorging.
- b. Er zijn mogelijkheden voor de gedetineerden om de naleving van de medische voorschriften af te dwingen.

ad a. In de eerste plaats valt ook de medische verzorging van gedetineerden onder het toezicht van de *Inspecteur van de Volksgezondheid*, alsmede onder die voor de geestelijke volksgezondheid.

Tevens kan door de gedetineerde bij het *medisch tuchtcollege* een klacht worden ingediend over de wijze waarop hij in de inrichting medisch is behandeld.

Voorts is aan het ministerie een eigen *geneeskundig inspecteur* verbonden. De geneeskundig inspecteur is hiërarchisch boven de inrichtingsartsen gesteld, doch deze functionele hiërarchie kent uiteraard geen bevelstructuur³: iedere inrichtingsarts handelt *ex lege* artis en dat wordt gerespecteerd, zij het dat onder omstandigheden de inspecteur kan proberen invloed aan te wenden om de inrichtingsartsen tot een zelfde beleid te bewegen⁴.

Tenslotte is er nog de psychiatrisch adviseur bij het ministerie van Justitie, die onder andere toezicht houdt op het werk van psychologen en psychiaters in de instellingen.

ad b. Dichter bij huis voor de gedetineerde is de *Commissie van Toezicht*, die bestaat uit onafhankelijke burgers en die aan elke penitentiaire inrichting is verbonden, met de taak – namens de samenleving – toezicht uit te oefenen op een correcte bejegening der gedetineerden. De gedetineerden kunnen zich met grieven tot deze commissie wenden. Het gaat hierbij om een tamelijk informele bemiddelingsprocedure. Juist als er grieven van technisch-medische aard komen, zal in de sfeer van de bemiddeling overleg worden gepleegd met het medisch lid van de commissie; deze geeft advies of neemt in dat geval de bemiddeling over en legt – collegiaal – contact met de inrichtingsarts.

Daarnaast bestaat er sedert 1977 een uit drie leden bestaande *beklagcommissie*,

die uit de Commissie van Toezicht wordt samengesteld en die volgens een wettelijk voorgeschreven procedure klachten van gedetineerden over bepaalde beslissingen door of namens de inrichtingsdirectie gegeven, moet onderzoeken en vervolgens een uitspraak moet doen, waarbij de klacht ofwel ongegrond, ofwel gegrond wordt verklaard, in het laatste geval met de bevoegdheid de gewraakte beslissing geheel of gedeeltelijk te herzien⁵. Voor een sterk administratiefrechtelijk getinte rechtsgang is dit nogal vérgaand⁶. Zowel de gedetineerde/klager als de directeur hebben het recht van beroep bij de Beroepscommissie van de Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing⁷. Het is juist langs deze weg van het formele beklagrecht dat de medische verzorging der gedetineerden en het functioneren van de medische dienst in de inrichtingen meer dan eens ter discussie is gesteld en vervolgens nader genormeerd.

Het *kort geding*, ook bij gedetineerden tegenwoordig een populair geworden rechtsmiddel, lijkt op dit terrein minder adequaat. Daarentegen wordt de kortgedingrechter nog wel eens geadeerd door t.b.s.-gestelden om bepaalde maatregelen in het kader van hun behandeling te bestrijden⁸, hetgeen niet verwonderlijk is gezien hun nog weinig ontwikkelde interne rechtspositie⁹.

Tenslotte kan de gedetineerde die meent dat er met betrekking tot zijn detentiesituatie sprake is van schending van één der in het Europees Verdrag gegarandeerde grondrechten, een klacht indienen bij de *Europese Commissie voor de rechten van de mens*, mits alle nationale rechtsmiddelen (waartoe ook het beklagrecht behoort) zijn uitgeput. De Europese Commissie heeft verschillende malen moeten oordelen over klachten ter zake van het ontbreken van adequate medische zorg, doch tot op heden kwam zij nimmer tot de vaststelling dat het ontbreken daarvan 'inhuman or degrading treatment' in de zin van art. 3 EV opleverde¹⁰.

TAKEN INRICHTINGSARTS

De inrichtingsarts vormt samen met de hem assisterende verpleger(s) de medische dienst in de inrichting. In wezen vervult hij de functie van *huisarts* voor de gedetineerden die medicijnen, dieetvoeding of bedrust kan voorschrijven dan wel doorverwijst naar een specialist. Maar daarnaast bengt het specifieke karakter van de penitentiaire inrichting tevens een aantal specifieke taken voor de huisarts van *dit* huis met zich mee. Voor een aan-

tal door de directie te treffen maatregelen is namelijk een *medisch advies* wettelijk voorgeschreven, terwijl de directeur ook uit eigen beweging bepaalde beslissingen afhankelijk kan stellen van het medisch oordeel¹¹. Een voorbeeld hiervan is de vaststelling dat een gedetineerde ziekte heeft gesimuleerd teneinde zich aan de arbeidsplicht te onttrekken, als voorwaarde voor het al dan niet uitkeren van ziekgeld dan wel voor het opleggen van een disciplinaire straf. In feite wordt de arts daarmee genoopt tot het meewerken aan de constatering en opsporing van strafbare feiten, hetgeen wel eens gewetensvragen doet rijzen met betrekking tot de loyaliteit met de patiënt¹². Al met al vormt het medisch advies een essentiële voorwaarde voor de volgende directiebeslissingen:

- Van elke opsluiting in de strafcel moet de inrichtingsarts in beginsel in kennis worden gesteld (art. 104 lid 1 *Gev.M.*), terwijl art. 19 *Reglement* voor opsluiting in de strafcel¹³ bepaalt dat de arts de gestrafte gedetineerde zo spoedig mogelijk en daarna regelmatig bezoekt¹³; de straf kan namelijk om gezondheidsredenen worden bekort of beëindigd (art. 102 *Gev. M.*).

- Van elk plaatsing in de isoleercel geeft de directeur onverwijld kennis aan de arts. Deze bezoekt de gedetineerde in de isoleercel binnen 24 uur en daarna dagelijks¹⁴.

- Plaatsing op het veiligheidsbed vindt niet plaats dan nadat de aan de inrichting verbonden arts en psychiater daarvan in kennis zijn gesteld. Dezen bezoeken de gedetineerde binnen 24 uur en daarna dagelijks¹⁵.

- De directiebeslissing om een gedetineerde op medische gronden gedurende enige tijd uit te sluiten van deelname aan de vrije sportbeoefening, is eveneens afhankelijk van het medisch oordeel daarover¹⁶.

- De beslissing tot tijdelijke overplaatsing naar een krankzinnigeninrichting of een andere ziekeninrichting in geval van krankzinnigheid of ernstige (al dan niet besmettelijke) ziekte ex art. 47 *Gev.M.* geschiedt niet zonder medisch advies. Dit geldt ook voor de overplaatsing naar het penitentiaire ziekenhuis in Den Haag.

SPECIFIEKE OMSTANDIGHEDEN

Krachtens art. 23 *Beg.wet Gevangeniswezen* berust het beheer van de inrichting bij de directeur. Met behoud van de volkomen eigen professionele verantwoordelijkheid van de arts, is de directeur

derhalve eindverantwoordelijk voor *het feit dat* in een behoorlijke medische verzorging van de gedetineerden wordt voorzien, alsmede voor een correcte onderlinge taakverdeling tussen arts en verpleger(s). Het lijkt dan ook voor de hand te liggen, dat er bij een kennelijke fout of vergissing van de medicus voor de directie wel degelijk een taak tot ingrijpen is weggelegd, bijvoorbeeld de inrichtingsarts verzoeken een gedetineerde die eerder door een verpleger is onderzocht alsnog zelf te onderzoeken.

Een en ander impliceert, dat de medische dienst niet zelfstandig beslissingen kan nemen waarbij wordt afgeweken van rechten van gedetineerden, doch uitsluitend als *mandataris* van (dat wil zeggen in naam van) de directie. De directie op haar beurt mag niet uitgaan van het blindelings delegeren van alle professionele macht aan de desbetreffende dienst, doch houdt haar eindverantwoordelijkheid voor het functioneren daarvan, en moet uit dien hoofde zelf initiatieven nemen als er kennelijk iets mis gaat of dreigt te gaan. Daarnaast is het specifieke van de detentiesituatie, dat deze uit haar aard niet bevorderlijk is voor de gezondheid van de gedetineerden. De betrokkenen ondergaan dan ook niet zelden fysieke veranderingen: men vermagert of wordt juist vadzig, men krijgt last van hoofdpijn of van andere psychosomatische verschijnselen, die voortkomen uit de vele frustraties over de detentie en/of de strafzaak zelf; dit kan zelfs zover gaan dat men aandacht vraagt door soms forse voorwerpen (bijvoorbeeld bestek) in te slikken of door een meer directe poging tot suïcide te doen. In de inrichtingen wordt dan ook een immens beroep gedaan op allerhande pijnstillende middelen en tranquillizers¹⁷. Doch afgezien daarvan is de gemiddelde inrichtingspopulatie doorgaans afkomstig uit de minder bevoorrechte lagen van de bevolking, hetgeen zijn neerslag blijkt te hebben in een relatief ongunstige gezondheidstoestand reeds bij binnenkomst in de inrichting. Vaak zijn hieraan slechte leef- en voedingsgewoonten debet. Het betreft hier een internationaal bekend verschijnsel¹⁸.

EIGEN ARTSENKEUZE

Om welke reden dan ook kan door een gedetineerde het consult van een andere dan de inrichtingsarts worden geprefereerd. Dit is in beginsel wél toegestaan voor alle gedetineerden in het huis van bewaring (op grond van het vermoeden van onschuld dat ten aanzien van onver-

oordeelden geldt) doch niet voor veroordeelden, die zich in de gevangenissen bevinden. Overigens moet een dergelijk consult altijd door de gedetineerde zelf worden bekostigd. In gevangenissen is de afwijzing van een verzoek om een eigen arts te consulteren nimmer in strijd met enig recht van de gedetineerde¹⁹, doch inwilliging kan bij wijze van gunst plaatsvinden. In de huizen van bewaring ligt het omgekeerd.

Over het algemeen wordt dit soort wensen van gedetineerden niet erg toegejuicht. De inrichtingsarts voelt deze zonder twijfel al snel als een zekere aantasting van zijn beroepsreus, maar bovendien is hij verantwoordelijk voor de medische verzorging in de inrichting. In de praktijk is er dan ook zelfs in de huizen van bewaring bepaald geen sprake van een onbeperkte vrijheid van artskeuze: indien de inrichtingsarts geen enkele medische indicatie welke een onderzoek door een medisch specialist van buiten noodzakelijk maakt aanwezig acht en vervolgens de directeur adviseert een desbetreffend verzoek van een gedetineerde af te wijzen, zal de daarop volgende negatieve directiebeslissing niet snel onredelijk worden geoordeeld²⁰.

Voorts is de verstrekking van medicijnen door een arts van buiten onderworpen aan de controle van de directeur; deze kan een bepaalde verstrekking als bron van mogelijke spanningen in de inrichting beschouwen. Met name heeft zich dit nogal eens voorgedaan ten aanzien van aan drugs verslaafde gedetineerden.

Ingewikkelder wordt het als er een uitgesproken medisch conflict rijst tussen de inrichtingsarts en een arts van buiten de inrichting over de toelaatbaarheid van een bepaald medicijn: de directeur kan hierover als niet-deskundige qua inhoud natuurlijk niet oordelen, maar zal toch op grond van zijn eigen verantwoordelijkheid voor de medische verzorging en voor de inrichtingsorde tot enige beslissing worden geroepen²¹.

De eigen artskeuze speelt bovendien nog een enkele maal een rol in zeer bijzondere omstandigheden, bijvoorbeeld in geval van hongerstaking.

BIJZONDERE PROBLEEMVELDEN

a. Druggebruik

Een belangrijk probleemveld, waarmee de medische diensten veel te stellen hebben, wordt gevormd door het enorm toegenomen aantal verslaafde druggebruikers in de inrichtingen. Vormde in 1981 hun aantal nog 18% van het totale aantal

gedetineerden, in 1985 stond ruim één-derde van de gedetineerden, zowel in de huizen van bewaring als in de gevangenissen, geregistreerd als harddrugverslaafde. Daarenboven is ongeveer 10% van de inrichtingsbevolking verslaafd aan alcohol.

Het beleid is er steeds op gericht geweest de aanwezigheid van drugs, in het bijzonder hard drugs, in de inrichtingen zoveel mogelijk te beperken. Om deze reden is bijvoorbeeld de mogelijkheid tot stelselmatige visitatie uitgebreid²². Doch daarnaast wordt ook veel gedaan aan de *begeleiding* van de drugproblematiek van individuele gedetineerden. Zo zijn medewerkers van de CAD's (consultatiebureaus voor alcohol en drugs) werkzaam binnen alle inrichtingen. Ondanks alle genoemde maatregelen komen de drugs toch op grote schaal de inrichtingen binnen. Aan gedetineerden die dat willen kan bescherming tegen drugs worden geboden door het instellen van geheel aparte, autonoom functionerende drugvrije afdelingen²³. Tegelijkertijd kan aldaar aan verslaafden (medische en psychosociale) hulp worden verleend. Een aantal van dergelijke afdelingen bestaat reeds. Een belangrijk element vormen hier de urinecontroles²⁴. Bij gebleken gebruik van hard drugs of pillen plagen er sancties te worden toegepast²⁵.

Zoals reeds gezegd is er thans, in tegenstelling tot vroeger, sprake van een zekere eenheid in medische benadering van de drugsproblemen.

b. Geestelijke stoornissen

Niet in elke inrichting is een (part-time) psycholoog werkzaam, doch incidenteel wordt op een psycholoog van buiten een beroep gedaan. In elk arrondissement is een zogenaamde *districtspsychiater* aanwezig, die is verbonden aan alle in het arrondissement gelegen penitentiaire inrichtingen. Deze treedt, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van inrichtingsfunctionarissen of van de inrichtingsarts adviserend dan wel behandelend op. Behalve de districtspsychiatrische diensten is aan het departement van Justitie een psychiatrisch adviseur verbonden, die met name over zeer moeilijke problemen nader kan adviseren; deze oefent toezicht uit op het psychiatrische werk in de penitentiaire inrichtingen.

Reeds in 1983 werd over het probleem van de vele geestelijk gestoorde gedetineerden rapport uitgebracht, en wel door de commissie-Psychiatrische/Therapeutische Voorzieningen Gevangeniswezen. Intussen groeit het aantal geestelijk

gestoorde gedetineerden zorgwekkend. In de huizen van bewaring bevinden zich vele tientallen gedetineerden die zó ernstig gestoord zijn dat een langer verblijf in een huis van bewaring niet verantwoord is. Uitsluitend voor (tijdelijke) crisisinterventie is de forensische observatie- en begeleidingsafdeling, de zogeheten FOBA, in één der Amsterdamse huizen van bewaring ingericht. Een duurzamere voorziening kan eventueel worden bewerkstelligd via opname in een psychiatrisch ziekenhuis ex art. 47 Gev. M., doch dit stuit dikwijls op moeilijkheden bij de desbetreffende inrichtingen.

In de gevangenis verblijven thans meer dan honderd veroordeelden die hoognodig behandeling behoeven. Onlangs zijn dan ook nadere afspraken gemaakt tussen de ministeries van Justitie en WVC²⁶, onder meer inhoudende een uitbreiding van de FOBA, de bouw van twee nieuwe forensisch-psychiatrische klinieken en enkele speciale afdelingen in twee psychiatrische ziekenhuizen.

c. *Hongerstaking*

Een enkele maal wordt het gevangeniswezen geconfronteerd met het verschijnsel 'hongerstaking van gedetineerden'. Intussen heeft de staatssecretaris van Justitie bij circulaire een aantal 'vuistregels' geformuleerd als 'richtsnoer' voor hoe te handelen in gevallen van hongerstaking²⁷. Uit de circulaire kan worden opgemaakt, dat deze vuistregels verdienen te worden begrepen onder de optiek van het zelfbeschikkingsrecht van de mens ten aanzien van zijn gezondheid, hetgeen in de lijn ligt van opvattingen van Leenen²⁸. Er wordt niet gekozen voor het instellen van een permanent team ter begeleiding, doch voor een incidentele begeleiding; hieraan zal steeds zeer tijdig alle aandacht moeten worden gegeven. Essentieel hierbij is de kwestie van de vrije artskeuze. Terecht wordt zwaar getild aan overleg hierover met de inrichtingsarts; de circulaire stelt een consult van buitenaf door deskundigen of vertrouwensartsen afhankelijk van diens instemming²⁹.

d. *AIDS-virus*

Tenslotte zijn er de ontwikkelingen van het Aids-virus in de penitentiaire inrichtingen, waarin nu eenmaal sprake is van verhoogde risico's. Allereerst is er in de grotere gesloten inrichtingen altijd wel een aantal gedetineerden aanwezig dat bekend staat als intraveneus druggebruiker, waarvan een gedeelte drager van het HIV-virus is³⁰. Daarnaast bevinden gedetineerden en functionarissen zich in een

permanente leefgemeenschap van intensieve contacten en van talrijke fysieke aanrakingen. Geweldshandelingen waarbij bloed vloeit, bijvoorbeeld in een toestand van escalatie en bij het uitvoeren van een dwangmaatregel als isolatie, behoren bepaald niet tot de uitzonderingen. Verschijnselen van zelfverwonding door depressieve gedetineerden vormen ook een extra risico. Voorts zijn er allerlei typen intieme gedragingen onder gedetineerden denkbaar, in welk verband het aloude taboe van seksuele contacten tussen gedetineerden onvermijdelijk dient te worden doorbroken³¹. Het werd dan ook de hoogste tijd voor een ministeriële circulaire over het te voeren beleid³². Terecht wordt daarin bekendgemaakt, dat tegen betaling condooms ter beschikking van de gedetineerden moeten worden gesteld. Voorts wordt een aantal aanwijzingen gegeven op het gebied van in acht te nemen hygiëne bij potentieel riskante handelingen, zoals het gebruik van werken huishandschoenen bij fouilleren, visiteren of celinspecties.

Gezien te verwachten ontwikkelingen zal in de toekomst nog veelvuldig een beroep op het improvisatievermogen van directeurs en medici worden gedaan.

KWALITEIT MEDISCHE ZORG

Het geheel overziend, meen ik te kunnen stellen dat de kwaliteit van medische verzorging in de Nederlandse penitentiaire inrichtingen over het algemeen van een behoorlijk niveau is:

- De verhouding van 1 full-time arts op 300 gedetineerden en 1 verpleegkundige op 50 gedetineerden maakt in principe een intensieve medische verzorging mogelijk³³.
- De medische diensten zijn vrij snel bereikbaar en voor de gedetineerden doorgaans gemakkelijk toegankelijk.
- De inrichtingsdirecties dragen voor het goed functioneren van de medische dienst een eigen verantwoordelijkheid, welke door de beklag- en beroepsrechter kan worden gecontroleerd.
- De departementale Geneeskundige Inspectie houdt toezicht op de medische diensten.
- Aan de Europese Gevangenisregels wordt op het terrein van de medische verzorging qua regelgeving behoorlijk voldaan, hetgeen niet zonder meer hoeft te betekenen dat in de praktijk altijd precies datgene gebeurt wat de bedoeling van de regels is, dan wel dat een en ander in alle opzichten tevens in overeenstem-

ming zou zijn met onze eigen standaard van medisch handelen.

- De medische diensten nemen in beginsel de gedetineerden, ook in hun specifieke detentieproblematiek, zeer serieus.
- Aan de vele gecompliceerde situaties, zoals van drugverslaving, hongerstaking en psychische stoornissen, wordt veel aandacht gegeven.
- Hoewel wellicht niet altijd van harte, wordt in een aantal gevallen van medische noodzaak de vrije artskeuze gehonoreerd, ook wanneer dat wettelijk niet met zoveel woorden is toegestaan. Het accent blijft echter wel op het werk van de inrichtingsarts liggen.
- Indien noodzakelijk, kan altijd wel een ziekenhuisopname worden gerealiseerd, al was het maar in het eigen Penitentiair ziekenhuis in Den Haag.

Aan de andere kant is het, gezien de gecompliceerdheid van de detentiesituatie, niet goed mogelijk de medische zorg zoals deze in de vrije samenleving pleegt te worden geboden in alle opzichten te evenaren. Dit neemt niet weg dat de positieve aspecten van de medische verzorging der Nederlandse gedetineerden verre de overhand hebben³⁴. □

Noten

1. Deze minimum-regels kwamen in 1955 te Genève tot stand in het kader van de VN en werden in 1957 door de Sociale en Economische Raad van de VN goedgekeurd, doch nimmer door de Algemene Vergadering geratificeerd. Hun waarde is die van een alom erkende morele binding. In 1973 werden ze voor de eerste keer in het kader van de Raad van Europa afgestemd op de Europese situatie en aanbevolen door het Comité van Ministers.

2. Circulaire van 2 december 1981, nr. M 3/18.

3. Zie C. de Jong en R. Verpalen. De medische dienst in de penitentiaire inrichting, Proces 1983, p. 350.

4. Dit is bijvoorbeeld gebeurd met het drugsbeleid in de inrichtingen. Zie de notitie van de adviseur voor verslavingsaangelegenheden bij het directoraat-generaal voor Jeugdbescherming en Delinquentenzorg van 4 november 1985, Penitentiaire Informatie 1986, nr. 5.

5. Zie artt. 51 t/m 58 Beginselenwet gevangeniswezen. Literatuur hierover: W. H. A. Jonkers e.a., Het penitentiair recht, losbl. editie, Gouda Quint 1975; P. van Ratingen, Recht en gevangenschap, Van Loghum Slaterus/Tjeenk Willink 1983; C. Kelk, Kort begrip van het detentierecht, Ars Aequi Libri, 2e druk, 1988.

6. Zie hierover: J. P. Balkema in de bundel: De vrijheidsstraf, Gouda Quint 1986, p. 285-303, en C. Kelk, Ombudsman 1986, p. 150-165.

7. Tot voor kort: de Centrale Raad van Advies voor het gevangeniswezen, de Psychopatenzorg en de Reclustering.

8. Bijvoorbeeld Pres. Rb. Utrecht, 23 mei 1982 inzake isolatie in een t.b.r.-inrichting, toegepast uit oogpunt van behandeling.

9. In het vooruitzicht van nieuwe wetgeving in deze op basis van de voorstellen van de commissie-Haars (rapport 1987) is er een zeer bescheiden tijdelijke regeling in werking, die voor

medische klachten nauwelijks of geen betekenis lijkt te hebben (zie hierover mijn 'Kort begrip van het detentierecht', hoofdstuk 8).

10. Zie: Human Rights in Prisons, Council of Europe, Strasbourg 1986, p. 87-91.

11. Art. 39 lid 2 (II) h.r. voor de huizen van bewaring.

12. Zie hierover: Kri oktober 1984, p. 12-14.

13. Beschikking van 18 mei 1978, nr. 370/378, Pl 1980, nr. 30.

14. Art. 4 Reglement plaatsing in de isoleer cel en plaatsing op het veiligheidsbed. Circulaire van 19 februari 1981, nr. 927/380, Penitentiare Informatie 1981, nr. 25.

15. Art. 23 van ditzelfde reglement. Indien de directeur niet de arts zelf inschakelt maar een verpleger, dan is de directiebeslissing als geheel nietig. Zie Penitentiare Informatie 1984, nr. 11.

16. BC 30 september 1980, A 73/80. Penitentiare Informatie 1981, nr. 8.

17. Opvallend is, dat dit door de oud-gevangenisdirecteur J. Nijborg wordt ontkend. Het zou evenwel kunnen zijn dat zich dit verschijnsel voornamelijk voordoeft in de huizen van bewaring, waar men juist in de meest kritieke en spannendste fase

van het strafproces verblijft en waar veel stress heerst vanwege de recente drastische wijziging der leefomstandigheden; bovendien zijn de regimens in de gevangenissen vaak veel ruimer.

18. T. W. Harding, La Santé en milieu carcéral, Bulletin d'information pénitentiaire, Conseil de l'Europe, decembre 1987, p. 10-12.

19. BC 19 mei 1988, A 160/87. Penitentiare Informatie 1988, nr. 70.

20. BC 2 oktober 1985, A 131/85. Penitentiare Informatie 1986, nr. 10.

21. BC 25 juli 1983, A 62/83. Penitentiare Informatie 1984, nr. 6, m.n. U. van de Pol.

22. Zie art. 63 (III) HR voor de huizen van bewaring en het overeenkomstige artikel van de huishoudelijke reglementen van de overige inrichtingen. Onder bepaalde omstandigheden kan het blijken deze regeling zelfs visitaties na het bezoek van advocatuur en reclassering betreffen.

23. De gedachte van de drugvrije afdelingen is volop in ontwikkeling. Ook is de stichting van een drugvrij centrum voor zelfmelders in half open gevangenissen in voorbereiding.

24. De staatssecretaris heeft intussen een regeling vastgesteld volgens welke verplichte urinecontroles kunnen plaatsvinden.

25. De sancties variëren nogal, bijvoorbeeld tijdelijke wegplaatsing naar een andere afdeling of tijdelijke ontzegging van deelname aan bepaalde programmaonderdelen.

26. Zie de brief van de staatssecretarissen van Justitie en van WVC van 18 januari 1988 aan de Tweede Kamer.

27. Circulaire van 4 december 1985, nr. 799/385. Penitentiare Informatie 1986, nr. 31, m.n. C. Kelk.

28. H. J. J. Leenen, Gezondheidszorg en recht, Samsom 1981, p. 221/222.

29. Zie hierover uitgebreid mijn artikel in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1989, p. 18-20.

30. In Amsterdam is door de GG&GD wel eens geconstateerd dat dit bij circa 20% van deze categorie het geval is.

31. Zie ook K. de Graaff, Detentie en homosexualiteit, Proces 1988, p. 44-52, en Robert N. Boyd, Sex behind bars, San Francisco 1984.

32. Circulaire van 27 augustus 1987, nr. 555/387.

33. Aldus C. de Jong en R. Verpalen, Proces 1983, p. 359.

34. Zie voor een uitvoeriger beschouwing over de medische verzorging van de gedetineerden mijn artikel in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1989, p. 2-21.

Gezondheidszorg achter tralies

'Grote afstaande oren, veel hoofdhaar, een spaarzame baard, een asymmetrisch hoofd en een forse kin': zo zou volgens Cesare Lombroso in zijn boek 'L'umo delinquente' een crimineel eruitzien. In de ruim honderd jaar die sinds deze publicatie zijn verstreken zijn meer van die vooroordelen opgekomen en weer gesneuveld. Toch bestaan ze nog wel. 'Is het niet gevaarlijk arts te zijn in een gevangenis?', wordt ons door collega's wel gevraagd. 'Ze gebruiken er allemaal drug', aldus Katwijkse vissers. 'Ze hebben er een luxe leven. TV op hun cel, een hotel is het! We moeten ze strenger aanpakken!' Aldus medeburgers in een TV-uitzending naar aanleiding van de opening van het huis van bewaring in Leeuwarden.

In dit artikel wil ik in vogelvlucht iets vertellen over het functioneren van de geneeskundige dienst in penitentiare inrichtingen, de invloed van het insluiten op de gezondheidstoestand van gedetineerden en het afwijkende morbiditeitspatroon binnen de inrichtingen. De nadruk zal liggen op de verschillen binnen en buiten de muren.

Om niet steeds de termen 'penitentiare inrichting', 'huis van bewaring' en 'gevangenis' te hoeven gebruiken, zal ik soms van 'bajes' spreken (een geuzenterm). Ook 'hij/zij' zal worden vermeden, hoewel er vrouwelijke gestichtsartsen zijn, evenals mannelijke verpleegkundigen. Per jaar verblijven ongeveer 20.000 personen korter of langer in huizen van be-

Dr. P. Lens was tot 1 april jl. plaatsvervangend geneeskundig inspecteur bij het ministerie van Justitie. Van hem het medische pendant van het verhaal van de jurist Kelk hiervoor. De auteur is thans geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid voor Noord-Holland, standplaats Haarlem.

waring en gevangenissen, in principe in het huis van bewaring als verdachte en in de gevangenis na veroordeling. Per dag bevinden zich ongeveer 6.000 mensen in detentie ('point prevalence').

In de inrichtingen werken 64 artsen in deeltijd. Om in aanmerking te komen voor de functie van inrichtingsarts, moet men bij voorkeur praktizerend huisarts zijn en affiniteit hebben met bajesklanten. Omdat de 'consultation rate' binnen de muren achtmaal zo hoog is als daarbuiten, wordt een volledige praktijk binnen de inrichting op 300 gedetineerden gesteld. Justitie hecht aan een part-time dienstverband, omdat het niet het risico wil lopen dat de huisarts van de normale dagelijkse praktijk vervreemd. De huisarts dient in een goed functionerende waarnemingsgroep mee te draaien, om zo de 24-uurs bereikbaarheid te waarborgen.

POSITIE ARTS

1. De arts in de inrichting is daar allereerst de *huisarts*. Het verschil met de vrije maatschappij is het ontbreken van een vrije artskeuze voor de gedetineerde. In principe heeft de gedetineerde in een huis van bewaring wel het recht - voor eigen rekening - een arts van buiten te consulteren, doch hier wordt weinig gebruik van gemaakt. Een veroordeelde die in een gevangenis is ingesloten heeft het recht op vrije artskeuze niet. Naar mijn persoonlijke mening is het te overwegen dit verschil op te heffen.

Overigens moet hier duidelijk worden gesteld dat het hier alleen om consultatie gaat en niet om behandeling. De staat, die immers verantwoordelijk is voor het welzijn van de gedetineerden, kan deze verantwoordelijkheid alleen maar dragen als derden zich niet met de behandeling bemoeien, tenzij de gestichtsarts hierom heeft gevraagd.

2. Daarnaast is de huisarts *controlerend arts*; hij spreekt zich er immers over uit of de gedetineerde aan arbeid en sport mag deelnemen.

Ik weet dat de KNMG zich verzet tegen deze dubbelrol. Een oplossing zou zijn een aparte controlerend geneesheer te benoemen. Ik vind dit een topzware manoeuvre. Ook in de vrije maatschappij bemoeit de huisarts zich al of niet gevraagd met werkhervatting en met sport, hoewel ik moet toegeven dat er in die

situatie geen sanctie op staat als dit advies in de wind wordt geslagen.

3. Een derde taak is het functioneren als *staflid*. Wil de arts als behandelend arts niet ongeloofwaardig worden, dan zal hij in deze functie zeer zorgvuldig met het beroepsgeheim dienen om te gaan. Er zijn situaties waarin deze *dubbele loyaliteit* duidelijk speelt: de gedetineerde is HIV-positief en agressief, de arts weet van iemand dat hij hard drugs heeft gebruikt . . .

INTEGRALE ZORG

Werken achter tralies betekent samenwerken. Huisarts en verpleegkundigen vormen samen de *medische dienst*. De verpleegkundigen verzamelen de geadigden voor een eigen spreekuur. Daar vinden dan reeds eenvoudige behandelingen plaats en wordt ook geselecteerd wie naar het spreekuur van de arts zal gaan. Als de patiënt de arts zelf wil spreken, moet dat verzoek worden gehonoreerd, ook als de verpleegkundige het overbodig vindt. De verpleegkundige in de bajes is een kruising tussen de verpleegkundige zoals die in sommige Engelse huisartspraktijken fungeert en de Chinese 'bare-foot doctor'. Hoewel de huisarts verantwoordelijk blijft, functioneert ze een groot deel van de dag zelfstandig. Door hun dagelijkse aanwezigheid kennen gedetineerden haar en nemen haar in vertrouwen.

De verpleegkundige assisteert verder bij het spreekuur van de huisarts, ziet erop toe dat de afgesproken therapie wordt gevolgd en regelt zo nodig de verwijzing naar andere hulpverleners binnen of buiten de muren. Binnen de inrichting zijn dat het maatschappelijk werk, eventueel de psycholoog, de psychiater, de tandarts, de geestelijke verzorging, het Bureau Sociale Dienstverlening, het eventueel aanwezige psychosociale team, de reclassering en de medewerkers van het consultatiebureau voor alcohol en drugs. Voor de begeleiding van gedetineerden zijn de *penitentiaire inrichtingswerkers* (PIW'ers) van het grootste belang. De laatste tijd worden vaker vrouwelijke PIW'ers aangenomen. Dit blijkt een goed antidotum tegen agressief gedrag en macho-cultuur. De ouderwetse cipier met sleutelbos bestaat niet meer. De PIW'ers staan het dichtstbij de gevangene; zo zullen zij vaak als eerste signaleren dat de gedetineerde in de put zit en suïcidale trekken vertoont.

Samenwerking tussen verpleegkundigen en PIW'ers is van groot belang.

Uit de veelheid van op elkaar afgestemde disciplines mag duidelijk worden dat er voor een solitair werkende huisarts in een inrichting geen plaats is. Verder denk ik dat menig stadswijk of dorp met afgunst naar de bereikte integrale zorg binnen een bajes zal kijken.

PSYCHOPATHOLOGIE

Over de doelstellingen van detentie bestaan zeer uiteenlopende opvattingen. Idealisten denken aan resocialisatie, sceptici aan louter opbergen en het beveiligen van de maatschappij. Pessimisten zien het als een leerperiode, maar dan in een 'school of crime'.

Eigenlijk geeft iedereen wel toe dat detentie negatieve effecten op de psyche van de gedetineerde kan hebben. De deprivatie, de begrenzing van de autonomie, het verblijf te midden van andere criminelen, de macho-cultuur, lokken psychopathologisch gedrag uit^{1,2}. Depressies komen vaak voor, agressie wordt naar binnen gekeerd en leidt tot suïcide of suïcidepogingen. Toegeven dat je psychische problemen hebt, past niet in de bajescultuur; het gevolg is dat veel gedetineerden hun problemen somatiseren. Daarnaast hebben veel gedetineerden, met name drugsverslaafden en alcoholisten, voor hun detentie hun lichaam verwaarloosd. Beide factoren zijn een verklaring voor de achttien tot grote 'consultation rate' in de inrichtingen.

MORBIDITEIT ACHTER TRALIES

De morbiditeit achter tralies krijgt een geheel eigen accent door het grote aantal drugsverslaafden, de dreigende maar nog ondergrondse AIDS-problematiek en het grote aantal psychisch gestoorde gedetineerden. Daarnaast komen automutilatie en suïcidaal gedrag voor. Over deze vier categorieën wil ik hierna nog kort iets zeggen. De problematiek wordt nog extra gecompliceerd doordat een kwart van de gedetineerden buitenlander is, een tolk niet altijd beschikbaar is en de gebarentaal tot een gebrekkige anamnese leidt.

1. Drugsverslaafden

Ongeveer een derde van de gedetineerden zegt gebruiker van hard drugs te zijn. Dit gegeven is afkomstig van de medische dienst; het is gebaseerd op de anamnese bij binnenkomst. Er zijn echter ook inrichtingen waar driekwart van de gedetineerden verslaafd is; dit hangt samen met de selectie bij plaatsing. Het gebruik van

opiaten is sinds 1985 met 1% gedaald, dat van cocaine met 1% gestegen (thans 4,4% van de totale populatie). Hoopvol – voor zover je hier bij drugsproblematiek van kan spreken – is dat het aantal verslaafden zich net als in de maatschappij stabiliseert.

In 1986 kwam met medewerking van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing een protocol tot stand voor de aanpak van verslaafden³. Dit protocol bevat 51 aanbevelingen. Ik vermeld er enkele:

- Sluit aan bij de therapie voor detentie.
- Probeer het druggebruik door middel van substitutie (bijvoorbeeld met methadon) in korte tijd af te bouwen.
- Ontwenning is onaangenaam, maar niet gevaarlijk.
- Beperk langdurig gebruik van psychofarmaca en slaapmiddelen.
- De arts mag niet meewerken aan opsporingsmaatregelen die onderdeel zijn van het regiem.

Zonder veel problemen kicken de meeste verslaafden in één tot twee weken af. In zeven inrichtingen bestaan drugvrije afdelingen. De gedetineerde kan, als zijn motivatie solide is, hier worden geplaatst. Hij verplicht zich dan wel het programma te volgen. Een onderdeel daarvan zijn de urinecontroles op drugs; een positieve uitslag betekent verwijdering uit het programma.

Sinds kort bestaan er ook verplichte urinecontroles. Deze gaan echter uit van de directie. Men hoopt hierdoor meer greep te krijgen op het verboden gebruik van drugs. Met het humane beleid bij bezoek of weekendverlof is import van drugs niet tegen te houden. De Geneeskundige Inspectie meent dat de geloofwaardigheid van artsen en verpleegkundigen wordt aangetast, als zij zich met deze verplichte urinecontroles inlaat.

Sinds 1982 is het mogelijk dat gedetineerden tijdens hun strafperiode worden overgeplaatst naar een therapeutische gemeenschap. Dankzij Roorda – oud-huisarts te Haarlem, gestichtsarts en later adviseur verslavingsaangelegenheden van het ministerie van Justitie – is hier creatief gebruik gemaakt van artikel 47 van de Gevangeniswet. Van de 60 in 1987 geplaatste verslaafden maakte de helft de therapie in ieder geval af tot de datum waarop de straf ten einde liep^{4,5}. Om een heel praktische reden weet Justitie niet hoe het daarna gaat: de betaling van de therapie door Justitie houdt namelijk op als de straf ten einde is. Daar Justitie slechts een maximale opname van zes maanden binnen de totale strafperiode

toestaat, zal bij de meesten het einde van de therapie, die vaak één jaar duurt, nog niet zijn bereikt. De ervaring van de meeste therapeutische gemeenschappen is echter dat 'artikel 47-klienten' het even goed doen als andere verslaafden; ongeveer 40% haalt de eindstreep.

Van de mogelijkheid tot schorsing van de voorlopige hechtenis en/of een voorwaardelijke veroordeling zou wellicht door rechters meer gebruik kunnen worden gemaakt. De resultaten die in het buitenland met dwangbehandeling zijn behaald zijn tegenstrijdig⁶. Bij de huidige wetgeving is dwang in Nederland nauwelijks mogelijk⁷. Echter, als de drugverslaafde, meestal voor een 'drug related crime', toch in detentie wordt gebracht, lijkt dit hét moment om hem duidelijk te maken dat hij zijn carrière een andere wending kan geven.

Meer onderzoek zal duidelijk moeten maken wat de kosten en baten zijn van de huidige aanpak. Met name zal antwoord moeten worden gegeven op de vraag of behandelde gedetineerde gebruikers voorgoed hun junky-bestaan vaarwel hebben gezegd. Nog dit jaar zullen we de geboorte meemaken van een dergelijk evaluatieproject, gefinancierd door Justitie en WVC samen (wij noemen het Edid: 'evaluation drugs in detention').

Gelukkig wordt een groot deel van de begeleiding van verslaafde gedetineerden uitgevoerd door de specialisten op dit gebied: de CAD-medewerkers, die bijna in alle inrichtingen werkzaam zijn.

2. HIV en AIDS

Onderzoek naar de HIV-status vindt alleen plaats op verzoek van de gedetineerde of bij het vermoeden van AIDS. Er wordt alleen getest na toestemming van de patiënt. Tevoren wordt gevraagd of de gedetineerde de uitslag wil weten. Op deze manier werd bekend dat op 21 september 1988 zich 32 HIV-seropositieven binnen onze muren bevonden.

Aan enkele personen werd gratie verleend nog vóór detentie, omdat zij aan AIDS bleken te lijden. Bij systematische screening van alle gedetineerden zullen, als we de gegevens van buiten mogen extrapoleren naar de populatie binnen, ongeveer 500 HIV-seropositieven worden gevonden (6.000 gedetineerden, van wie 2.000 verslaafden, van wie 1.000 i.v.-gebruikers, van wie de helft (?) seropositief). Voorlopig kunnen we slechts een straf preventief beleid voeren: goede voorlichting aan personeel en gedetineerden en desgewenst condooms. HIV-positieve gedetineerden kunnen rekenen op

de geheimhoudingsplicht van de medische dienst. Vaak lekt de uitslag toch uit via de gedetineerde zelf. Het blijkt dat inrichtingen hier niet meer met paniek op reageren. Als de ware omvang van de epidemie onder gedetineerden te zijner tijd duidelijk wordt, zal dit nog een zware wissel trekken op medische diensten en psychosociale teams⁸.

3. Psychisch gestoorde gedetineerden

De indruk bestaat dat het aantal psychisch gestoorde gedetineerden in huizen van bewaring en gevangenis gedurende de laatste tien jaar is toegenomen. De Smit, als psychiatrisch adviseur verbonden aan het ministerie van Justitie, vermeldt in een recent artikel⁹, dat 3% van de gedetineerden zo ernstig psychisch ziek is dat zij in aanmerking komen voor onmiddellijke overplaatsing naar behandelingsinstituten buiten de penitentiaire wereld; in absolute aantallen ging het in 1988 om 175 patiënten. De Smit schat dat een derde deel van de totale gevangenispopulatie psychosociale zorg nodig heeft. De vermeende toename van het aantal psychisch gestoorde gedetineerden zou een gevolg zijn van het soepeler ontslagbeleid van psychiatrische inrichtingen en wellicht ook van de onmogelijkheid patiënten die nog niet aan ontslag toe zijn ervan te weerhouden te vertrekken. Daarnaast is er onder de verslaafden een groep met psychische problematiek die wordt versluierd door het druggebruik. Pas bij het afkicken – eigenlijk het afbouwen van de zelfmedicatie – wordt duidelijk dat psychiatrie aanwezig is. Ook de insluiting zelf kan natuurlijk psychiatrisch gedrag luxeren. De huisarts zal bij deze patiënten de behandelingen meestal aan de districtpsychiater overdragen.

Als de gedetineerde niet is te handhaven volgt overplaatsing naar een speciale afdeling binnen het justitiecircuit (de zogenoemde FOBA: forensische observatie- en behandelafdeling) of naar een psychiatrische instelling. Verschillende districtpsychiaters hebben mij gemeld dat gestoorde gedetineerden elders niet erg welkom zijn. Discriminatie?

4. Automutilatie en suïcidaal gedrag

Automutilatie kan een manier zijn om tijdelijk in een burgerziekenhuis te geraken. Het kan natuurlijk ook een suïcidale dreiging zijn. Voor gedetineerden die zichzelf verwonden of corpora aliena inslikken is vaak tijdelijke overplaatsing naar het penitentiaire ziekenhuis of een burgerziekenhuis nodig: automutilatie uit zelfbehoud. De kans op suïcidaal gedrag

binnen de inrichting is groter dan daarbuiten, vanwege¹⁰:

- de 'import' van mensen met een groter suïciderisico. Denk aan de alcohol- en drugsverslaafden en de mensen met een chaotische levensverloop ('chronically disorganized')¹¹;
- de deprivatie door de detentie zelf. Gedetineerden verkeren in de situatie van mensen die wat Kreitman noemt acuut zijn 'afgesneden' ('the acutely disrupted')¹¹;
- het grote aantal psychiatrische patiënten onder de bajesklienten.

Perioden met een extra groot risico zijn het moment van insluiting (de eerste poging vindt vaak al plaats op het politiebureau) en het moment van de veroordeling.

Preventief valt te denken aan een goede begeleiding, met name door de bewakers (de penitentiaire inrichtingswerkers of PIW'ers) en door de verpleegkundigen. Vaak zal de arts een psychiater inschakelen.

Helaas worden suïcidale gedetineerden vaak in een isoleercel geplaatst, omdat het toezicht hier groter is en de mogelijkheden zich te verwonden of van het leven te beroven hier kleiner zijn. Isoleren staat echter haaks op goede begeleiding: het gebeurt omdat er in de praktijk weinig andere mogelijkheden zijn tot zelfbescherming; men zal echter proberen de gedetineerde weer zo snel mogelijk 'onder de mensen te brengen'.

Ik heb de indruk dat de sfeer in de kleinere oudere inrichtingen – dorpsgemeenschappen – minder suïcidogeen is dan in de grote nieuwe mammoets.

BESLUIT

Hiermee is in grote lijnen het werkkerrein van de gestichtsarts beschreven. Zoals gezegd, kan hij zijn werk alleen doen in samenwerking met anderen. Mochten de mogelijkheden ter plekke niet voldoende zijn, dan zal hij naar specialisten 'buiten' verwijzen.

De patiënten voor opname worden bij voorkeur naar het penitentiair ziekenhuis in Scheveningen gestuurd (26 bedden). Hier werken twee artsen van Justitie, samen met specialisten uit de wijde omgeving. Bij een acute opname wordt een beroep gedaan op een burgerziekenhuis.

Het enige recept dat de arts niet kan voorschrijven is R/capsules libertatis. Daarnaast zal hij ernaar streven de gede-

tineerde precies zo te behandelen als de patiënt in vrijheid. Het peil van de geneeskunde achter tralies in een land zegt veel over de mate van democratie en vrijheid in dat land. □

Literatuur

1. Sieben JMLP. Psychische stoornissen bij gedetineerden. Lezing 18 november 1988 op het ministerie van Justitie.
 2. Banks C, Zimbardo HPh. Interpersonal dynamics in a simulated prison. International Journal of Criminology and Penology 1973; 1: 69-97.

3. Consensus 11 december 1986 Den Haag. Medisch beleid bij de aan opiaten verslaafde gedetineerden. Ministerie van Justitie.
 4. Roorda PA. Drang bij de behandeling van verslaafden. Ministerie van Justitie, april 1988.
 5. Roorda PA. Drugs achter de draaideur. Haarlem: De Toorts, 1989.
 6. Leukefeld CG, Tims FM. Compulsory treatment for drug abuse. Clinical practice and research. Rocville, USA (NIDA 96 monograph series).
 7. Dwang en drang in de hulpverlening aan verslaafden. Tweede Kamer der Staten Generaal 987-988 20415 nrs. 1-2.
 8. Harding TW. Aids in prison. Lancet 28 november 1987, 1260-3.

9. Smit NW de. Psychose en gevangenis. Justitiële verkenningen 1989; 15: 62-76 (no 289).
 10. Bernasco W. Zelfdestructief gedrag van gedetineerden. Vakgroep Klinisch Psychologie Rijksuniversiteit Leiden, 1987.
 11. Overstone IMK, Kreitman N. Two syndromes of suicide. British Journal of Psychiatry 1974; 124: 336-45.



Dagboek van een waarnemer

28: Avondronde (1)

Zaterdagavond, 22.00 uur.

Ik heb er genoeg van, van deze dienst die tot zaterdag 23.30 uur loopt. Ik heb de afgelopen 28 uur 21 consulten gedaan, 10 visites gereden en 15 telefoontjes afgewerkt. Het was druk. Toch merkwaardig dat weekenddiensten pas als zodanig beginnen te tellen als het 24 uur belooft, en dit is dan een dienst van 30 uur. Ook 38 uur is heel gewoon en er zijn nog massa's weekenddiensten die van vrijdagavond 18.00 tot maandagochtend 08.00 lopen. Ik ken geen bedrijf waar de continue dienst ongestraft door één persoon kan worden bedreven. En dat, terwijl wij artsen ook nog met ziekte en gezondheid, en leven en dood te maken hebben. Wij artsen springen wat dat betreft volmaakt ongezond met onze gezondheid om. Maar ja, ik moet nog tot 23.30 uur de wacht houden, een kwestie van volhouden dus.

Net als op de televisie een goede film is begonnen, gaat de telefoon. Of ik nog even naar Karel kan komen kijken. 'Wat is er dan aan de hand?' Karel is 18, heeft een spina bifida en is al twee dagen koortsig. Het weekend brengt hij door bij zijn zus en zwager. Hij heeft nu 39,6 en ze zijn bang voor infectie van de drain. Een terechte vraag, wel een beetje laat overigens, denk ik, me realiserend dat dokters altijd kunnen roepen: 'waarom belt u me niet veel eerder gebeld, of waarom belt u nu al, kijk het toch eerst een poosje aan!' Ik begrijp het wel, ze durven zo de nacht niet in.

Ik wil opstaan als de telefoon opnieuw rinkelt.

'Met mevrouw Katwijk, dokter, wilt u eens even bij mijn moeder langs gaan, want ze heeft al vier dagen hoofdpijn, en ze kan zo echt de nacht niet in!'

Deze vraag komt gewoon te laat. Als er vier, dagen klachten zijn kan er overdag worden gebeld, vind ik. Maar ik zeg nog niks, wie weet wat er volgt. De mevrouw die opbelt woont 10 km bij haar moeder vandaan, maar is niet gaan kijken bij haar moeder van 73 jaar. Daar is de dokter voor, vindt ze, en dat zegt ze ook. Ik deel haar mede dat het niet om mijn moeder gaat. En zij even venijnig dat ze geen dokter is. Wat word ik toch een sikkeneurig kreng aan 't eind van de dienst. Ik denk, weet wel zeker eigenlijk, dat 30 uur dienst te zwaar, of in ieder geval te lang is. Om aan de discussie een eind te maken, zeg ik dat ik wel zal gaan kijken.

Ik bel de dame in kwestie op, en die zegt dood-gemoedereerd: 'Ja, komt u maar, dan kunnen we er eens rustig over praten, want ik heb al meer problemen met waarnemers gehad.' Ik heb al een idee hoe dat komt. Als ik de hoorn heb neergelegd, en me afvraag wie er nog meer de nacht niet in kunnen zonder een blik of handoplegging van de dokter weet ik dat gauw genoeg. Een boze stem roept 'hoe ik het verdomme in mijn hoofd haal zo lang in gesprek te zijn!'

'Hallo, met wie spreek ik?' vraag ik. 'Dat doet er niet toe, ik zit hier bij Turkse mensen, en die hebben een doodziek kind en die kunnen geen dokter bereiken, en dat komt omdat u in gesprek bent!' 'Oké, hoe heten die mensen en waar wonen ze?' 'Het kindje Kerkrade, Paukenstraat

32'. 'Wat mankeert het kind?' Weer royaal gevloek, dat ik niet moet zeuren, maar moet komen. Ik snap het, en laat het maar zo. Ik heb een idee, dat er nogal wat drank in deze dappere buurman zit, waardoor zijn reactie gekleurd wordt. 'Als je nu niet gauw maakt dat je wegkomt, blijven ze aan de gang', zegt mijn achterwacht.

Marie-José Molledans 

Wettelijke regeling inzake euthanasie: nu of nooit?

Deze en volgende maand buigt de Tweede Kamer zich ter besluitvorming over het wetsvoorstel 20383, 'Regelen met betrekking tot het zorgvuldig medisch handelen door een arts die zich beroept op overmacht bij levensbeëindiging op uitdrukkelijk en ernstig verlangen van een patiënt (ofwel: de euthanasiewet-Lubbers II).

Sinds december 1987, toen het onderhavige wetsvoorstel als alternatief voor het initiatief-wetsvoorstel van D'66 ten langen leste aan de Tweede Kamer werd aangeboden, is in en buiten het parlement uitvoerig en diepgaand van gedachten gewisseld over de maatschappelijke consequenties van een wettelijke regeling die zo sterk de sporen draagt van een politiek compromis; sterker nog, de indieners van het wetsvoorstel (de minister van Justitie en de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur) stellen in hun nota naar aanleiding van het eindverslag (d.d. 17 februari 1989) impliciet dat reeds a priori rekening is gehouden met de uiteenlopende visies in de volksvertegenwoordiging¹. Het is dan ook niet verwonderlijk dat vrijwel niemand echt blij is met het wetsvoorstel, maar datzelfde geldt wellicht in nog sterkere mate voor de thans vigerende wetgeving.

De huidige praktijk daarentegen is zo kwaad nog niet. Sinds het arrest van de Hoge Raad in de zaak-Schoonheim^{2, 3}, een belangrijk arrest, zijn het Openbaar Ministerie en de artsen elkaar geleidelijk minder wantrouwend gaan bejegenen. Deze ontwikkeling heeft geleid tot een toename van het aantal door artsen bij Justitie gemelde euthanasiegevallen en een relatief sterke afname van het aantal gevallen van strafvervolgning. De advocaat-generaal bij het Haags Gerechtshof, Mr. H. R. G. Feber, stelt in zijn recent preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht onder meer⁴: 'Het Openbaar Ministerie voert mijns inziens ten aanzien van euthanasieplegende artsen een duidelijk en consequent beleid, gestoeld op de euthanasiejurisprudentie. Dit vervolgingsbeleid is officieus ook aan de Nederlandse artsen bekend, omdat het door de KNMG in vakliteratuur naar buiten gebrachte standpunt ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen, waaraan bij euthanasie-ingrepen moet worden voldaan, geheel overeenkomt met de jurisprudentiecriteria.'

Prof. Dr. W. J. Schudel

Dat bovenstaande passage is ontleend aan een op persoonlijke titel geschreven artikel, doet niets af aan het belang en de juistheid van Febers analyse, die dezerzijds dan ook kan worden onderschreven. Hetzelfde geldt voor de volgende passage⁴: 'Het door het Openbaar Ministerie gevoerde duidelijke en consequente vervolgingsbeleid vindt echter geen vervolg in politiek Den Haag. Ondanks aandringen van de KNMG heeft de minister van Justitie zich tot heden niet laten overhalen om dit vervolgingsbeleid van het OM in een aan alle artsen officiële zekerheid verschaffende vervolgingsrichtlijn te vertalen.'

Het voortduren van de onzekerheid bij de artsen over het vervolgings- en opsporingsbeleid en het gevaar dat een betrekkelijke willekeur ter zake opnieuw zijn intrede kan doen, weerhoudt nog steeds vele artsen ervan 'open kaart' te spelen.

KRITIEK KNMG

Het Hoofdbestuur van de KNMG heeft in zijn schriftelijke reactie d.d. 17 februari 1988 aan de Vaste Kamercommissies het bovenvermelde nogmaals met nadruk naar voren gebracht. Het is onbegrijpelijk dat de minister van Justitie nog steeds niet bereid is tot het uitvaardigen van een dergelijke richtlijn, die zo duidelijk zou stroken met de geest van zijn eigen wetsontwerp en die de naleving van de wet sterk zal kunnen bevorderen.

De kritiek van de KNMG richtte en richt zich tevens op enkele voorgestelde veranderingen in de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst (in casu artikel 6a WUG). Het wetsvoorstel beoogt onder meer in de Wet Uitoefening Geneeskunst vast te leggen dat een drietal medische (be)handelingen als niet strafbare vormen van levensbeëindiging dient te worden beschouwd. De desbetreffende (be)handelingen behoren echter van oudsher tot het regulier medisch handelen en zijn als zodanig in medische en juridische kring niet ter discussie. Het opnemen van dergelijke bepalingen in een nieuwe wet geeft uitsluitend aanleiding tot verwarring en interpretatieproblemen (vooral ook met betrekking tot de categorie van

de patiënten die hun wil niet kunnen uiten), met rechtsonzekerheid als gevolg. Uit de tot dusverre gevoerde openbare discussie valt op te maken dat ook uit juridische hoek nauwelijks steun wordt verkregen voor handhaving van de genoemde passage in het wetsontwerp.

BEST BEREIKBARE RESULTAAT

Bovengenoemde bezwaren zijn mijns inziens thans de meest wezenlijke. Het wegnemen van deze bezwaren vormt geen aantasting van de strekking van het wetsontwerp, terwijl door een tegemoetkoming aan de bedenkingen uit medische (en juridische) kring de doelmatigheid van de wetgeving positief wordt beïnvloed.

Het alternatief van D'66 is, zeker indien de voorstellen van de KNMG met betrekking tot het opsporings- en vervolgingsbeleid worden gevolgd, aanmerkelijk beter. Het is helder in zijn definities en laat de arts toetsen op grond van duidelijke criteria, die bij naleving strafvervolgning uitsluiten.

**

De martelgang van de wetgevende procedure inzake euthanasie in ogenschouw nemende, lijkt een juridische verankering van de status quo vooralsnog het best bereikbare resultaat.

Al met al is derhalve een aanvaarding van wetsontwerp 20383, met behoud van de gemaakte kanttekeningen, thans maar weinig méér in het belang van de patiënten, hun artsen en de Nederlandse samenleving dan de verwerping ervan. □

Literatuur

1. Tweede Kamer vergaderjaar 1988-1989, 20383, nr 10.
2. HR 27 november 1984. NJ 1985, nr 106.
3. Schudel WJ. Euthanasie: de zaak-Schoonheim. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1986; 41: 1250-6.
4. Sluyters B, Feber HRG. De gezondheidszorg en het strafrecht. Preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht, 14 april 1989.

Prof. Dr. W. J. Schudel, hoofd afdeling Psychiatric Academisch Ziekenhuis Rotterdam, is ondervoorzitter van de KNMG.

De overlijdensverklaring als fetisj

We moeten met z'n allen van een schijnprobleem af

Twee keer mocht ik een beschouwing over euthanasie publiceren in Medisch Contact, de laatste keer onder de titel 'Euthanasie: eerbied voor het sterven' (MC nr. 46/1987, blz. 1467). Het was enige tijd rond dit onderwerp relatief stil. Misschien bood juist die stilte ons de gelegenheid tot de opvatting te komen dat het probleem van de zogenoemde eerlijke invulling van de overlijdensverklaring toch eigenlijk een schijnprobleem is.

In het genoemde artikel heb ik erop gewezen dat euthanasie geen doodsoorzaak is en dat het niet aangaat een arts, die na euthanasie de overlijdensverklaring afgeeft, te veroordelen wegens valsheid in geschrifte. Dit artikel schreef ik eer de Hoge Raad zijn arrest d.d. 15 december 1987 wees. Ik erken dat de uitspraak van de Hoge Raad dé uitspraak is. Echter vind ik het van belang deze uitspraak, en die van het Gerechtshof anderhalf jaar eerder, onder de loep te nemen. Aan beide uitspraken zijn weliswaar in Medisch Contact beschouwingen gewijd, maar een echte analyse ervan heeft niet plaatsgevonden. Wanneer ik daar nu alsnog toe kom, lijkt het erop dat ik dit doe met de parmantigheid van iemand die de mosterd na de maaltijd opdient, maar als u nu doorleest zult u zien dat het meevalt.

GERECHTSHOF: TE MEEGAAND

Het Gerechtshof te 's-Gravenhage heeft een arts die door de arrondissementsrechtbank te Rotterdam was veroordeeld wegens het afgeven van de overlijdensverklaring na euthanasie, in het ongelijk gesteld (MC nr. 21/1987, blz. 669).

Het Hof heeft zich, onder 2, in de eerste plaats beroepen op de Wet op de Lijkbezorging, dat wil zeggen op de Memorie van Toelichting op het ontwerp ervan, en in de tweede plaats ('ten overvloede') op de behandeling van een beoogde wet.

Wat het eerste betreft: het Hof heeft geen keuze gemaakt uit het door hem aangehaalde lijstje van gevallen waarin de doodsoorzaak als niet-natuurlijk moet worden beschouwd. Heeft het bij de aanblik van dit lijstje gedacht dat wie in casu van een natuurlijke dood durft te spreken toch wel erg ver van de realiteit afstaat? Of, erger, heeft het Hof dit met het lijstje willen suggereren? Zich echt uitspreken heeft het niet gedaan. In feite heeft het volstaan met de vermelding, dat blijkens de Memorie van Toelichting het begrip 'natuurlijke oorzaak' niet met volkomen scherpte is te omschrijven. Maar dát had juist een reden geweest kunnen zijn om de arts vrij te pleiten.

Ik vind dat Kastelein en Van Es, in hun te meegaand gebleven commentaar (MC nr. 21/1987, blz. 669), dit hadden kunnen vaststellen en vervolgens een poging hadden kunnen doen zelf een keuze te maken uit het lijstje. Zij zouden dan, omdat zelfdoding, ongeval en

J. Meulenbelt

uiterlijk geweld sowieso buiten beschouwing kunnen blijven, zijn terechtgekomen bij 'een overlijden door opzet of schuld van derden'. Valt de toediening van het middel pavulon daaronder? Ik zou denken dat de commentatoren erop hadden kunnen wijzen dat er in casu hoogstens sprake kan zijn van opzet of schuld van de patiënt (te weten diens verzoek aan de arts).

Wat het tweede betreft: door 'ten overvloede' naar een beoogde wet te verwijzen, is het Hof eens te meer te kort geschoten. De aanhef 'ten overvloede' is niet deugdelijk omdat nu eenmaal de voorafgaande overweging niet deugdelijk is, en de hele tweede overweging is niet deugdelijk omdat het beroep op een beoogde wet in het onderhavige geval – een gepretendeerde 'valsheid in geschrifte' zonder enig nadelig effect voor wie dan ook! – geen toereikend argument mag heten.

Volledigheidshalve teken ik hierbij aan dat het Hof zich op nog een derde overweging heeft beroepen, onder 4. Het Hof heeft gewezen op 'het grote algemene belang dat gevallen van niet-natuurlijke dood door overheidsautoriteiten als de gemeentelijk lijkschouwer en de Officier van Justitie worden onderzocht en gecontroleerd, en meer speciaal gevallen van actieve euthanasie, gezien het feit dat ervaringen in het verleden en elders in de wereld laten zien dat gevaar van misbruik niet denkbeeldig is, enz.' Dit is echt te gek. Het staat geen gerechtshof vrij te insinueren dat *meer speciaal* bij euthanasie onderzoek en controle vereist zijn, ook al niet omdat men met het systeem van de overlijdensverklaring geen medisch gediplomeerde schurken kan vangen.

Het is niet de taak van een hoog rechtscollege met vage beweringen ('ervaringen in het verleden en elders in de wereld') een *bijdrage tot een absurde mythevorming* te leveren. Het Hof had over 'elders in de wereld' behoren te zwijgen (aangezien daar de Nederlandse overlijdensverklaring wel niet zal bestaan). En het had van de 'ervaringen in het verleden' er minstens toch wel één moeten aanduiden om aanspraak te kunnen maken op enige geloofwaardigheid.

Hoe mag men verklaren dat het de MC-commentatoren kennelijk is ontgaan dat het Hof in zijn motivering volstrekt heeft gefaald en zelfs baarljke nonsens heeft aangedragen? Natuurlijk, de commentatoren hadden gelijk toen zij schreven: 'Glashelder is het Hof in zijn oordeel over het tweede punt, namelijk het geoorloofd zijn van het afgeven van een verklaring van natuurlijke dood.' Echter betrof die helderheid alleen het oordeel als zodanig – de beslistheid ervan – maar bepaald niet de gronden die daartoe zijn aangevoerd.

HOGE RAAD: INCONSISTENT

Ook de Hoge Raad heeft, in zijn vierde euthanasiearrest (MC nr. 2/1988, blz. 43), de arts in het ongelijk gesteld, echter zonder dit op een consistente wijze te motiveren. Weliswaar staat in 6.1, dat niet kan worden gezegd dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak. Echter staat in 6.2, dat de ziekte de oorzaak was van het onafwendbaar aanstaande overlijden. Vervolgens is de Hoge Raad zonder enige overgang naar 6.3 gegaan, waarin staat dat het overlijden een niet-natuurlijke oorzaak heeft.

Wat me vooral fascineert is, dat de Hoge Raad een overweging heeft aangedragen die tot de conclusie had kunnen leiden dat de euthanasie niet als de doodsoorzaak behoefde te worden beschouwd, dus ook niet als een niet-natuurlijke (Gerechtshof) en zelfs niet als een niet-onrechtmatige (Enschede c.s.). De Hoge Raad heeft immers de werkelijke doodsoorzaak aangewezen. Er staat: '(. . .) de omstandigheid dat met als oorzaak de ziekte van de patiënt diens overlijden tijdens het euthanatisch handelen van de geneeskundige reeds onafwendbaar aanstaande was.' Voor de oorzaak van een onafwendbaar aanstaand overlijden kan mijns inziens, medisch en juridisch gesproken, niet een andere oorzaak in de plaats treden, of het moet een oorzaak zijn die buiten de ziekte en de medische begeleiding is gelegen (bijvoorbeeld moord, schandelijke verwaarlozing, stikken door verslikking). De Hoge Raad, van oordeel dat de ziekte de oorzaak was van het onafwendbaar aanstaande overlijden én van oordeel dat geen onderdeel van de medische begeleiding onrechtmatig was, had kunnen – of moeten – uitspreken dat het de arts vrij stond er de overtuiging op na te houden dat hij geen andere doodsoorzaak dan de ziekte kon aanwijzen.

KNMG: ZOVEELSTE CONTROLE

Ik kom nu tot de commentaren in Medisch Contact van de heren Spreeuwenberg en Cense (nr. 2/1988, respectievelijk blz. 35 en 36). Deze commentaren zijn heel wat minder dociel dan die van Kastelein en Van Es, maar geheel bevredigend vind ik ze niet, nog afgezien van het feit dat men in geen van beide een analyse van de motivering aantreft.

Spreeuwenberg herinnert eraan, dat Leenen 'al in 1981' van mening was dat de behandelend arts in het geval van een verantwoord uitgevoerde euthanasie geen verklaring van een natuurlijke doodsoorzaak mag afgeven. Van de woorden 'al in 1981' gaat de suggestie uit dat we al sinds 1981 konden weten wat de Hoge Raad eind 1987 zou gaan zeggen, alsook – erger – dat de Hoge Raad dit met recht en reden zou gaan zeggen.

Het komt me voor dat bij de KNMG-top te-

recht respect bestaat voor de opvatting van Prof. Dr. H. J. J. Leenen. Deze hield reeds in 1978 een zorgvuldig pleidooi voor euthanasie, onder de titel: 'Vrijheid voor euthanasie en de grens van die vrijheid' (verslag van het congres ter gelegenheid van het vijfjarig bestaan der Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie). Niettemin – nee: juist daarom – acht ik het denkbaar dat mede door toedoen van Leenen bij de leiding van de KNMG een bevangingheid is ontstaan die niet bij haar wezenlijk beleid en haar koploperspositie past, sterker: die niet eens bij de wezenlijke redenering van de Hoge Raad anno 1987 blijkt te passen. 'Levensbeëindigend handelen, door wie en onder welke omstandigheden dan ook, wringt zo met dat wat we normaliter in onze samenleving voorstaan, dat zorgvuldige controle is vereist op die gevallen waarin euthanasie niet te vermijden is', aldus Spreeuwenberg. Is dit zo? Staàn wij niet bovenal de meest humane, meest liefderijke, meest delicate behandeling van patiënten voor? En behoort niet ook euthanasie daartoe? Sterven is zó doodgewoon, dat ook euthanasie doodgewoon mag worden – niet iets om aan het afgeven van de overlijdensverklaring in de weg staan en allerminst iets dat om nog een andere controle dan zelfcontrole vraagt. Zelfcontrole lijkt mij, zeker als zij door raadpleging van een collega wordt aangevuld, de meest zorgvuldige controle die men zich denken kan.

'Het lijkt geen twijfel dat het voor het functioneren van onze samenleving noodzakelijk is dat artsen verklaringen naar waarheid invullen', zo zegt Spreeuwenberg voorts. Om welke en wiens waarheid gaat het? Ik meen dat de samenleving – de wetgever – van de arts geen verklaring mag vergen die onvoldoende is afgestemd op de medische realiteit. Weliswaar is ook een slechte wet wet, en is ook slecht recht recht. Maar slechte wetten en slecht recht kunnen een geduchte ondermijning van ons rechtsgevoel ten gevolge hebben.

Dan bereik ik het commentaar van Cense. Hij vooral is het die ervoor pleit dat de arts zich toetsbaar opstelt. Maar wie is dan waarlijk tot toetsen in staat en daardoor tot toetsen be-

voegd? Hebben we niet al de Inspectie van de Volksgezondheid en het medisch tuchtrecht? Waarom zouden wij dit rijtje van twee willen zien uitgebreid? Waarom zou hier 'een belangrijke taak voor de wetgever en de rechter' liggen, hoewel zij die taak nooit hebben gehad? Kunnen de artsen een zinvolle bijdrage tot de instandhouding van de rechtsstaat leveren door zich bij hun medisch handelen tot ondergeschikten te maken van de rechterlijke macht?

Cense zegt, 'dat het fictief invullen van de overlijdensverklaring een gevaarlijke afkalving en ondergraving van ons rechtssysteem inhoudt'. Mijns inziens ligt het gevaar heel ergens anders: ons rechtssysteem dreigt te bezwijken aan de vele taken waarmee het wordt opgezadeld en aan zijn eigen neiging zich verantwoordelijkheden toe te eigenen die van oudsher tot andere systemen hebben behoord – in casu de gezondheidszorg.

Wie als Cense om toetsing vraagt, vraagt om de zovleste controle naast de controles die er zijn. Onze samenleving bouwt controle op controle op controle. En hoe meer zij dat doet, hoe meer de boefjes en de boeven haar ontsnappen: de drugsverslaafde, de crimineel, het misdaad syndicaat, de leverancier van een chemische fabriek. Verzet op de hoge kwaliteit van onze rechtsregels, zenden wij misdadigers naar huis als de Officier van Justitie het te druk heeft gehad om tot een perfecte aanklacht te komen. Wij kennen miljoenen boetes toe, maar zijn niet in staat ze tijdig te innen. Een autokraker kan twee keer op een dag worden opgepakt en twee keer op een dag worden vrijgelaten. Welk een rechtssysteem! En dát rechtssysteem zouden de dokters nodig hebben voor de toetsing van hun werk?

Hun werk – dat is vooral: de patiënt op zijn verzoek in staat stellen zonder onnodig lijden te leven en te sterven. Als ik, nu 68 jaar en gezond, straks niet meer verder kan, wil ik mijn dokter kunnen aanzien en in hem de dood voor ogen hebben. Niemand behalve hij en ik kan verantwoordelijkheid dragen voor het tijdstip waarop ik het leven achter me wil laten.

Met inachtneming van het overlijdensverkla-

ring-arrest van de Hoge Raad hebben vier prominenten reden gehad om zich nog eens op een heel bijzondere manier met de tekst van de overlijdensverklaring bezig te houden (NRC-Handelsblad 5 september 1988). Dit kan de KNMG niet zijn ontgaan. Ik vraag me af waarom men in Medisch Contact geen aandacht aan dit 'Voorstel voor een betere verklaring van overlijden' heeft besteed. Het HR-arrest, dat betrekking heeft op de huidige tekst, behoeft niemand te beletten en betere tekst voor te stellen of een reeds voorgestelde tekst bij te vallen. Waarom zou de KNMG passief moeten blijven? Met deze vraagstelling heb ik niet alleen de belangen van de patiënten, maar ook die van de nabestaanden en de dokters, zelfs die van de overbelaste politie en Justitie, op het oog.

We moeten met z'n allen van een schijnprobleem af. Het lijkt me van belang in dit weekblad het voorstel van Enschedé, De Gaay Fortman, Mulder en Van Veen te citeren. Zij bevelen een tekst aan waarin staat dat de arts verklaart, 'dat de dood is ingetreden ten gevolge van een oorzaak, die naar zijn overtuiging geen bezwaar oplevert tegen het verlenen van verlof tot begraving of verbranding' – waarlijk, zo eenvoudig is het.

Waarom zou de KNMG nalaten de wetgever op de eenvoud van de oplossing te wijzen? Wie, in gevallen van euthanasie, met betrekking tot de overlijdensverklaring moeilijk blijft doen, brengt onbedoeld toch nog een saluut aan een absurd geworden taboe: dat de arts vrijmoedig ieder ziekteproces mag bekorten behalve het laatste – want dan geldt, dat hij zich na afloop deemoedig beschikbaar moet stellen voor het afleggen van verantwoording aan buitenstaanders.

Wie het mijn dokter, aan mijn sterfbed, met een schijnprobleem onnodig moeilijk maakt, maakt het mij onnodig moeilijk. Het laatste waaraan hij en ik behoefte hebben is een fetisj ter kunstmatige instandhouding van schuldgevoel en schroom. □

J. Meulenbelt ging in 1986 met pensioen als hoofd van de afdeling Cultuur der gemeente 's-Gravenhage.

PRAKTIJKPERIKELLEN

Zoiets

Reclame maken voor UR-geneesmiddelen via de massamedia is in ons land verboden. De firma Organon heeft hier wat op gevonden. In een actualiteitenrubriek liet zij haar produkt Livial uitvoerig aanprijzen als het middel tegen overgangsklachten. Het produkt was bij mij, en naar ik aanneem bij menig collega, nog niet geïntroduceerd. In de dagen na de uitzending telde ik zeven patiënten, soms met knipsels uit de Privé waarin Livial werd aangeprezen in de hand, met het verzoek dit middel voor te schrijven – waarschijnlijk precies het effect dat de fabrikant beoogde. Hierdoor wordt de arts wel onder druk gezet om een middel voor te schrijven dat hij niet kent.

Zou de fabrikant enig respect hebben voor de arts, of hem alleen zien als een middel om zijn produkten aan de vrouw te brengen? Het laatste valt, gezien de gang van zaken, te vrezen. Bestaat er zoiets als een geneesmiddelenverkoopethiek? Zo ja, zou de firma Organon daar dan ooit van hebben gehoord?

Korte door artsen geschreven signalementen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.

Discussie

Seroprevalentie-onderzoek

De bijdrage van Prof. Dr. G. J. Kok in Medisch Contact van 24 maart jl.¹, in het kader van de discussie over het nut van seroprevalentie-onderzoek (op HIV), heeft enige aanvulling en bovenal correctie.

In de eerste plaats is Kok enigszins onduidelijk over het type prevalentie-onderzoek waar hij op doelt.

Ik neem aan dat hij inspeelt op de discussie rond anoniem prevalentie-onderzoek², die is aangevangen door het uitbrengen van het (meerderheids)advies van de permanente commissie AIDS van de Gezondheidsraad. Kok geeft bij zijn uitgangspunten aan, dat 'de gegevens over de serostatus niet mogen (kunnen) worden teruggekoppeld naar de onderzochte'; vervolgens spreekt hij over 'de deelnemers' aan dit onderzoek ('die zich dan maar via de gebruikelijke kanalen moeten laten testen!'). Hem ontgaat dan de essentie van het voorstel van mijn collega's van het meerderheidsstandpunt, omdat zij nu juist voorstellen at random bloed te gebruiken dat voor andere doeleinden (bijvoorbeeld ziekenhuisopname) is afgenomen. Er is daarbij überhaupt geen sprake van deelnemers, noch kennis over het feit dat bloed voor HIV-serostatus-onderzoek is afgenomen of gebruikt. Mede gezien het feit dat slechts op bepaalde momenten en tijdstippen een beroep op dit beschikbare bloed wordt gedaan, levert een en ander niet de door Kok zo gewenste informatie op.

Ik mag toch niet aannemen dat Kok het hier over een algemeen anoniem bevolkingsonderzoek heeft, zoals het NOS-Journaal ons op 22 februari jl. deed geloven?

ARGUMENTEN TEGEN

In de tweede plaats weet Kok onvoldoende aan te geven waarom het door hem beoogde onderzoek 'een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde voor effectieve preventie van AIDS' is.

Aan de hand van de argumenten die collega Gevers en ondergetekende hebben opgenomen in hun minderheidsstandpunt kan dat gemakkelijk duidelijk worden gemaakt³. De argumenten tegen zijn in drie onderdelen onder te brengen:

1. Ten aanzien van het (door de meerderheid voorgestelde) onderzoek

– Het voorgestelde onderzoek zal geen inzicht bieden in mogelijke nieuwe risicogroepen. Immers, de anonieme gegevens hebben slechts betrekking op zaken als geslacht, regio en leeftijd. Daardoor zijn geen generaliseerbaar te maken conclusies te trekken, tenzij er sprake zou zijn van 'additionele' gegevens. Toevoeging daarvan kan de anonimiteit van het onderzoek in gevaar brengen. Kok loopt over dat laatste bezwaar wel gemakkelijk heen, omdat

Drs. H. Moerkerk

ook hij geen methode aandraagt die absolute anonimiteit waarborgt.

– Vanwege de anonimiteit zal er geen mogelijkheid bestaan na te gaan aan welke factoren een mogelijke besmetting is toe te schrijven. Voor Koks nieuwe 'risicogroepen' wel van groot belang!

– De (uiterst) beperkte representativiteit van de te onderzoeken monsters zal geen inzicht geven in de HIV-verspreiding onder de algemene bevolking.

– *Daarentegen* zal ander onderzoek of gebruikmaking van andere gegevens méér dan globaal inzicht geven. Koks verwijzing in dit verband naar sociaal-seksuologisch onderzoek is voor een sociale-wetenschapper wel erg mager. Ik noem:

analyse van patiëntgegevens;
contactonderzoek en gegevens van alternatieve HIV-testplaatsen;
gericht onderzoek naar HIV-prevalentie op basis van *toestemming*;
ander prevalentie-onderzoek, zoals naar seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA);
sociaal-wetenschappelijk en sociaal-seksuologisch onderzoek;
onderzoekgegevens uit ons omringende landen; en, last but not least:

de op uitgebreide schaal toegepaste HIV-screening op 700.000 jaarlijkse bloeddonaties (sedert 1985).

2. Ten aanzien van het zogeheten nut voor een effectieve voorlichting

– De opzet van het onderzoek zal geen generaliseerbare gegevens opleveren en slechts tot gevolg hebben dat de algemene bevolking de gevaren van HIV-besmetting gaat onderschatten en/of als een probleem van anderen gaat of blijft zien. Dat Kok stelt dat 'dit nooit een argument mag zijn om dergelijk onderzoek niet te doen', komt mij voor een GVO'-er als opmerkelijk voor.

– Anoniem prevalentie-onderzoek levert geen nieuwe groepen met mogelijk verhoogd risico op.

– Op basis van bestaand en door ons (zie ad 1) voorgesteld onderzoek en verwerking van gegevens is een voorlichtingsbeleid uit te voeren zoals sedert 1983 in Nederland wordt voorgestaan. Immers:

Men kent de verspreiding van HIV onder homo- en biseksuele mannen. Dit houdt in dat men zich nu ook al kan richten op bijvoorbeeld de vrouwelijke partners van biseksuele mannen.

Idem voor de seksuele partners van intraveneuze druggebruikers (de zogeheten secundaire transmissie).

Idem voor prostituees en hun klanten.

Als bijvoorbeeld zou blijken dat er een toemend bezoek van migranten aan SOA-poliklinieken zou zijn, dan is er een nieuwe aanwijzing voor een mogelijke risicogroep.

– Koks opmerking over de noodzaak (nut) in de voorlichting om tot verantwoorde keuzes te komen op basis van een soort risico-inschatting, is een gevaarlijke. Immers, uit het door hem aangeprezen onderzoek komen vage cijfers voort van lage seroprevalentie; moet de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding met betrekking tot AIDS zich dan gaan storten in het aangeven van risico's in de orde van een bepaalde cijfermatige grootte? Cijfers die vervolgens weer worden bijgesteld, als nieuw 'onderzoek' nieuwe gegevens oplevert. Een dergelijke inschatting is slechts ten dele mogelijk in hulpverleningscontacten. Daarbij komt voorlichting uiteraard aan de orde. De gedachte van Kok dat een dergelijke vorm van consultatie het karakter van de voorlichting gaat bepalen is volstrekt inadequaat.

3. Ten aanzien van ethisch juridische zaken

Hier gelden zaken als:

- het vastgelegde recht op zelfbeschikking;
- de arts-patiëntrelatie;
- het niet-gewaarborgde recht op privacy, en;
- de precedentwerking (een vrijbrief voor genetisch onderzoek?).

De opmerkingen van Prof. Kok, 'dat in de strijd tegen AIDS veel is geoorloofd', is dan ook een duidelijke onwetenschappelijke afsluiting van zijn bijdrage. □

Literatuur

1. Kok GJ. Seroprevalentie-onderzoek. *Medisch Contact* 1989; 44: 391-2.
2. Spreeuwenberg C. Anoniem testen op AIDS? Nee dus. *Medisch Contact* 1989; 44: 315 (hoofddredactioneel commentaar).
3. Onderzoek naar de verspreiding van HIV-infectie in Nederland; meerderheids- en minderheidsadvies van de permanente commissie AIDS van de Gezondheidsraad d.d. 23 februari 1989.

Drs. H. Moerkerk, directeur van het Bureau GVO (Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding) te Amsterdam, maakt deel uit van de Permanente Commissie AIDS van de Gezondheidsraad.

Arts en recht

AIDS-test gerechtvaardigd?

Uitspraak Medisch Tuchtcollege te Amsterdam 28 november 1988

Klager wil een overlijdensrisicoverzekering van f 40.000,— sluiten. Geaccepteerd beleid is, dat dit in beginsel geschiedt op basis van een zelf ingevulde gezondheidsverklaring. Testen op AIDS in dit kader zou alleen geschieden op basis van 'objectieve medische criteria'. De invulling van dit begrip is nog steeds onderwerp van overleg tussen KNMG en de medisch adviseurs van de betrokken maatschappijen. In dit concrete geval acht het medisch tuchtcollege het feit dat klager in de periode 1980-1982 enkele malen aan gonorrhoe had geleden, in samenhang met het gegeven dat klagers bloed op syfilis was gecontroleerd, een voldoende objectieve medische indicatie voor het advies tot het doen van een HIV-test ten behoeve van de beoordeling van het overlijdensrisico van klager.

Strikt medisch gezien is het standpunt van het college begrijpelijk, maar het toont nog eens aan hoe problematisch de hierover in Nederland gemaakte afspraken zijn. Maatschappelijk gezien blijft het de vraag, of alles afwegend een verzekeringsmaatschappij voor een risico van in dit geval f 40.000,— een HIV-test mag eisen; de uitslag hiervan kan immers een doodvonnis inhouden. Het dan maar niet afsluiten van de verzekering zal, afhankelijk van het doel en de aard van de verzekering, niet altijd een reële optie kunnen zijn.

Een wettelijke regeling voor deze en andere zich bij keuringsituaties voordoende ethische en juridische problemen is wellicht onvermijdelijk.

C. Spreeuwenberg
W. R. Kastelein

Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 18 april 1988 binnengekomen klacht van A, geboren op 15 maart 1958, klager, tegen B, internist/medisch adviseur, verweerder.

Het college heeft kennisgenomen van:
– het klaagschrift met bijlagen;

– het verweerschrift van 19 mei 1988 met bijlagen;
– het aanvullend klaagschrift, binnengekomen op 28 september 1988, met de daarbij behorende produkties, waaronder een schriftelijke verklaring van 21 oktober 1988 van Prof. Dr. C.;
– de repliek op het aanvullend klaagschrift van 2 november 1988 met de daarbij behorende produkties.

De klacht is behandeld ter terechtzitting van het college van 8 november 1988, waar aanwezig waren: klager, bijgestaan door zijn raadslieden, verweerder, bijgestaan door zijn raadsman, en D, vriend van klager.

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting is verklaard kan van het volgende worden uitgegaan:

Klager heeft sinds 1983 een vaste relatie met D. In april 1984 gingen zij samenwonen in een huurwoning. Begin 1988 deed zich de gelegenheid voor dit pand te kopen. De taxatiewaarde was f 80.000,—. Wegens achterstallig onderhoud bedroeg de koopprijs f 40.000,—. Het transport vond plaats op 1 april 1988. Klager en D werden mede-eigenaars. De financiering werd geregeld door de afsluiting van een hypotheek van f 40.000,— bij de E-bank. Eind februari 1988 dienden klager en D via bemiddeling van de E-bank een aanvraag in voor een kruislingse overlijdensrisicoverzekering bij verzekeringsmaatschappij F voor f 40.000,—. Daartoe vulden zij beiden op 16 februari 1988 een gezondheidsverklaring in.

Beide verklaringen kwamen – via de tussenpersoon van de E-bank en via F – terecht bij verweerder. In zijn functie van medisch adviseur bij de levensverzekeringsmaatschappij G heeft verweerder de taak de directie van G rechtstreeks te adviseren over het overlijdensrisico van de aanvragers van een verzekering. De beslissing over acceptatie en eventueel daaraan verbonden voorwaarden wordt door de directie genomen. De gezondheidsverklaring van D bracht verweerder tot het advies, dat er bij hem sprake was van een normaal risico. Bij klager liep het anders. Op grond van de vermelding door klager – in zijn gezondheidsverklaring – dat hij in het verleden hematurie had gehad, adviseerde verweerder aan de directie van G klager te verzoeken alsnog een daarop gericht specialistisch onderzoek te ondergaan. De directie volgde dit advies van verweerder niet op. Klager kreeg wel via de tussenpersoon het verzoek zich te laten keuren door een onafhankelijke huisarts van zijn keuze.

Op 3 maart 1988 werd klager gekeurd door de huisarts H. Het keuringsrapport werd diezelfde

dag door H verzonden, met als eindoordeel: 'De gezondheidstoestand van de heer A is goed, conform zijn leeftijd'. Het werd doorgestuurd naar verweerder. Op het formulier was als antwoord op de vraag of klager lijdt of geleden heeft aan aandoeningen van de geslachtsorganen vermeld: 1980-82 geslachtsziekten, gonorrhoe, behandeld, genezen; de vraag of zijn bloed bijvoorbeeld op syfilis was onderzocht was bevestigend beantwoord, met de vermelding: negatief.

Op 15 maart 1988 ontving klager een brief van verweerder, gedateerd 11 maart 1988, met de volgende inhoud:

'Zeer geachte Heer A,

In het kader van Uw aanvraag voor een overlijdensrisicoverzekering werd U op 3 maart 1988 gekeurd. Naar aanleiding van het keuringsresultaat acht ik een nader aanvullend onderzoek nodig, namelijk een bloedonderzoek op HIV-antistoffen (zogenaamde AIDS-test). Indien u accoord gaat met dit onderzoek verzoek ik U hiertoe schriftelijk Uw toestemming te verlenen. Tevens verzoek ik U vriendelijk mij mede te delen op welke wijze U geïnformeerd wenst te worden over de uitslag van de genoemde test. Voor de praktische uitvoering van het genoemde onderzoek verzoek ik U contact op te nemen met Dr. H, die U ook reeds keurde. Uiteraard is het ook mogelijk om de procedure die U noodzakelijk acht voor de toestemming van de test en de mededeling van de uitslag nader te bespreken met deze arts.'

Bij brief van verweerder, eveneens gedateerd 11 maart 1988, werd de keuringsarts H ingelicht als volgt: 'Op 3 maart 1988 heeft u gekeurd de Heer A, geboren 15 maart 1958. Naar aanleiding van deze keuring acht ik een nader bloedonderzoek op HIV-antistoffen noodzakelijk. Bijgaand treft U een afschrift van een brief die ik aan betrokkene heb gezonden met het verzoek om zijn medewerking aan dit onderzoek. Indien betrokkene in dit onderzoek toestemt en zich tot U wendt, verzoek ik U vriendelijk om met hem de onderhavige procedure te bespreken en het onderzoek te laten uitvoeren door een hiertoe geëigend laboratorium.'

Na ontvangst van de brief heeft klager telefonisch bij verweerder geïnformeerd naar de redenen van voormeld verzoek. Verweerder antwoordde hem dat hij het keuringsrapport niet bij de hand had, dat hij hoe dan ook telefonisch geen inlichtingen verstrekke en dat klager zich voor nadere informatie moest richten tot de keuringsarts H. Deze arts bleek echter desgevraagd niet in staat aan klager de gevraagde informatie te verstrekken, mede doordat hij niet beschikte over het keuringsrapport. H heeft daarop bij brief van 17 maart 1988 aan

verweerder geschreven, dat hij de door klager aan hem gestelde vragen niet kon beantwoorden zonder over het keuringsrapport te beschikken. Bij brief van 22 maart 1988 heeft verweerder het rapport aan H verzonden onder vermelding van het volgende: 'Naar aanleiding van Uw onderzoek achtte ik een nader bloedonderzoek op HIV-antistoffen noodzakelijk. Betrokkene heeft in het verleden drie keer gonorrhoe doorgemaakt en onderging een bloedonderzoek op syfilis.'

Daarna zijn er tussen partijen geen directe contacten meer geweest.

Klager stelt, dat hij nog tweemaal telefonisch heeft gesproken met een medewerkster van verweerder dat hem nader contact met verweerder werd geweigerd en dat hem door deze medewerkster werd medegedeeld dat zij volledig door verweerder op de hoogte was gebracht en dat verweerdens standpunt was: 'Geen AIDS-test, geen verzekering'.

Verweerder stelt daar tegenover, dat het wel mogelijk is dat een medewerkster tijdens een later telefoongesprek met klager heeft herhaald dat klager zich over de beweegredenen voor het uitvoeren van een HIV-test en de procedure daarbij moet verstaan met H. Verweerder acht het echter niet goed denkbaar dat iemand zou hebben gezegd: 'Geen AIDS-test, geen verzekering', maar stelt dat hij daarvoor hoe dan ook niet verantwoordelijk kan worden geacht.

Klager en D hebben vervolgens de aanvragen voor de overlijdensrisicoverzekering geannuleerd.

In de stukken is een correctie aangebracht op voormelde gegevens in het keuringsrapport in die zin, dat klager stelt niet in 1980-1982 maar in de periode 1977-1978 aan gonorrhoe te hebben geleden. Ter terechtzitting verklaarde klager, dat hij vóór 1983 wisselende seksuele relaties heeft gehad en dat hij de gewoonte had na beëindiging van een relatie op eigen initiatief een syfilisonderzoek te laten uitvoeren, steeds met negatief resultaat.

De klacht, zoals nader toegelicht en aangevuld, houdt zakelijk weergegeven in, dat verweerder:

1. van klager heeft verlangd dat hij een HIV-test zou ondergaan, hoewel daarvoor geen medische indicatie bestond en niet was voldaan aan het vereiste van proportionaliteit, met voorbijzien aan het belang van klager om niet te weten of hij al of niet seropositief is;
2. heeft geweigerd klager te woord te staan en daardoor niet heeft voldaan aan zijn verplichting klager te informeren over de conclusies die hij uit het keuringsrapport heeft getrokken en de criteria die hij heeft gehanteerd bij zijn beslissing dat klager een zo ingrijpende test als de HIV-test diende te ondergaan.

Klager stelt voorts, dat verweerder door aldus te handelen de schijn op zich heeft geladen dat de homoseksualiteit van klager de werkelijke beweegredenen vormde om een AIDS-test van hem te eisen.

Klager wordt in dit standpunt gesteund door Prof. C, die in voormelde brief van 21 oktober

1988 onder meer tot de volgende conclusies komt, gegrond op de stukken in het dossier van de tuchtrechtelijke procedure: 'Voor de beoordeling van het risico levert de behandeling van gonorrhoe in de periode 1977-1978 geen objectieve medische indicatie op. Dit met name ook vanwege de te ver verwijderde datum, vanwege het volledig genezen zijn en de steeds negatieve uitslag van de controles. De basis waarop de HIV-test is gevraagd is ondeugdelijk, uiterst arbitrair en subjectief. Van een objectieve medische indicatie in de juiste betekenis van het woord is geen sprake. Er is aanleiding te stellen dat in casu van discriminatie sprake is . . .'

Ter adstructie van de klacht is door de raadslieden van klager nog verwezen naar de – bij de stukken gevoegde – omvangrijke literatuur over het vraagstuk van het wel of niet geoorloofd zijn van een HIV-test in het algemeen en in het bijzonder in het kader van een verzekering, alsmede naar de verslagen van daarover in diverse sectoren van de samenleving – waartoe ook de Tweede Kamer der Staten-Generaal wordt gerekend – gevoerde discussies.

Door de raadsman van verweerder is er in het verweerschrift op gewezen, dat door voormelde verwijzing naar de nog niet afgeronde maatschappelijke discussie over dit vraagstuk de grenzen van de tuchtrechtelijke procedure dreigen te worden overschreden, omdat het college niet het juiste forum is voor een algemene discussie over de criteria die moeten worden gehanteerd bij de indicatiestelling van een HIV-test, en dat uitsluitend de vraag aan de orde is of verweerder in zijn hoedanigheid van medisch adviseur het vertrouwen in de stand der geneeskundigen heeft ondermijnd door op basis van de hem verstrekte gegevens in de gezondheidsverklaring van 16 februari 1988 en het keuringsrapport van 3 maart 1988 aan klager toestemming te vragen voor zijn medewerking aan een HIV-test, alsmede door de wijze waarop hij klager daarvan in kennis heeft gesteld.

Met betrekking tot de klacht overweegt het college het volgende:

ad 1. Vooropgesteld moet worden, dat het college zich uitsluitend bevoegd acht tot het geven van zijn oordeel omtrent de vraag of er in het onderhavige geval objectieve medische criteria waren op grond waarvan verweerder tot voormeld advies van een aanvullende HIV-test mocht komen. Met betrekking tot het aan de orde gestelde vraagstuk van de proportionaliteit en de in het verlengde daarvan liggende afweging van de belangen van de verzekeraar en de aanvrager van een verzekering, is de maatschappelijke discussie nog onvoldoende uitgekristalliseerd om daaruit voor deze casus relevante conclusies te trekken over de taak die daarbij eventueel zou kunnen worden toebedeeld aan een medisch adviseur. In zoverre deelt het college het hiervoor weergegeven standpunt van verweerder.

Vast staat, dat verweerder in zijn functie van medisch adviseur de taak had de directie van G te adviseren over de vraag of het overlijdensrisico van klager wel of niet normaal was en dat

hij daartoe ook een door hem ten behoeve van zijn standpuntbepaling wenselijk geacht nader onderzoek kon aanbevelen. Dat verweerder in de vermelding van hematurie aanleiding heeft gezien om een op dat aspect van klagers anamnese gericht nader onderzoek te adviseren, is medisch gezien volstrekt begrijpelijk. Dit advies kan naar het oordeel van het college dan ook niet in verband worden gebracht met de homoseksualiteit van klager. Het feit dat de aanvraag van D niet tot nadere vragen heeft geleid, wijst daar eveneens op.

Het daarop volgende advies van verweerder, aan klager te vragen medewerking te verlenen aan een HIV-test, is naar het oordeel van het college eveneens gebaseerd op voldoende objectieve medische criteria. Daarbij dient mede in aanmerking te worden genomen, dat verweerder uitging van het gegeven dat klager in de periode 1980-1982 in plaats van in 1977-1978 enkele malen aan gonorrhoe had geleden. Dit feit, in samenhang met het gegeven dat klagers bloed op syfilis was gecontroleerd, was – ongeacht de vermelding dat de gonorrhoe was genezen en de uitslag van het onderzoek op syfilis negatief was geweest – een voldoende objectieve medische indicatie voor het doen van een HIV-test ten behoeve van de beoordeling van het overlijdensrisico van klager. Dit onderdeel van de klacht is dan ook ongegrond.

Ditzelfde geldt voor de opvatting van klager, en zeker die van Prof. C, dat verweerder zich bij het geven van zijn advies zou hebben laten leiden door overwegingen van discriminatoire aard. Dat verweerder niet eenzelfde advies zou hebben gegeven als hem zou zijn gevraagd het overlijdensrisico te beoordelen van een heteroseksuele man met een zelfde anamnese op het gebied van geslachtsziekten als klager, is immers niet gebleken; dit is naar het oordeel van het college ook niet aannemelijk, mede gelet op verweerdens reactie op de aanvraag van D. *ad 2.* Het tweede onderdeel van de klacht is wel gegrond.

Het college acht de wijze waarop verweerder klager heeft geïnformeerd onzorgvuldig. In kwesties als deze, waarbij door een arts kennelijk wordt overwogen dat de patiënt zou kunnen lijden aan een ziekte die, hoewel de symptomen nog ontbreken, levensbedreigend is – men denke bijvoorbeeld aan leukemie – kan het voor de geestelijke gezondheid van de patiënt schadelijk zijn geheel onvoorbereid en zonder enige uitleg te worden geconfronteerd met het verzoek naar het bestaan van deze ziekte onderzoek te laten verrichten.

Het college onderschrijft voorts met betrekking tot de aan klager gezonden brief van 11 maart 1988 verweerdens ter terechtzitting als volgt verwoorde stelling: 'Achteraf bezien had ik klager beter kunnen melden dat hij zich voor een functieonderzoek tot de keurende arts moest wenden'.

Dat verweerder niet bereid was telefonisch met klager over zijn motieven te spreken, is niet verwijtbaar. Zijn advies, zich daarvoor tot de keuringsarts te wenden zou dit evenmin zijn geweest, op voorwaarde dat deze keuringsarts tevoren behoorlijk door verweerder van de daarvoor nodige informatie zou zijn voorzien.

Aan die voorwaarde is door verweerder niet, althans niet tijdig, voldaan.

Samenvattend wordt verweerder verweten, dat hij onzorgvuldig heeft gehandeld door klager rechtstreeks, rauwelijks en zonder behoorlijke uitleg te confronteren met de mogelijkheid dat hij aan een ernstige levensbedreigende ziekte zou kunnen lijden en door na te laten de keuringsarts tijdig van de nodige informatie te voorzien. Door zijn hiervoor bekritiseerde handelen heeft verweerder het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd. De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend.

Het college acht termen aanwezig voor toekenning aan klager van een vergoeding uit 's Rijks

kas van een door de voorzitter – nadat de uitspraak in kracht van gewijsde zal zijn gegaan – nater te bepalen deel van de uit de behandeling van de zaak voortvloeiende kosten van rechtsbijstand.

Om redenen van algemeen belang zal de beslissing, zodra zij onherroepelijk is geworden, op na te melden wijze bekend worden gemaakt.

De beslissing luidt:

Het Medisch Tuchtcollege waarschuwt verweerder, bepaalt dat door de voorzitter, zodra de beslissing onherroepelijk is geworden, het bedrag zal worden vastgesteld dat aan klager uit 's Rijks kas zal worden vergoed.

bepaalt voorts dat de beslissing op de wijze als voorgeschreven in artikel 13b van de Medische Tuchtwet zal worden bekendgemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met het verzoek tot plaatsing aan Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

Aldus gewezen op 28 november 1988 door Jhr. Mr. J. A. Mollerus, voorzitter, A. Weijel, G. A. Schurink, Dr. M. J. E. van der Vis-Melsen en H. C. B. Weijerman, leden-geneeskundige, met bijstand van Mr. L. A. M. van den Berg-voermans, secretaris. □

Kosten van ongevallen in de privé-sfeer

Een berekeningsmodel

Om diverse redenen wordt in Nederland een beroep gedaan op de gezondheidszorg. Een belangrijke categorie van redenen vormen letsels als gevolg van ongevallen. Onder een ongeval wordt in dit verband verstaan een plotseling optredende, ongewilde en onvoorziene gebeurtenis die resulteert in acuut fysiek letsel waarvoor medische hulp wordt ingeroepen. Het is gebruikelijk ten aanzien van ongevallen een driedeling te hantieren: verkeersongevallen, bedrijfsongevallen en ongevallen in de privé-sfeer. Tot deze laatste behoren ongevallen in en rondom huis, bij sport en in openbare gebouwen (scholen, postkantoren, warenhuizen en dergelijke). Naar schatting vinden in Nederland jaarlijks ongeveer 2,2 miljoen ongevallen plaats waarvoor tenminste huisartsenhulp wordt ingeroepen. Het aandeel van de privé-ongevallen is groot: binnen de categorie van overledenen 55%, binnen die van ziekenhuisopnamen 73% en binnen de categorie van behandelingen in poliklinieken en/of door huisartsen zelfs 95% (zie tabel 1).

Het beroep dat vanwege ongevallen in de privé-sfeer op gezondheidszorgvoorzieningen wordt gedaan is dus groot. Deze groep van ongevallen brengt bijgevolg

**Dr. M. I. M. Schuurman en
Drs. P. J. den Toom**

Een bericht uit de gelederen van de Stichting Consument en Veiligheid te Amsterdam.

voor de samenleving veel kosten mee. Behalve om medische kosten gaat het hierbij ook om diverse andere kosten, bijvoorbeeld die als gevolg van ziekteverzuim. Het is begrijpelijk dat de laatste jaren veel waarde wordt gehecht aan het terugdringen van al deze kosten. In verband hiermee is het van groot belang te goed in kaart te kunnen brengen, en dan het liefst per specifieke ongevals categorie, zodat prioriteiten kunnen worden gesteld ten aanzien van te nemen (preventieve) maatregelen.

Met het oog op die wens meer kennis over de kosten te verkrijgen, heeft de Stichting Consument en Veiligheid (SCV) de afgelopen jaren een model ontwikkeld waarmee het mogelijk is de kosten van categorieën van ongevallen in de privé-sfeer te schatten. Bij de beslissing dit te doen speelden twee andere overwegingen een

belangrijke rol. De eerste was, dat met behulp van een kostenmodel meer inzicht zou kunnen worden verkregen in de ernst van de verschillende categorieën ongevallen: tussen ernst en kosten van ongevallen mag immers een sterke samenhang worden verondersteld. De tweede overweging was, dat de ontwikkeling van een kostenmodel de eerste stap zou kunnen zijn bij het uitvoeren van kosten-effectiviteitanalyses met betrekking tot preventieve activiteiten ten aanzien van ongevallen in de privé-sfeer.

Onlangs is over dit kostenmodel gerapporteerd¹. In het nu volgende wordt eerst kort ingegaan op de inhoud van het model. Daarna worden enkele toepassingen gegeven. De bijdrage wordt afgesloten met een korte discussie.

STRUCTUUR EN WERKING

De werking van het kostenmodel is nauw gerelateerd aan het door de SCV beheerde privé-ongevallenregistratiesysteem PORS. Dit systeem behelst de continue registratie van alle ongevallen in de privé-sfeer die binnenkomen op de eerste hulpafdelingen van veertien ziekenhuizen in ons land, een steekproef van onge-

veer 10% van alle ongevallen in de privé-sfeer die klinisch of poliklinisch worden behandeld². Van ieder ongeval dat wordt gemeld registreert het PORS een aantal gegevens met betrekking tot het ongeval: leeftijd en geslacht van het slachtoffer, type ongeval (vergiftiging, val, beknelling), de plaats van het ongeval, de activiteit van het slachtoffer, het soort letsel, het getroffen lichaamsdeel, het vervolg van de behandeling, de produkten/gebruiksvoorwerpen die bij het ongeval waren betrokken en een korte beschrijving van de ongevalstoedracht. Op basis van combinaties van deze gegevens kunnen ongevalsselecties worden samengesteld, bijvoorbeeld: alle vergiftigingsslachtoffers tussen 0 en 12 jaar, alle knieletsels als gevolg van sportongevallen, alle valongevallen waarbij een ladder betrokken is. De invoer ('input') van het kostenmodel bestaat uit dit soort ongevalsselecties. Het model werkt als volgt: Is eenmaal een selectie gemaakt en zijn de gegevens van de betrokken groep slachtoffers in het model ingevoerd, dan volgt voor ieder individu ('record') een kostenberekening op basis van een beperkt aantal variabelen, namelijk: leeftijd, geslacht, aard letsel, getroffen lichaamsdeel en verwijzing (opname of poliklinische behandeling). In navolging van in het buitenland (Verenigde Staten en Groot-Brittannië) ontwikkelde kostenmodellen werd ervan uitgegaan dat dit vijftal variabelen in hoge mate bepalend is voor de ongevalskosten. De berekeningen die met behulp van het model kunnen worden uitgevoerd zijn met andere woorden afhankelijk van de combinatie van waarden per individu op deze variabelen.

De uitvoer ('output') van het model bestaat uit een overzicht van de naar landelijke ongevals aantallen gegeneraliseerde ongevalskosten voor de ingevoerde selectie. In dit overzicht worden de kostenposten verwerkt van opnamen in ziekenhuis en verpleeghuis, klinisch-specialistische hulp, revalidatie, huisartsenhulp, tandheelkundige hulp, fysiotherapie, poliklinische behandeling, kruiswerk en gezinszorg, ambulancevervoer, arbeidsverzuim en permanente arbeidsongeschiktheid. In ieder overzicht wordt onderscheid gemaakt tussen kosten van klinische behandeling en die van poliklinische behandeling.

Zoals reeds werd aangegeven heeft het PORS bij de constructie van het model als uitgangspunt gediend. Dit registratiesysteem vormt namelijk de belangrijkste en meest representatieve gegevensbron op

Tabel 1. Schatting van het jaarlijks aantal medisch behandelde ongevallen in Nederland.

type ongeval	aard van het gevolg van het ongeval					
	overledenen		ziekenhuisopname		poliklinisch/door huisarts behandeld	
	abs.	perc.	abs.	perc.	abs.	perc.
privé-ongeval	2.000	54	60.000	68	2.000.000	95
verkeersongeval	1.600	43	22.000	25	40.000	2
bedrijfsongeval	100	3	6.000	7	57.000	3
totaal	3.700	100	88.000	100	2.097.000	100

Bronnen: CBS (1988), SCV (1988), Van Montfoort e.a. (1988) en de Landelijke Medische Registratie (LMR) van de Stichting Informatievoorziening Gezondheidszorg (SIG).

Tabel 2. Schatting van de medische kosten en de verzuimkosten van klinisch en/of poliklinisch behandelde ongevallen in 1987 in een aantal takken van sport (totale kosten in miljoenen guldens).

tak van sport	aantal ongevallen	medische kosten		verzuimkosten		totale kosten	
		totaal	per ongeval	totaal	per ongeval	totaal	per ongeval
voetbal	52.000	61,7	1.160	73,8	1.390	135,5	2.550
schoolsport	22.000	19,4	870	2,9	130	22,3	1.000
schaatsen	10.000	16,3	1.630	18,6	1.850	34,9	3.480
volleybal	11.000	7,2	660	7,8	720	15,0	1.380
zaalvoetbal	11.000	11,0	980	15,5	1.400	26,5	2.380
zwemmen	6.300	5,5	860	3,1	470	8,6	1.330
hockey	8.500	6,8	780	6,1	690	12,9	1.470
tennis	7.500	7,5	980	8,6	1.120	16,1	2.100
basketbal	5.100	4,7	900	4,1	780	8,8	1.680
paardrijden	4.700	10,9	2.240	7,3	1.500	18,2	3.740
handbal	5.000	4,2	820	3,8	740	8,0	1.560
korfbal	4.700	4,0	840	2,7	560	6,7	1.400
gymnastiek	3.900	4,5	1.140	1,5	380	6,0	1.520

Bron: SCV (1988), kostenmodel SCV.

het terrein van ongevallen in de privé-sfeer. Hiermee is tegelijk een beperking aangegeven, aangezien het PORS uitsluitend klinisch en poliklinisch behandelde slachtoffers van een ongeval in de privé-sfeer registreert. Het kostenmodel beperkt zich derhalve eveneens tot deze twee categorieën ongevallen.

Voor meer gedetailleerde informatie over de structuur en werking van het model wordt verwezen naar het desbetreffende onderzoeksrapport. Wel kan op deze plaats nog kort worden ingegaan op de wijze waarop de voor de constructie van het model benodigde gegevens werden verzameld. Een deel van deze informatie was direct beschikbaar. Zo konden bijvoorbeeld met betrekking tot ziekenhuisopnamen via beschikbare bronnen gemakkelijk de gemiddelde dagelijkse verpleegkosten worden vastgesteld, alsook de gemiddelde opnameduur. Niet bekend echter was het aantal vervolgonnamen noch het aantal opnamen als gevolg van letsels die in eerste instantie poliklinisch waren behandeld; via het PORS wordt deze informatie immers niet verzameld. Een ander voorbeeld is de informatie die nodig was over zaken als de hulp door huisartsen, de aard van de specialistische

hulp, behandeling in revalidatiecentra, opname in verpleeghuizen, ambulancevervoer, arbeidsverzuim en permanente arbeidsongeschiktheid.

Al deze aanvullende informatie werd verzameld door middel van een enquête-onderzoek onder bijna vierduizend via het PORS geregistreerde ongevalsslachtoffers.

TOEPASSINGEN

Het thans geconstrueerde model kan op tal van manieren worden toegepast. Zo is het mogelijk niet alleen per type ongeval, maar ook per diagnose (combinatie aard letsel en getroffen lichaamsdeel) de ongevalskosten te schatten.

Een terrein waarop het model daadwerkelijk is toegepast is dat van de sportongevallen. In tabel 2 zijn de uitkomsten van de kostenberekeningen met betrekking tot een aantal takken van sport weergegeven. Behalve het aantal ongevallen in de desbetreffende tak van sport zijn de medische kosten, de verzuimkosten en de totale kosten vermeld. Bij elke kostenpost is onderscheid gemaakt tussen de totale kosten en die per ongeval. Zoals eerder gezegd gaat het bij de medische kosten

uitsluitend om poliklinisch en klinisch behandelde ongevals-slachtoffers.

De cijfers in de tabel laten zien dat het voetballen verantwoordelijk is voor ongeveer een derde van alle ongevallen. Ook ontstaan veel blessures tijdens het sporten op school (lessen lichamelijke opvoeding en overige sportactiviteiten in schoolverband). Als gevolg hiervan zijn de totale medische kosten bij dit tweetal sporten hoog. Bij relatering aan het aantal ongevallen ontstaat echter een ander beeld. Voetbal blijft in de reeks van sporten een hoge positie innemen (slechts schaats- en paardrijongevallen zijn duurder), doch de schoolsport zakt beduidend. Ook qua verzuimkosten, zowel in totaal als per ongeval, scoort het voetballen hoog. Een belangrijke reden hiervan is het feit dat deze sport overwegend door mannen wordt uitgeoefend en dat mannen in vergelijking tot vrouwen in het arbeidsproces zijn oververtegenwoordigd. Dat de verzuimkosten van school-sportongevallen laag zijn, hangt uiteraard samen met het feit dat zeer veel van de betrokken slachtoffers nog niet aan het arbeidsproces deelnemen.

Een dergelijke tabel kan behulpzaam zijn bij het vaststellen van prioriteiten voor preventie en/of verder onderzoek met betrekking tot sport. De totaalkosten en de kosten per ongeval kunnen worden beschouwd als indicatoren voor respectievelijk de omvang en de ernst van ongevallen in de desbetreffende sporttak. Afhankelijk van het nagestreefde beleidsdoel, zou men op basis van deze cijfers een rangorde van takken van sport kunnen samenstellen (op omvang of ernst, of op een combinatie van beide) en vervolgens een selectie kunnen maken van takken die voor interventie en/of nader onderzoek in aanmerking komen.

Overigens kan de vraag worden gesteld of verzuimkosten wel in de overwegingen ter zake moeten worden betrokken. Immers, door dat te doen ontstaat de kans dat sporten met verhoudingsgewijs veel beoefenaren die aan het arbeidsproces deelnemen méér aandacht krijgen dan sporten waarin personen die niet aan het arbeidsproces deelnemen zijn oververtegenwoordigd. Aldus kan tussen verschillende bevolkingsgroepen een verschil in aanbod van (preventieve) zorg ontstaan. Tot slot van deze paragraaf willen we een schatting presenteren van de kosten over alle categorieën van klinisch en poliklinisch behandelde ongevallen in de privé-sfeer tezamen. Uit tabel 3 blijkt dat deze totale kosten ongeveer 1,6 miljard gulden per jaar bedragen.

Tabel 3. Totaalschatting van de medische kosten en de verzuimkosten van klinisch en poliklinisch behandelde ongevallen in de privé-sfeer in 1987 (in miljoenen gulden).

type behandeling	medische kosten	verzuimkosten	totale kosten
klinisch	531,3	257,4	788,7
poliklinisch	389,1	397,0	786,1
totaal	920,4	654,4	1.574,8

Bron: Den Toom & Schuurman (1988).

DISCUSSIE

Het hier gepresenteerde kostenmodel kan een bijdrage leveren aan de kostenbeheersing en het stellen van prioriteiten inzake onderzoek en preventie met betrekking tot ongevallen in de privé-sfeer. Toepassing van het model maakt het mogelijk uitspraken te doen over de relatieve omvang en ernst, vertaald in kosten, van ongevals-categorieën. In het model zijn verschillende indicatoren van ernst, te weten het type behandeling (klinisch versus poliklinisch), de aard van de behandeling en de duur van de behandeling, onder één noemer gebracht.

Het model heeft echter zijn beperkingen. De belangrijkste vier zijn:

- Een groot deel van de eerstelijnszorg (huisartsenhulp, fysiotherapie en dergelijke) is niet in het model opgenomen. Dit is het gevolg van het feit dat de invoer ('input') van het model PORS-selecties zijn. Overigens is van de kosten van de eerstelijnszorg wel een indicatie te geven³.

- De betrouwbaarheid van het model is begrensd. Naarmate de in te voeren ongevalsselectie kleiner is (dat wil zeggen uit een meer specifieke combinatie van PORS-variabelen bestaat) wordt de betrouwbaarheid van de kostenschatting geringer.

- Het kostenmodel levert informatie over omvang en ernst van ongevallen, doch houdt geen rekening met expositievariabelen (omvang populatie, expositieduur) en evenmin met meer beleidsgerichte variabelen, zoals de aanpakbaarheid van het ongevalsprobleem.

- Het model is tijdgebonden. Het dient na verloop van tijd op basis van nieuwe gegevens (bijvoorbeeld met betrekking tot tariefstellingen) te worden bijgesteld.

*
**

Geprobeerd wordt, gedurende de komende jaren de kwaliteit en de reikwijdte

van het kostenmodel verder te vergroten en de genoemde beperkingen zo mogelijk op te heffen. In zijn huidige vorm is het in ieder geval een instrument dat ons in staat stelt meer inzicht te krijgen in de omvang en ernst van ongevallen in de privé-sfeer, als gevolg waarvan beter kan worden aangegeven welke onderwerpen prioriteit verdienen op het gebied van het onderzoek en de preventie van deze categorie van ongevallen. □

Noten

1. Zie P. J. den Toom & M. I. M. Schuurman (1988). Het desbetreffende onderzoekproject werd mogelijk gemaakt door financiële steun van het Praeventiefonds. Het eindrapport is verkrijgbaar bij de Stichting Consument en Veiligheid (020-5730300).

2. Het PORS functioneert sinds 1983. Jaarlijks wordt een overzicht gepubliceerd met de belangrijkste resultaten (zie voor het overzicht 1987: Stichting Consument en Veiligheid, 1988; het jaaroverzicht 1988 verschijnt naar verwachting zomer 1989).

3. Op basis van analyses van gegevens uit een landelijk bevolkingsonderzoek naar het vóórkomen van ongevallen (Van Montfoort e.a., 1988) kon een schatting worden gemaakt van de totale kosten van ongevallen in de privé-sfeer die leiden tot andere dan (poli)klinische behandeling (Bultman, 1988; Van der Goot, 1988). Deze schatting bedroeg 464 miljoen gulden (zie Den Toom & Schuurman, 1988, p. 81 e.v.).

Literatuur

Bultman H. Beoordeling van een kostenmodel voor ongevallen in de privé-sfeer. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid, 1988.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Overledenen naar doods-oorzaak, leeftijd en geslacht 1986. Voorburg: CBS, 1988.

Goot K van der. Evaluatie van een kostenmodel. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid, 1988.

Montfoort GLM van, Galen WChC, Harris S. Ongevallen in Nederland. Een onderzoek naar privé-, verkeers-, sport- en bedrijfsongevallen, in de periode augustus 1986-augustus 1987. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid, 1988.

Stichting Consument en Veiligheid. PORS 1987. Jaaroverzicht Privé Ongevallen Registratie Systeem. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid, 1988.

Toom PJ den, Schuurman MIM. Een model voor de berekening van kosten van ongevallen in de privé-sfeer en de rol van een dergelijk model bij het aangeven van prioriteiten op het gebied van onderzoek en preventie. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid, 1988.

Kwaliteit van zorg

Veiligheidsmanagement als instrument voor kwaliteitsbeheer in het ziekenhuis

De veiligheid van de patiënt in het ziekenhuis is eerder als probleemgebied gesignaleerd. Het signaleren van onveiligheden op zich verplicht echter tot een meer inhoudelijke bijdrage aan de aanpak van het probleem en verbetering van de situatie. Daartoe is verder onderzoek nodig. Maar wat en hoe te onderzoeken?

Oorzaken van onveiligheid in ziekenhuizen zijn er vele. Men vindt ze in de patiënt zelf, de arts, de verplegende, maar vooral in logistiek, apparatuur, beschikbare faciliteiten en vele andere omstandigheden. Natuurlijk zijn er naast onvoorziene omstandigheden ook nalatigheden. Die vormen echter maar een gering deel van de vele factoren en verdienen hier geen afzonderlijke aandacht.

TERMEN

Veiligheid en risico zijn elkaars reciproque. En men kan zich afvragen waarom hier in plaats van de term 'veiligheidsmanagement' niet de meer bekende term 'risk management' wordt gehanteerd. Sommige ziekenhuizen in de Verenigde Staten hebben een 'risk-manager' die zich veelal bezighoudt met de kansen dat het ziekenhuis aansprakelijk wordt gesteld voor enig schadelijk handelen. Hier wordt echter iets geheel anders bedoeld. Staat in het Amerikaanse systeem het ziekenhuis centraal, in het kader van dit onderwerp gaat het om het in kaart brengen en beheersbaar maken van risico's die de patiënt loopt bij zijn gang door het ziekenhuis. De patiënt is hier het centrale punt.

De term 'kwaliteitsbeheer' behoeft ook verduidelijking. Er zijn vele kwaliteiten die relevant zijn voor een goed ziekenhuismanagement. In het volgende wordt onder kwaliteit verstaan: de mate waarin het ziekenhuis zijn primaire taak, het verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënt, waarmaakt.

Het ziekenhuis wordt wel eens vergeleken met een onderneming. Dat is op zich terecht. Maar men moet dan wel het juiste type onderneming voor de vergelijking kiezen. In het kader van dit stuk kan het

Ir. Th. Zelders

Pleidooi annex praktisch voorstel voor een geïntegreerd kwaliteits- en veiligheidsbeheer. De auteur, klinisch fysicus, is werkzaam op de afdeling Intensieve Zorg van het St. Radboud Ziekenhuis Nijmegen.

ziekenhuis het best worden vergeleken met een *reparatiewerkplaats*.

En passant valt hier een uitzonderlijk economisch verschijnsel op. In ons financieringsstelsel kan een ziekenhuis geld vragen als vergoeding voor non-prestaties (wanneer de patiënt het ziekenhuis niet verlaat in de toestand die hem in het vooruitzicht is gesteld). Dat heeft direct te maken met het gegeven dat de kwaliteit van het werk in het ziekenhuis een moeilijk meetbare grootheid is, zodat het moeilijk is aan te tonen dat er economisch gezien geen prestatie is geleverd.

Kwaliteit meten in de geneeskunde is moeilijk. Geneeskunde is een mengsel van bèta- en alfa-zaken. De technische verworvenheden, vooral in de fysiologie, uit de chemie en de natuurkunde, zoals die tot uiting komen in allerlei metingen en meetbare grootheden, zijn voor exacte benadering vatbaar en kunnen als kunde worden beschreven. Daarnaast is en blijft er een grote hoeveelheid kennis en vaardigheid waarop het begrip 'kunst' meer van toepassing is. In dit betoog wordt aangegeven hoe in een aantal gevallen kwaliteit toch kan worden gemeten en hoe men risico's kan verkleinen en tegelijkertijd de kwaliteit verbeteren door van de meetgegevens een beheersinstrument te maken.

PATIËNTENVEILIGHEID

Patiëntveiligheid is een fenomeen dat het ziekenhuis uit veiligheidskundig oogpunt bijzonder maakt. De veiligheidskunde als vakgebied richt zich vooral op risikante situaties en opeenvolgingen van ge-

beurtenissen, en de kans dat daarbij ongewenste effecten optreden. Een ongeluk is bijna altijd bij nadere analyse te beschrijven als een reeks van gebeurtenissen of omstandigheden waarvan er meer dan één zich niet of anders had moeten voordoen. Meestal houdt de veiligheidskundige zich dan ook bezig met de kansen op ongewenste opeenvolgingen van gebeurtenissen op een bepaalde (werk)plek.

Patiëntveiligheid is echter van een andere orde. Immers, de patiënt is het lijdend voorwerp van een gebeurtenis en heeft daarop zelf meestal geen invloed. Terwijl gewoonlijk de bedrijfsveiligheid als begrip slaat op de risico's die werknemers en omstanders lopen bij het uitvoeren van het werk, is de patiëntveiligheid meer verwant met het risico van schade aan het te bewerken materiaal. Anders gezegd: bedrijfsveiligheid betreft de risico's van de reparateur; patiëntveiligheid is vergelijkbaar met de risico's die het *te repareren werkstuk* zelf loopt, vanaf het moment van binnenkomst in de werkplaats tot de aflevering. Een essentieel verschil met een 'gewoon' bedrijf is bovendien dat een timmerman die van een plankje te veel afzaagt, een nieuw plankje kan nemen . . .

Er is nog een reden waarom patiëntveiligheid iets anders is dan bedrijfsveiligheid: Wanneer men de risico's die een patiënt in een ziekenhuis loopt in kaart probeert te brengen, dan valt daarbij op dat de grootste risicocategorieën een 'extra' tijd-as kennen. Riskante gebeurtenissen, die op een eigen tijd-as zijn te beschrijven, komen namelijk vooral voor op momenten waarop een toestandsverandering bij de patiënt optreedt (technisch gezien op de tijd-as van de patiënt). Veel handelingen zijn reacties op ongewenste (of niet onmiddellijk zichtbare wel gewenste) toestandsveranderingen.

Verkeerde dosering bijvoorbeeld is een regelmatig voorkomend euvel. Dat gebeurt vooral bij verandering in de medicatie. Bij herhalingen van hetzelfde worden er minder vergissingen gemaakt dan bij het instellen van een nieuw medicatieregime. Een overgangstoestand dus.

Een ander veel voorkomend euvel, en oorzaak van missers, is dat bij de overgang van een patiënt van operatiekamer naar Intensive Care, of van afdeling A naar afdeling B, de ontvangende afdeling niet altijd duidelijk en volledig wordt ingelicht over de toestand van de patiënt, bijvoorbeeld over de laatst aangevraagde laboratoriumuitslagen en andere relevante gegevens, die worden vergeten of op het moment van de overdracht nog niet beschikbaar zijn. Onjuiste acties zijn het gevolg. Ook hier dus een toestandverandering als bron van ongelukken.

Een derde verschijnsel dat voorkomt en dat zelden als een ongeluk wordt onderkend, is dat men op eigen afdeling te lang op eigen houtje doorgaat wanneer men eigenlijk een andere specialist had moeten raadplegen. Hier is sprake van een toestandverandering die had moeten plaatsvinden, maar om enige reden niet is uitgevoerd.

Het zijn dus in een aantal gevallen niet de omstandigheden en gebeurtenissen op een plaats die bepalend zijn voor het risico dat de patiënt loopt, maar ook een aantal andere zich in de verblijftijd van de patiënt afspelende overgangsverschijnselen. Het bovenstaande suggereert dat het zinvol is het begrip 'patiëntveiligheid' te verruimen en niet alleen te kijken naar onveilige situaties, maar naar de totale gang van de patiënt door het ziekenhuis.

KWALITEITSBESCHRIJVING

Om kwaliteit te kunnen beoordelen moet die kwaliteit meetbaar zijn. Hoe kan dat in een ziekenhuis? Bijvoorbeeld door vast te stellen wat een redelijke verwachting is voor de reactie van de patiënt op de geplande handelingen en dan na een zekere tijd te bezien of dat resultaat is bereikt. In een ziekenhuis zou het meest simpele streven kunnen zijn: patiënt X moet iedere dag tenminste in een betere toestand zijn dan de toestand waarin hij was geweest als er niet was behandeld. Er zijn meestal mogelijkheden om dat te meten. In de informatiemaatschappij van vandaag is het helemaal niet meer zo moeilijk toestanden dagelijks vast te leggen of zelfs automatisch te bepalen en dagelijks te vergelijken. Daarvoor bestaat een aantal (voor sommige vakgebieden kant-en-klare) scoringssystemen, waarover later. Het is voor veel disciplines in het ziekenhuis niet moeilijk, een aantal kenmerken van de toestand van de patiënt op te stellen die een richtwaarde kunnen zijn; te denken valt aan de overal toch al gemeten temperatuur, de bloeddruk, de mobi-

liteit en één of twee parameters die karakteristiek zijn voor het te behandelen ziektebeeld. Een en ander is immers afhankelijk van de ziekte van de patiënt of de ingreep die hij heeft ondergaan, en dat kan nogal verschillen. In feite doet de arts aan het bed dagelijks niet anders dan de toestand van de patiënt beoordelen aan de hand van dergelijke gegevens, die hij na zijn vorige bezoek heeft onthouden of meestal zelfs heeft laten opschrijven. Het verschil met het hier voorgestelde zit slechts in twee dingen: het schatten van de gewenste toestand voor de volgende periode, en de technische uitwerking van de vastlegging en beoordeling ervan!

KWALITEIT/VEILIGHEID

Stel u een ziekenhuis voor in een ver en welvarend land. Reeds enige tijd geleden heeft men daar een *scoringssysteem* ingevoerd. Elementaire gegevens, zoals temperatuur, hartfrequentie, bloeddruk, bewustzijnstoestand en enkele andere, worden elke ochtend vastgelegd in een ZET-score of Z-score (*zeer eenvoudige toestandsscore*). Deze score wordt dagelijks vergeleken met die van de vorige dagen om te zien of verwachtingen zijn gehaald, zijn overtroffen of onvervuld zijn gebleven (afhankelijk van het ziektebeeld kan het hier om intervallen van uren tot dagen en langer gaan). Van elke afdeling, elke ingreep en elke categorie patiënten is bovendien een gemiddelde verwachting bekend. Het gevonden verschil tussen de vorige verwachting en de werkelijkheid wordt vastgelegd in een *'resultaatscore'*. Wanneer de resultaten beter zijn dan de verwachtingen is de score positief; zijn ze slechter, dan negatief. Medici en verplegenden zien zo dagelijks voor welke patiënten de verwachting niet is gehaald, waardoor ieder uiterst alert is op mogelijke oorzaken. Ieder afdelingshoofd en iedere medewerker streeft natuurlijk naar een zo hoog mogelijke resultaatscore en aan het einde van een jaar wordt de 'Z-pil' (een prijs met oorkonde) uitgereikt aan de afdeling met de relatief grootste kwaliteitsstijging.

De FONA (fouten, ongevallen en 'near accidents')-commissie in dit ziekenhuis is al lang omgedoopt in de BOC (bijna-ongevallen-commissie). Immers, ongelukken met schadelijk gevolg worden via het scoringssysteem meestal zeer vroeg gesignaleerd, tegelijk met de patiënten die om voorlopig onbegrepen redenen anders reageren dan werd verwacht. Uit het systematisch bestuderen van deze gevallen wordt veel geleerd. De kwaliteit

van handelen is er aanzienlijk door verbeterd en nieuwe behandelmethoden zijn ontdekt, soms bij toeval. Op risico's is men alert. Doordat systematisch molest-risico's bij bloed prikken, transport, röntgenonderzoek en functieproeven worden afgewogen tegen de vaak marginale betekenis van de langs die wegen verkregen wetenschap, is een flinke besparing bereikt doordat overbodig onderzoek wordt vermeden. De patiëntveiligheid is er flink door verbeterd. Kwaliteitsbeheer en veiligheidsstreven zijn in dit ziekenhuis dus fraai geïntegreerd.

Wellicht zal een cynische lezer opmerken, dat zich hier veel valpartijen zullen voordoen omdat men te weinig met beide benen op de grond staat. Het geschetste beeld wordt daarom in het volgende tot meer realistische proporties teruggebracht.

PRAKTISCHE UITWERKING

Het bovenstaande was een gedachtenoefening. Bij nader inzien realiseert men zich onmiddellijk dat daar nogal wat aan vastzit: scoringssystemen bedenken, scores bepalen (kost tijd en dus geld), scores vastleggen (idem), en er tot slot ook nog iets mee doen – met het risico dat derden zich er ook mee gaan bemoeien en ontdekken wat er allemaal verkeerd gaat (wat voor bezwaar is daar overigens tegen, wanneer iedereen gewoon zijn best doet?). Nu bestaan er voor enkele disciplines reeds scoringssystemen, met name voor de intensive care en rondom de operatietafel, bijvoorbeeld de Apache-score, de SAP-score, de Glasgow Coma Score en de MOF-score*¹. Deze scores hebben vooral betrekking op patiënten in zeer ernstige en meestal levensbedreigende toestand. Voor minder ernstige patiënten zijn ze niet geschikt, maar ze bieden aanknopingspunten voor verder onderzoek. De grootste verandering die een patiënt kan overkomen is dat hij overlijdt. De toestandverandering is in dat geval simpel te beschrijven met de kleinste informatie-eenheid, de bit: hij is 1 of 0. De hierboven gegeven gedachtengang volgend, lijkt het een goed begin voor het krijgen van een oordeel over de kwaliteit van handelen wanneer allereerst alle overlijdensgevallen aan een beschouwing worden onderworpen. Necrologiebesprekingen, zoals die in veel ziekenhuizen worden gehouden, kunnen daar een uitgangspunt voor zijn. Maar dan moet er ook met de resultaten iets worden gedaan, in de vorm van vastlegging en statistische verwerking.

Vermeldenswaard is hier een artikel van Dubois en Brook over een onderzoek naar voorkoombare sterfgevallen². In de Verenigde Staten heeft bij sommigen de mening post gevat dat de kwaliteit van een ziekenhuis of specialist kan worden afgemeten aan het aantal sterfgevallen in de betrokken praktijk. Er zijn dan ook hele boekwerken met gegevens die daarover gaan. De schrijvers gaan ervan uit dat, als het waar is dat de kwaliteit van de zorg invloed heeft op de mortaliteit in een ziekenhuis, sommige sterfgevallen vermijdbaar moeten zijn; ze vonden dat van de sterfgevallen in de onderzochte patiëntenpopulatie minstens 14% vermijdbaar was geweest. Het lijkt niet onwaarschijnlijk dat dat ook voor de Nederlandse situatie geldt. Alle reden dus om daar iets aan te doen.

In Groot-Brittannië is het wet, dat de Officier van Justitie moet beslissen over het al dan niet doen van een autopsie bij elke ziekenhuispatiënt die onverwacht of om onbegrepen redenen overlijdt en bij elke patiënt die overlijdt tijdens anesthesie of als gevolg van een anaestheticum. Het lijkt niet slecht wanneer er in Nederland in elk geval toe zou worden overgaan in die gevallen een volledig rapport op te stellen over aanleidingen, omstandigheden en toedracht bij het overlijden.

Het is echter gemakkelijk nog een stap verder te gaan. De plaatsen in het ziekenhuis waarvoor reeds scoringssystemen bestaan, zijn OK en IC. Patiënten die op een operatietafel of de afdeling Intensive Care terecht komen, stammen uit drie categorieën: patiënten die door een volstrekt duidelijke oorzaak in die toestand zijn geraakt (meestal door ongelukken of ernstige ziekten); patiënten die om medische redenen een behandeling moeten ondergaan waarbij een groot risico van tevoren is ingecalculeerd (bijvoorbeeld hartoperaties); en patiënten die (om vooralsnog onbekende redenen) uiterst negatief hebben gereageerd op een behandeling die elders is uitgevoerd. Juist de laatste categorie lijkt er een waarbij met zichtbaar resultaat kan worden gewerkt aan het opsporen en vermijden van ongelukken en aan het verbeteren van de kwaliteit. Geneeskunde is nu eenmaal een werkteerrein waarbinnen absolute waarheden zeldzaam zijn en berekeningen complex en onvolledig, zo ze al mogelijk zijn. Er wordt dus regelmatig gehandeld op grond van onvolledige kennis of informatie. In de gezondheidszorg moeten dus voortdurend riskante keuzes worden gemaakt zonder zekerheid over de juistheid. Daarom valt er uit een kritische beschouwing

NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat passief roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag. De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

Artsen wordt het zwaarwegend advies gegeven in het bijzijn van patiënten niet te roken. Van onder de verantwoordelijkheid van artsen werkend personeel en van patiënten kunnen artsen in beginsel hetzelfde vragen, opdat er geen overlast ontstaat door roken in behandel- en spreekkamers.

van deze allerzwaarste problemen veel te leren.

Wil men bruikbaar materiaal voor onderzoek en sturing krijgen, dan lijkt het zinvol van alle patiënten die op een afdeling intensive care liggen een analyse te maken van de voorgeschiedenis die aanleiding was tot de IC-opname. Bovendien kan dagelijks het verloop van de toestand worden vervolgd bijvoorbeeld met een (aangepaste) SAP-score, met de bovengenoemde consequenties (beoordelen, vastleggen, bestuderen of daarin goede stuurmogelijkheden kunnen worden gevonden, en zo nodig maatregelen nemen).

KOSTEN EN BATEN

Neemt men een academisch ziekenhuis als voorbeeld (ten minste 30 bedden intensive care) en schat men de tijd nodig voor het opstellen van een score op 6 minuten, dan zijn voor de scoring 3 uur per dag (ook 's zaterdags en 's zondags) nodig, dus 21 uur per week, of een halve personeelsplaats. Ook de verwerking en beoordeling kosten tijd, zodat met een volle plaats moet worden gerekend. Dat kost f 100.000 per jaar. Wanneer men bedenkt, dat dat 0,5% is van de jaarlijkse kosten van diezelfde IC, dan is het zeer waarschijnlijk dat die extra aandacht leidt tot besparingen die er het veelvoud van zijn. Er is dus nauwelijks reden om niet meteen tot een dergelijke maatregel over te gaan, zelfs voor een directie die alle bezuinigingszeilen moet bijzetten.

TOT SLOT

Met het bovenstaande is een mogelijkheid aangegeven om greep te krijgen op althans een deel van de onveiligheden in

het ziekenhuis. Zoals het in ons utopische voorbeeld werd beschreven zal het nooit worden, maar bij een goed beleid hoort dat men geen overmatige aandacht besteedt aan marginale problemen. Door bij OK's en IC's te beginnen, kan men er zeker van zijn dat er een potentiële bron van leerstof en gegevens wordt aangeboord, die, eenmaal verwerkt, ook grote effecten op de kwaliteit van de rest van het ziekenhuis kunnen hebben.

Overigens vereist een dergelijke aanpak nog steeds, dat een beeld van 'het ziekenhuis' wordt gehanteerd dat veel weg heeft van dat van een reparatiebedrijf. Zoals in elk bedrijf, passeren daar ongelukken en worden er fouten gemaakt. Die moeten niet worden gebruikt om de jacht op schuldigen in te zetten, maar om de kwaliteit van het werk te verhogen, de veiligheid voor de patiënt te verbeteren en kosten te besparen. □

Literatuur

1. Suykerbuyk C, Reis Miranda D. Op weg naar een beter management van Intensive Care afdelingen. Open Oog (Nederlandse Vereniging voor Intensive Care) 1988: 312-7.
2. Dubois RW, Brook RH. Preventable Deaths: Who, How Often and Why? *Annals of Internal Medicine* 1988; 109: 582-9.

* Apache- en SAP-scores zijn in de intensive care in de VS respectievelijk in Europa in gebruik ter beoordeling van de toestand van de patiënt. De multi organ failure-score is in de traumatologie in zwang. De Glasgow Coma Score beschrijft de diepte van een comateuze toestand.

De arts van de toekomst heeft oog voor de mens

Een verhaal van twee landen

Toen ik in de jaren 1985-87 om de veertien dagen de Noordzee overtrok, als in het medisch onderwijs werkzame huisarts pendelend tussen Amsterdam en Birmingham, troffen me iedere keer weer de kolossale verschillen tussen de beide landen. Dergelijke verschillen bieden de gelegenheid tot wijzer worden: wanneer twee mensen, organisaties of naties langs uiteenlopende wegen optrekken naar hetzelfde doel, kunnen ze veel van elkaar leren, en wel door goed na te gaan waaruit dat uiteenlopen precies bestaat.

Een van de belangrijkste verschillen ligt in de methoden die worden gehanteerd om de metamorfose van schoolverlater tot arts zich te laten voltrekken. Op bezoek in Birmingham ontdekte een van mijn VU-studenten dat degene van wie hij het meest opstak en bij wie hij het best terecht kon, in leeftijd even oud was als hij, maar hem in studie jaren vier jaar voor. Mijn dochter was nog geen achttien, toen ze in Cardiff aan haar medische studie begon; halverwege haar drieëntwintigste kan ze arts zijn. Daarna zal haar, vóór ze de ambitie die ze nu zegt te koesteren voor het huisartschap in daden kan omzetten, op z'n minst vier jaar beroepsopleiding wachten. Hoewel de opleiding alles bijeen in beide landen vrijwel even lang duurt, verschilt de opbouw vóór en na het artsexamen aanmerkelijk. Maar werkelijk ingrijpend verschillend is de inhoud van de studie tot aan dat examen. Op de VU ligt de nadruk sterker dan in Groot-Brittannië op het opdoen van kennis. Alle VU-studenten die Birmingham bezochten verklaarden het onderwijs daar interessanter te vinden, omdat daar al heel vroeg in de opleiding praktisch wordt gewerkt. In het eerste jaar is er een programma waarbij iedere student wordt toegewezen aan een gezin, dat onder begeleiding van een tutor een jaar lang moet worden geobserveerd. Aan het eind van het jaar wordt van de student een scriptie hierover verwacht; voor de beste werkstukken zijn prijzen beschikbaar. Aan de VU werd in 1985 een vergelijkbaar programma opgezet, dat de kinderschoenen nog niet is ontwasen; de prijs voor de beste Nederlandse student: een trip naar Birmingham! Aan de meeste Britse universiteiten begint het klinisch werken met 'echte' patiënten wanneer na zo'n anderhalf jaar het grote

F. M. Hull

Hoezeer de medische opleiding in Groot-Brittannië ook verschilt van die in ons land, in beide gevallen treft de kritiek doel dat er te weinig betrokkenheid is op de mens die de patiënt is. Aldus F.M. ('Robin') Hull, een huisarts die met en in beide landen bekend is. Hij wijst wegen ter verandering aan.

brok anatomie en fysiologie achter de rug is. De Nederlanders moeten daar 4½ jaar op wachten en ik ben het met mijn Nederlandse Birminghambezoekers eens dat je studenten beter vroeg in de opleiding met de kliniek kunt laten kennismaken.

ERNSTIGE KRITIEK

In Nederland werd ik vaak moedeloos bij het aanzien van de verveling en de apathie van vele ouderejaarsstudenten, die ik ervan verdacht jarenlang in de broedstoof van de collegezaal ieder door hun docenten gesproken woord braaf te hebben zitten opschrijven. Mijn ernstigste kritiek evenwel op het huidige medisch onderwijs betreft beide landen gelijkelijk: er is te weinig betrokkenheid op de mens die de patiënt is. Opvoeding en onderwijs in de medische wetenschap worden meer samengetrokken rond het zaad van de ziekte van de patiënt dan rond de samenstelling van diens akkergrond en de verwevenheid van de relatie tussen die twee. Aan de oostkust van de Noordzee wellicht het sterkst, heerst er een geobserveerdheid met de exacte kant van die wetenschap, die maakt dat degenen die weten én degenen die willen weten er de ogen voor sluiten dat de geneeskunde in werkelijkheid een niet-exact vak is, een vak dat, hoewel het zwaar op de wetenschap steunt, niet zelf wetenschappelijk van aard is.

We moeten, willen we onze patiënten echt hulp bieden, erkennen dat het vak van onze roeping een oprecht menselijke en menswaardige benadering vergt. Sommige van mijn criticasters zullen dit wellicht afdoen met: 'Holistisch gezeur van

een betrokken huisarts', maar deze huisarts is met die instelling voor het eerst in aanraking gekomen via zijn eigen leraar, Sir George Pickering – een man die leefde voor de wetenschap, zoals zijn veelomvattend onderzoekswerk en vele publikaties uitwijzen, maar ook een heel menselijke man; zijn boek 'Quest for Excellence in Medical Education' is heden ten dage nog even voortreffelijk en toepasselijk als toen het werd geschreven¹, een decennium geleden.

De behoefte aan een accentverschuiving in de artsenopleiding wordt algemeen gevoeld, hoewel ze in het Verenigd Koninkrijk wellicht sterker tot uitdrukking komt dan in Nederland. Britse patiënten komen in opstand; uitgebreide, goed onderbouwde sociologische studies bevestigen dat er evenveel behoefte is aan 'medisch-menselijke' ('care') als aan medisch-technische aandacht ('cure')²; journalisten zoeken naar tekenen van verandering³, en moraal filosofen dringen er onophoudelijk op aan dat de medische wereld zich beter bewust wordt van haar verantwoordelijkheid ten opzichte van de autonome patiënt⁴. Toch lijkt het klagen over de mechanistische medische opleidingsinstututen die van schoolverlaters dokters moeten maken aan verstopte oren gedaan en neemt daarentegen de produktie van zelfs nog sterker technisch-exact georiënteerde artsen toe.

WEGEN TER VERANDERING

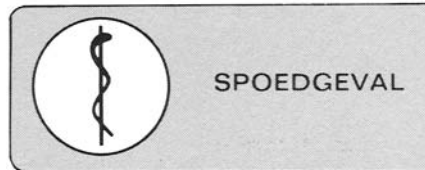
Onlangs woonde ik een bezinningsbijeenkomst bij waarbij een groep geïnteresseerden, van wie de meeste veel en intens hebben nagedacht en geschreven over hervormingen in de medische opleiding, met elkaar spraken over de behoefte aan verandering en hoe die tot stand te brengen. De zorgvuldig samengestelde groep bestond grotendeels uit mensen afkomstig uit de huisartsenwereld, maar was verlucht met een student en een pas in Cambridge afgestudeerde arts, een socioloog en een vertegenwoordiger van de National Association for Patient Participation in Medical Care. Elk van de vijftien deelnemers had problemen in de artsenopleiding op schrift uitgediept en uit al deze afzonderlijke bijdragen viel één gemeenschappelijk thema te destilleren: er is behoefte aan een meer op de mens en

op de samenleving gerichte aanpak in de scholing van artsen. Veel moeilijker was het, aan te geven hoe deze veranderingen die we allemaal wensten, zouden kunnen worden doorgevoerd.

Zoekend naar wegen ter verandering waren we het erover eens dat humane gezondheidszorg zeker niet alleen is voorbehouden aan de huisartsgeneeskunde; een ieder kende dan ook ettelijke specialisten die beter dan sommige huisartsen menselijke en medische zorg laten samengaan. Het werd alzo van het grootste belang geacht niet de houding aan te nemen van: wij/huisartsen versus zij/specialisten. Geconcludeerd werd dat er een opwaardering moet komen van bepaalde aspecten van de scholing als ethiek, optreden en communicatie, en dat om dit te bereiken de hulp van de vele overtuigde medestrevers binnen de specialistenwereld onontbeerlijk is.

Er werden twee manieren genoemd waarop veranderingen tot stand zouden kunnen worden gebracht; één voor resultaat op korte, de andere met effect voor de langere termijn.

De eerste manier heeft als eindterm een herziening en verandering van en in het selectieproces. Dit wordt in gang gezet wanneer al met 15, 16 jaar schoolgaande jongeren zichzelf selecteren voor de medische studie, met als drijfveer vaak zaken die er maar dan ook helemaal niet toe doen. Huisartsen, meende men, zouden hierin een belangrijke rol kunnen spelen door het geven van voorlichting op scholen. Ze zouden degenen die neigen in de richting van de medicijnenstudie alleen omdat ouders of onderwijzer ze die kant uit willen hebben, moeten helpen zich het hoe en waarom van hun keus bewust te worden. Bij de selectie voor de medicijnenstudie zou de voorkeur moeten uitgaan naar niet meer zó jonge jongeren die hun sociaalvoelend zijn hebben bewezen met werken voor de minderbedeelden in bijvoorbeeld gevangenis, bejaardenhuizen of de Derde Wereld. Eenmaal gekozen zijnde, zouden deze mensen – de crème van onze jeugd – meer als intelligente wezens moeten worden behandeld. Het uitkomen voor de eigen mening over inhoud en vorm van het onderwijs zou moeten worden aangemoedigd. Tutoren zouden kunnen fungeren als voorvechters, zodat de studenten er zeker van kunnen zijn dat voor hun belangen wordt opgekomen zonder dat ze bang hoeven zijn daarvoor te worden gestraft, bijvoorbeeld op het examen of bij het zoeken naar een baan. Ook de selectie van do-



centen zou zorgvuldiger moeten worden voorbereid en uitgevoerd, maar in een systeem waarin onderzoek winnend favoriet, klinische zorg uitstekende tweede en onderwijs armzalige derde is, krijgt excelleren in onderwijzen geen enkel applaus. Wat zou meesterdocent Boerhaave hiervan hebben gevonden?

De op te waarden aspecten van het onderwijs worden op Britse opleidingsinstellingen regelmatig afgedaan als zijnde de 'kindjespaj' in het studiemenu. In zijn uitstekende studie over de geschiedenis van de arts-patiëntrelatie in de laatste eeuw, laat Shorter zien hoe deze relatie verslechterde naarmate het vermogen van de arts tot ingrijpen in ziekteprocessen toenam⁵.

Met dit inzicht en de dreiging van de huidige AIDS-epidemie in het achterhoofd zou een weg kunnen worden gevonden om de opvattingen van de medische wereld te beïnvloeden. Te verwachten valt niet dat de medische wetenschap in de nabije toekomst een vaccin of remedie tegen AIDS zal vinden; een immer groeiend aantal jonge mensen zal sterven. Naast al diegenen die de ziekte krijgen, zijn er de tallozen wier leven door angst tot een hel is geworden. De enige manier waarop we de pandemie tot staan kunnen brengen is gedragsverandering. Hun die het ongeluk van de ziekte zelf treft, hebben we weinig meer te bieden dan symptoombestrijding tot het onontkoombaar einde. Deze drie problemen: omgaan met angst, gedragsverandering en stervensbegeleiding, moeten het hebben van precies die onderdelen van medische zorg welke wij als volwaardig in de medische opleiding willen zien opgenomen. AIDS, met zijn afschrikwekkend karakter, daagt dus uit tot het verhogen van de zorgstandaard en biedt de gelegenheid het wezenlijk belang daarvan aan te tonen.

Een tweede, radicale oplossing op lange termijn van de problemen zou kunnen

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 KNMG,

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

bestaan uit het invoeren van een basiscurriculum voor alle werkers in de gezondheidszorg, geënt op de samenleving en leidend tot het bezit van een algemene medische basiskennis. Deze opleiding zou dan na het artsexamen een vervolg moeten krijgen in een uitgebreide beroepsopleiding voor paramedici, huisartsen en medisch specialisten. Een bijzonder aantrekkelijke opzet, maar nog moeilijker te introduceren dan het eerste plan.

BESLUIT

Deze ideeën zullen in Groot-Brittannië allesbehalve met gejuich worden begroet. Ik ben benieuwd hoe mijn Nederlandse collega's erop zullen reageren! □

Literatuur

1. Pickering G. Quest for Excellence in Medical Education. Londen: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1978.
2. Cartwright A, Anderson R. General Practice Revisited. Londen: Tavistock, 1981.
3. Whitehorn K. Public Expectations. Londen: Office of Health Economics, 1986.
4. Gillon R. Philosophical Medical Ethics. Chichester: John Wiley & Sons, 1986.
5. Shorter E. Bedside Manners. Harmondsworth: Viking, 1986.

F. M. Hull, huisarts, is Macmillan Senior Lecturer in Palliative Care aan de Universiteit van Birmingham. Eerder publiceerde hij in Medisch Contact onder meer het feuilleton 'Een verhaal van twee steden' (1986).

Marteling

Onderzoek nodig naar behandelingsmethoden voor slachtoffers

In 1975 definieerde de World Medical Association het begrip marteling als 'het doelbewust, systematisch en moedwillig toebrengen van lichamelijk of geestelijk leed door een of meer personen die handelen op eigen initiatief of op bevel van anderen met het doel iemand informatie of een beken-tenis af te dwingen of met enig ander doel'. Amnesty International publiceerde in 1984 een lijst van 66 landen waar de overheid martelt of martelingen oogluikend toestaat¹. De organisatie schat dat het aantal slachtoffers van martelpraktijken in de honderd-duizenden loopt, maar het is uiteraard onmogelijk om exacte cijfers boven tafel te krijgen.

De medische inzichten met betrekking tot de gevolgen van martelingen zijn hoofdzakelijk afkomstig van revalidatiecentra in Canada en Denemarken en tegenwoordig wordt het bestaan van een 'posttortuursyndroom' algemeen onderkend²⁻¹². Dr. Inge Kemp Genefke, oprichtster en medisch directeur van het Deense centrum, kreeg afgelopen december in het Zweedse parlement een van de 'Right Livelihood Awards', die ook wel de 'alternatieve Nobelprijzen' worden genoemd.

Patiënten kunnen last hebben van psychosomatische klachten (pijn, hoofdpijn, slapeloosheid, nachtmerries, tremor, duizeligheid, flauwtes, hevig transpireren en diarree); affectieve symptomen (depressiviteit, angstgevoelens en fobieën); gedragsstoornissen (teruggetrokkenheid, prikkelbaarheid, agressiviteit, impulsiviteit, seksueel dysfunctioneren en

suïcidepogingen) en intellectuele of geestelijke symptomen (verwardheid, desoriëntatie, concentratieproblemen en geheugenverlies)²⁻¹³. Corticale en centrale atrofie zijn ook gerapporteerd bij vijf voorheen gezonde jonge mannen die waren gemarteld¹⁴.

Het Deense revalidatiecentrum beschikt over een team van gespecialiseerde artsen, psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers, psychotherapeuten en advocaten¹⁵. Bij de behandeling worden de lichamelijke en geestelijke gevolgen van de marteling en de maatschappelijke en gezinsproblemen aangepakt. De behandeling is erop gericht de patiënt te integreren in de nieuwe samenleving. Hoewel marteling een betrekkelijk veel voorkomend verschijnsel is, heeft het lang geduurd voordat men ging zoeken naar een effectieve aanpak voor de psychische problemen die er het gevolg van zijn. Er zijn geen gecontroleerde onderzoeken naar de effectieve bestanddelen van de behandeling. De rapportages over de resultaten van de behandeling zijn allemaal ongecontroleerd en anekdotisch¹⁵⁻¹⁷.

De symptomen die na marteling worden gezien lijken veel op de focale fobieën die kunnen volgen op een trauma en die daarom wel 'traumatische fobieën' worden genoemd¹⁸. Systematische blootstelling aan prikkels die angst oproepen totdat de angstgevoelens geleidelijk afnemen is een doeltreffende therapie gebleken voor fobiepatiënten en misschien werkt dit ook bij mensen die zijn gemarteld¹⁸. Hoewel er geen gecontroleerde onderzoeken zijn naar het effect van deze

therapie bij traumatische fobieën, zijn er wel gevallen geschreven waarin de patiënt succesvol werd behandeld met 'fantasy desensitisation', dat wil zeggen met de denkbeeldige blootstelling aan prikkels en herinneringen die verband houden met het trauma¹⁹⁻³². Een van ons (MB) heeft een vrouw behandeld die als gevolg van martelingen leed aan pleinvrees en die haar huis praktisch niet meer uit durfde uit angst dat zij opnieuw gearresteerd en gemarteld zou worden. De patiënte werd met succes behandeld in tien sessies waarbij zij geleidelijk werd blootgesteld aan steeds angstwekkender prikkels, bijvoorbeeld het zien van een politiemann.

Er zijn verschillende redenen waarom het zo moeilijk is onderzoek te doen naar de behandeling van problemen die het gevolg zijn van marteling. Martelpraktijken liggen politiek erg gevoelig en hebben internationale implicaties. Autoriteiten geven haast nooit toe dat er in hun land gemarteld wordt. Alleen daarom al is systematisch onderzoek in die landen volstrekt onmogelijk. Maar omdat in het westen duizenden vluchtelingen leven, zou de wetenschap meer aandacht moeten besteden aan dit probleem. Het posttortuursyndroom kan veel langer duren dan de acute crisis als gevolg van de pijn, de ontworteling, de asielpcedure en de vestiging in een vreemd land. Onderzoek onder overlevenden van concentratiekampen³³⁻³⁶ en krijgsgevangenen uit de tweede wereldoorlog³⁷⁻³⁹ heeft aanwijzingen opgeleverd dat de psychische gevolgen van een traumatische ervaring jaren merkbaar kunnen blij-

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

ven. Toch is er tot dusver geen onderzoek gedaan naar de prevalentie van posttraumatische stress-stoornissen bij vluchtelingen in westerse landen. De massamedia zijn medebepalend voor de prioriteiten die men binnen de medische wetenschap stelt en de media besteden nauwelijks aandacht aan de zorg voor patiënten die zijn gemarteld.

En als er al geld beschikbaar is, dan staan gecontroleerde onderzoeken naar de behandeling van deze patiënten niet hoog op het prioriteitenlijstje. De afgelopen tien jaar zijn er in Europa, de Verenigde Staten, Canada en andere delen van de wereld veel liefdadigheidsinstellingen en multidisciplinaire centra gekomen die zich toeleggen op de zorg voor mensen die zijn gemarteld. In 1981 werd het Voluntary Fund for Victims of Torture van de Verenigde Naties opgericht om hulp te bieden aan slachtoffers van martelingen⁴⁰. Het fonds steunt over het algemeen projecten 'waarbij de medische, psychische, sociale en economische problemen van de slachtoffers van marteling vanuit een brede taakstelling worden aangepakt'. Deze activiteiten zijn natuurlijk van groot belang, maar totdat er een gecontroleerde evaluatie heeft plaatsgevonden zal er onzekerheid blijven bestaan over de effectiviteit van de behandelingen. Een werkelijk brede taakstelling omvat niet alleen hulp voor de lichamelijke, financiële en juridische problemen, maar biedt ook ruimte om te onderzoeken welke elementen van de behandeling effectief zijn voor de psychische problemen die primair het gevolg zijn van het trauma.

Patiënten die zijn gemarteld hebben meestal ingewikkelde juridische, financiële, sociaal-culturele en lichamelijke problemen waarvoor dringend hulp nodig is. Om die reden zullen sommige mensen onderzoek met controlepersonen ethisch onaanvaardbaar vinden. Het Deense revalidatiecentrum voor slachtoffers van marteling heeft betoogd dat patiënten 'een andere culturele achtergrond hebben en het niet zouden begrijpen

als zij omwille van een wetenschappelijk onderzoek willekeurig zouden worden ingedeeld bij een behandelingsgroep. Dit zou ten koste kunnen gaan van de vertrouwensrelatie . . . die een absolute voorwaarde is voor elke behandeling (in het centrum)⁴¹. Dat is echter lang niet zeker. Een vertrouwensrelatie is in het algemeen een noodzakelijke voorwaarde voor psychotherapie en wordt niet per definitie ondermijnd door wetenschappelijk onderzoek. In elk geval moet het mogelijk zijn eerst de dringende problemen op te lossen en vervolgens de patiënten met aanhoudende klachten op te nemen in een onderzoeksgroep. Een andere mogelijkheid is dat in de experimentele groep en de controlegroep dezelfde multidisciplinaire, op vertrouwen gebaseerde aanpak wordt gehanteerd, maar dat de specifieke behandelingstechniek die men wil onderzoeken alleen wordt toegepast in de experimentele groep. Omdat geen enkele behandeling aantoonbaar beter is dan andere behandelingen, zijn er geen ethische bezwaren tegen het achterwege laten van bepaalde elementen uit de psychotherapie. Door gebrek aan geld is het niet mogelijk de slachtoffers van marteling overal ter wereld een uitgebreid hulpprogramma te bieden. Artsen die in ontwikkelingslanden werken willen weten wat zij kunnen doen om de psychische nood van individuele slachtoffers te verlichten. Onderzoek naar de essentiële en overbodige elementen in de behandeling zal ertoe bijdragen dat de artsen in de ontwikkelingslanden deze patiënten beter kunnen helpen.

Başoğlu M, Marks I. Torture. Research needed to help those who have been tortured. *Br M J* 1988; 297: 1423-4.

Literatuur

1. Amnesty International. Torture in the eighties. London: Amnesty International Publications, 1984.
2. Allodi F, Cowgill G. Ethical and psychiatric aspects of torture: a Canadian study. *Can J Psychiatry* 1982; 27: 98-102.
3. Rasmussen OV, Lunde I. Evaluation of investigation of 200 torture victims. *Dan Med Bull* 1980; 27: 241-3.
4. Rasmussen OV, Dam AM, Nielsen IL. Torture: a study of Chilean and Greek victims. In: Evidence of torture: studies by the Amnesty International Danish Medical Group. London: Amnesty International Publications, 1977: 9-19.
5. Kjaersgaard AR, Genefke IK. Victims of torture in Uruguay and Argentina: case studies. In: Evidence of torture: studies by the Amnesty International Danish Medical Group. London: Amnesty International Publications, 1977: 20-6.
6. Cathcart LM, Berger P, Knazan B. Medical examination of torture victims applying for refugee status. *Can Med Assoc J* 1979; 121: 179-84.
7. Lunde I, Rasmussen OV, Lindholm J, Wagner G. Gonadal and sexual functions in tortured Greek men. *Dan Med Bull* 1980; 27: 243-5.
8. Abildgaard U, Daugaard G, Marcussen H, Jess P, Petersen HD, Wallach M. Chronic organic psycho-syndrome in Greek torture victims. *Dan Med Bull* 1984; 31: 239-41.
9. Petersen HD, Abildgaard G, Daugaard PJ, Marcussen H, Wallach M. Psychological and physical long-term effects of torture. *Scand J Soc Med* 1985; 13: 89-93.
10. Petersen HD, Jacobsen P. Psychical and physical symptoms after torture. A prospective controlled study. *Forensic Sci Int* 1985; 29: 179-89.
11. Allodi F, Randall GR, Lutz EL, et al. Physical and psychiatric effects of torture: two medical studies. In: Stover E, Nighthale EO, eds. The breaking of bodies and minds. New York: Freeman, 1985: 58-78.
12. Hougen HP, Kelstrup J, Petersen HD, Rasmussen OV. Sequelae to torture: a controlled study of torture victims living in exile. *Forensic Sci Int* (in press).
13. Goldfield AE, Mollica RF, Pesavento BH, Faraone SV. The physical and psychological sequelae of torture symptomatology and diagnosis. *JAMA* 1988; 259: 2725-9.
14. Jensen TS, Genefke IK, Hyldbrandt N, Pedersen H, Petersen HD, Weie B. Cerebral atrophy in young torture victims. *N Engl J Med* 1982; 307: 1341.
15. Lunde I, Boysen G, Genefke IK, et al. RCT – International Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims. *U geskr Laeger* 1985; 147: 2407-12.
16. Sornnier FE, Genefke IK. Psychotherapy for victims of torture. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 323-9.
17. Genefke I, Aalund O. Rehabilitering af torturofre – forskningsmaessige perspektiver. (Rehabilitation of torture victims – research perspectives.) *Maanedsskrift for Praktisk Laegegerning* 1983; 61: 31-8.
18. Marks IM. Fears, phobias and rituals. New York: Oxford University Press, 1987.
19. McCaffrey RJ, Fairbank JA. Behavioral assessment and treatment of accident-related posttraumatic stress disorder: two case studies. *Behavior Therapy* 1985; 16: 404-16.
20. Fairbank JA, Keane TM. Flooding for combat-related stress disorders: assessment of anxiety reduction across traumatic memories. *Behavior Therapy* 1982; 13: 499-510.
21. Keane TM, Kaloupek DG. Imaginal flooding in the treatment of a post-traumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1982; 50: 138-40.
22. Black JL, Keane TM. Implosive therapy in the treatment of combat related fears in a World War II veteran. *J Behav Ther. Exp Psychiatry* 1982; 13: 163-5.
23. Haynes S, Mooney D. Nightmares: etiological, theoretical, and behavioral treatment considerations. *Psychological Record* 1975; 25: 225-36.

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

24. Kipper DA. Behavior therapy for fears brought on by war experiences. *J Consult Clin Psychol* 1977; 45: 216-21.
25. Schindler FE. Treatment by systematic desensitization of a recurring nightmare of real life trauma. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1980; 11: 53-4.
26. Sargent WW, Shorvon HJ. Acute war neurosis. *Archives of Neurology and Psychiatry* 1945; 54: 231-40.
27. Saul LJ, Rome H, Leuser E. Desensitization of combat fatigue patients. *Am J Psychiatry* 1946; 102: 476-8.
28. McLaughlin FL, Millar WM. Employment of air-raid noises in psychotherapy. *Br Med J* 1941; ii: 158-9.
29. Marks IM. Rehearsal relief of a nightmare. *Br J Psychiatry* 1978; 133: 461-5.
30. Rychtarik RG, Silverman WK, Van Landingham WP, Prue DM. Case study and clinical replication: treatment of an incest victim with implosive therapy: a case study. *Behavior Therapy* 1948; 15: 410-20.
31. Wolff R. Systematic desensitization and negative practice to alter the aftereffects of a rape attempt. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1977; 8: 423-5.
32. Stekelee G, Foa EB. Rape victims: post-traumatic stress responses and their treatment: a review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders* 1987; 1: 69-86.
33. Thygesen P, Hermann K, Willanger R. Concentration camp survivors in Denmark: persecution; disease, disability, compensation. *Dan Med Bull* 1970; 17: 65-108.
34. Thygesen P. The concentration camp syndrome. *Dan Med Bull* 1980; 27: 224-8.
35. Eitenger L, Strom A. Mortality and morbidity after excessive stress. New York: Humanities Press, 1973.
36. Eitenger L. Jewish concentration camp survivors in the post-war world. *Dan Med Bull* 1980; 27: 232-5.
37. Beebe GW. Follow-up studies of World War II and Korean War prisoners. II. Morbidity, disability, and maladjustments. *Am J Epidemiol* 1975; 101: 400-22.
38. Tennant C, Goulston K, Dent O. Clinical psychiatric illness in prisoners of war of the Japanese: forty years after release. *Psychol Med* 1986; 16: 833-9.
39. Kluznik JC, Speed N, Valkenburg CV, Magraw R. Forty-year follow-up of United States prisoners of war. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1443-6.
40. Rodley NS. The treatment of prisoners under international law. Oxford: Clarendon Press, 1987.
41. Rehabilitation Centre for Torture Victims. Annual report. Copenhagen: RCTV, 1984; 12.

Psychische stoornissen bij artsen

Een veel voorkomend verschijnsel dat een gecoördineerde aanpak vergt

Artsen hebben vergeleken met andere mensen een betere lichamelijke gezondheid, maar een slechtere geestelijke gezondheid¹. Hun slechte geestelijke gezondheid is onvermijdelijk van invloed op de zorg voor hun patiënten, wat men vroeger al beseftte getuige het volgende grafschrift van een Atheense arts: 'Dit zijn de plichten van de arts: allereerst zijn geest te genezen en zichzelf te helpen alvorens anderen te helpen'².

Een recent groot survey-onderzoek onder Britse artsen heeft uitgewezen dat veel artsen, van beiderlei kunne en van alle leeftijden, spijt hebben van hun beroepskeuze^{3,4}.

Onderzoeken in de Verenigde Staten hebben aangetoond dat het suicidepercentage onder artsen consequent hoog is⁵⁻⁷. Uit een onderzoek in Californië waarbij alle akten van overlijden werden bekeken bleek dat het jaarlijkse suïdecijfer voor artsen 79 per 100.000 significant hoger was dan dat voor juristen (54 per 100.000) of architecten (50 per 100.000) en twee-

maal zo hoog was als het suïdecijfer voor de bevolking als geheel⁶. Dat het suïdecijfer onder artsen hoger is dan bij andere beroepsgroepen is ook bevestigd in Groot-Brittannië, waar het aantal suïcides vooral hoog is onder artsen die in Groot-Brittannië praktiseren maar die oorspronkelijk uit een ander land afkomstig zijn⁸. De meeste vroege suïcide-onderzoeken hadden alleen betrekking op mannelijke artsen, maar recente onderzoekgegevens doen vermoeden dat het suïdecijfer voor vrouwelijke artsen net zo hoog is. De enige andere aandoeningen waarvoor artsen een meer dan gemiddelde mortaliteit vertonen zijn vergiftigingsongevallen en levercirrhose⁹.

Op grond van een omvangrijk onderzoek waarbij een grote steekproef studenten twintig jaar lang werd gevolgd, constateerden Vaillant en medewerkers dat artsen vergeleken met andere beroepsgroepen vaker huwelijks- en alcoholproblemen hebben en vaker slaapmiddelen, amfetaminen en kalmerende middelen gebruiken¹⁰.

Uit een onderzoek in Schotland bleek dat artsen vergeleken met een sociaal gematchte controlegroep tweemaal zo vaak werden behandeld voor affectieve stoornissen en verslaving aan alcohol of verdovende middelen¹¹. Bij één op de tien artsen is sprake van dysfunctioneren en het gebruik van kalmerende of stimulerende middelen is ongeveer 30 keer zo hoog als onder de bevolking als geheel⁹. Er zijn verschillende verklaringen geopperd voor het grote aantal psychische stoornissen bij artsen. Desole en medewerkers stellen dat de medische beroepsorganisaties te weinig ondersteuning bieden en dat hun leden zelf maar moeten zien dat zij overeind blijven onder de druk van steeds toenemende eisen, waardoor artsen misschien eerder neigen tot depressies en suïcide¹².

Andere onderzoekers merkten op dat bij tweevijfde van de artsen die een eind aan hun leven maakten sprake was van een verslaving aan verdovende middelen, hetgeen erop wijst dat artsen terecht kunnen komen in

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

een vicieuze cirkel van angsten en depressies, afgewisseld met periodes van kunstmatig opgewekte euforie⁵. Cramond constateerde dat artsen zich over het algemeen meer zorgen maken dan andere mensen en dat deze zorgen te maken hebben met problematische diagnoses of behandelingen, het overlijden van kinderen en de invloed van het werk op hun gezinsleven¹³. Ook is wel gewezen op psychodynamische aspecten, waaronder de dwangmatige trekjes en schuldgevoelens van artsen, hun almacht en hun angst voor sterke gevoelens ten opzichte van patiënten, waardoor zij hun toevlucht nemen tot koude en werktuiglijke relaties¹⁴. Vaillant en medewerkers hebben ook gekeken naar de persoonlijkheid en de achtergrond van artsen met huwelijks- en verslavingsproblemen en zij concludeerden dat behalve beroepsstress ook het aanpassingsvermogen vóór de medische opleiding van belang was¹⁵. Zij waarschuwen echter dat goede artsen heel wel een problematische achtergrond kunnen hebben en dat selectiecommissies geen vooroordelen mogen koesteren tegen artsen met een dergelijke achtergrond. De structuur van de medische loopbaan is ongetwijfeld een belangrijke bron van stress¹⁶. De onzekere kans op een baan, de regelmatig noodzakelijke verhuizingen en de verlengde post-universitaire opleiding maken de uitoefening van de geneeskunde tot een bij uitstek moeilijk beroep³. Beginnen de ziekenhuisartsen staan bloot aan onaanvaardbaar veel stress als gevolg van lange werktijden, slechte relaties met specialisten en nadelige invloeden op hun privéleven¹⁷. Ironisch genoeg lopen de meest empathische artsen het grootste risico¹⁷. Artsen die oorspronkelijk uit een ander land afkomstig zijn hebben het extra moeilijk omdat zij van hun vaderland gescheiden zijn en zich moeten aanpassen aan een andere cultuur, waar nog eens bijkomt dat het voor hen moeilijker is om een baan te krijgen. Daardoor zijn zij extra kwetsbaar. Als we iets willen doen aan de hoge

prevalentie van psychische stoornissen bij artsen, dan zal de medische wereld dit probleem eerst moeten onderkennen. In sommige landen gebeurt dat ook al¹⁷⁻¹⁹. Om het stigma dat rust op psychische ziekte artsen te doorbreken, is een algehele attitudeverandering nodig. Individuele artsen moeten beseffen dat de steun van vrienden en familieleden hen kan beschermen tegen suïcidepogingen²⁰. Artsen die ziek worden verdienen net zoveel alertheid en medeleven van hun collega's als andere patiënten. Het is een wijdverbreid idee dat artsen lastige patiënten zijn. Artsen die een collega behandelen moeten zich houden aan standaardbehandelingen en moeten hun patiënt blijven volgen. In een groot aantal landen zijn programma's ontwikkeld ten behoeve van zieke artsen. Deze programma's zijn gericht op voorlichting en hulpverlening. In 1985 startte men in Groot-Brittannië een hulpverleningsprogramma voor zieke artsen^{21 22}. Er werd een speciaal telefoonnummer opgesteld, waar gemiddeld eens in de drie dagen een verzoek om hulp binnenkomt. Artsen kunnen hulp vragen voor zichzelf of, strikt vertrouwelijk, advies vragen over hulp aan collega's. Ongeveer een kwart van de telefoontjes is afkomstig van artsen die zelf hulp vragen²¹. Waarschijnlijk komt slechts een klein deel van de zieke artsen in Groot-Brittannië in aanraking met het programma en de hulpverleners erkennen dat 'de werkelijke effectiviteit van het programma als preventief en therapeutisch middel onzeker blijft vanwege de strikte geheimhouding die men betracht'. Hoewel deze vorm van hulpverlening waardering verdient, is het waarschijnlijk niet voldoende. We zullen niet kunnen ontkomen aan andere maatregelen, waaronder een andere structurering van de medische loopbaan.

Pilowski L, O'Sullivan G. Mental illness in doctors. *Common and demands a coordinated response. Br Med J* 1989; 298: 269-70.

Literatuur

1. Bennett G. The wound and the doctor. In: *Healing technology and power in modern medicine*, London: Secker and Warburg, 1987: 14-28.
2. Duffy J, Lith E. Psychiatric morbidity of physicians. *JAMA* 1964; 189: 989-92
3. Allen I. 'Any room at the top?' – a study of doctors and their careers. Oxford: Pinter Publications, 1988.
4. Lowry S. 'Dr Kildare let me down.' *Br Med J* 1988; 296: 1686-7.
5. Blachly PH, Disher W, Roduner G. Suicide by physicians. *Bulletin of Suicidology* 1968 Dec: 1-18.
6. Rose KD, Rosov I. Physicians who kill themselves. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29: 800-5.
7. Steppacher R, Mauer J. Suicide in male and female physicians. *JAMA* 1974; 228: 323-8.
8. Richings JC, Khara GS, McDawell M. Suicide in young doctors. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 475-8
9. Rucinski, J, Cybulska E. Mentally ill doctors. *Br J Hosp Med* 1985; 33: 90-4.
10. Vaillant G, Brighton J, McArthur C. Physicians use of mood-altering drugs. *N Engl J Med* 1970; 282: 365-70.
11. Murray RM. Psychiatric illness in male doctors and controls: an analysis of Scottish hospitals in-patient data. *Br J Psychiatry* 1977; 131: 1-10.
12. Desole D, Single P, Avonson S. Suicide and role strain among physicians. *Int J Soc Psychiatry* 1969; 1: 294-301.
13. Cramond WA. Anxiety in medical practice. The doctor's own anxiety. *Aust NZ J Psychiatry* 1969; 3: 324-8.
14. Madison D. Discussion. *Aust NZ J Psychiatry* 1969; 3: 329.
15. Vaillant G, Sobowale N, McArthur C. Some psychological vulnerabilities of physicians. *N Engl J Med* 1972; 287: 372-5.
16. Lask B. Forget the stiff upper lip. *Br Med J* 1987; 295: 1584-5.
17. Firth-Cozens J. Emotional distress in junior house officers. *Br Med J* 1987; 295: 533-6.
18. Borenstein D. Report on the major findings of a prototype programme. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1053-7.
19. Mayou R. Burnout. *Br Med J* 1987; 295: 284-5.
20. AMA Council on Scientific Affairs. Council Report. Results and implications of the AMA-APA physician mortality project. Stage II. *JAMA* 1987; 257: 2949-53.
21. Rawnsley K. Sick doctors. *J R Soc Med* 1986; 79: 440-1
22. National Counselling Service for Sick Doctors, Second annual report. October 1987. London: National Counselling Service for Sick Doctors 1982.

CHG Selectieprocedure zonder loting 'tropenartsen'

Ingevolge artikel 1109 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publicatie van besluit nr. 1-1989 van het College voor Huisartsgeneeskunde betreffende de toelating tot de huisartsopleiding voor 'tropenartsen'.

Het besluit treedt in werking op 1 mei 1989.

A. L. J. E. Martens, secretaris

Besluit no. 1 – 1989 van het College voor Huisartsgeneeskunde

Toelating tot de selectieprocedure zonder loting voor 'tropenartsen'

Het College voor Huisartsgeneeskunde (CHG) in vergadering bijeen op 26 januari 1989; *overwegende* dat de in besluit CHG nr. 2 – 1987 beschreven loting en selectieprocedure met zich meebrengt dat er een groep artsen is afgestudeerd en nadien naar ontwikkelingslanden is gegaan en niet op de hoogte was van een opheffing van het wachtlijststelsel; dat deze groep artsen ervan uitging dat zij bij terugkomst zonder meer in aanmerking zou kunnen komen voor een plaats in de beroepsopleiding tot huisarts; dat de betrokken artsen zich vóór 1 februari 1987 reeds voor deze beroepsopleiding hebben aangemeld; dat zij zich contractueel voor periodes van vier tot vijf jaar hebben verbonden; dat zij daardoor niet in staat waren tijdig terug te keren om aan één van de laatste opleidingen waarvoor geen toelatingsprocedure gold, gestart in 1988, deel te kunnen nemen;

dat het CHG voor deze artsen een specifieke regeling wil treffen; dat de artsen die voor deze regeling in aanmerking komen, allen met naam en toenaam bekend zijn bij het CHG/HRC; *gehoord* de organisaties die deze artsen hebben uitgezonden; *gehoord* de Huisarts Registratie Commissie; *gelet* op de artikelen 1107 en 1109 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

heeft besloten dat deze artsen zonder loting aan de selectieprocedure kunnen deelnemen conform de bepalingen van besluit CHG nr. 2 – 1987 en de daarbij behorende uitvoeringsregelingen en dat zij na toegelaten te zijn de beroepsopleiding tot huisarts kunnen volgen.

Toepassing

De artsen die aanspraak willen en kunnen maken op toepassing van het besluit van het College Huisartsgeneeskunde nr. 1-1989 dienen zich zo spoedig mogelijk bekend te maken bij de Huisarts Registratie Commissie – Postbus 20054 – 3502 LB Utrecht onder vermelding van:

- naam en correspondentieadres;
- geboortedatum;
- datum en plaats artsexamen;
- datum aanmelding voor de beroepsopleiding tot huisarts en bij welk Universitair Huisarts Instituut;
- datum eventuele aanmelding voor de 'interim-opleiding';
- datum van terugkeer in Nederland.

Tevens is van belang dat deze artsen te kennen geven welk jaar zij kiezen als start van de beroepsopleiding en welk begeleidend UHI hun voorkeur heeft (1e, 2e en 3e keuze opgeven).

LHV Symposium over automatisering huisartspraktijk

'De geautomatiseerde huisarts in het Dekker-tijdperk'

Op donderdag 15 juni aanstaande organiseert de LHV het symposium 'De geautomatiseerde huisarts in het Dekker-tijdperk'. Dit symposium vindt plaats van 18.00 uur tot 23.00 uur in Congrescentrum De Reehorst te Ede.

Tijdens het symposium zal een vijftal sprekers vanuit verschillende invalshoeken de mogelijkheden van de computer als hulpmiddel voor de huisarts behandelen. Trefwoorden daarbij zijn onder andere: een nieuwe honoreringssystematiek, substitutie en afschaffing van de contracteerverplichting.

De inleiders, Mw. V. Bekendam-Pardoel (stafmedewerkster automatisering LHV), Prof. J. van Londen (directeur-generaal WVC), Prof. Dr. Ir. A. Hasman (Rijksuniversiteit Limburg), Drs. H. Werkman (secretaris VNZ) en Prof. H. Lamberts (Universiteit Amster-

dam) zullen naast beleidsmatige aspecten ook de praktische toepassingen van automatisering belichten.

Tijdens het symposium wordt tevens een uitgebreide informatiemarkt gehouden, waar leveranciers van computers en op de huisarts gerichte software-pakketten zich zullen presenteren. Het symposium is niet alleen bedoeld voor beleidsmakers in de gezondheidszorg en huisartsen die ervaring hebben met geautomatiseerde systemen. Ook voor huisartsen die nog geen enkele ervaring hebben met computers kan deze bijeenkomst veel waardevolle informatie opleveren over de gebruiksmogelijkheden van de computer nu en in de toekomst.

LHV-leden met partner en praktijkassistente hebben gratis toegang. De toegangsprijs voor niet-leden bedraagt f 25,—.

Inflichtingen: Mw. Bekendam-Pardoel, stafmedewerkster automatisering van de LHV, tel. 030-813713.

LVSG Kwaliteit sociale geneeskunde

Onlangs heeft het centraal bestuur een Werkgroep Kwaliteit ingesteld. In deze werkgroep hebben de LVSG-bestuursleden Croon, Schellekens, Van Enst en Van den Haak zitting.

De werkgroep heeft opdracht gekregen de verdere activiteiten van de LVSG wat betreft bewaken en bevorderen van de kwaliteit van het sociaal-geneeskundig handelen voor te bereiden.

De werkgroep is inmiddels van start gegaan. Als een van de eerste

activiteiten is de werkgroep begonnen met een inventarisatie van de activiteiten die op het punt van kwaliteit(sbevordering) plaatsvinden in de verschillende beroepsgroepen, van de activiteiten die de diverse beroepsspecifieke verenigingen hebben ontwikkeld en voorts van de plannen die bij deze verenigingen bestaan.

Het is de bedoeling de inventarisatie uit te voeren door personen te interviewen die een goed inzicht in de materie hebben.

LHV

Ledenvergadering 24 mei 1989

Convocatie voor de Ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging op woensdag 24 mei 1989 om 19.00 uur.

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging convoceert een Ledenvergadering op woensdag 24 mei 1989 om 19.00 uur.

De vergadering zal worden gehouden in de congreszaal van de Irenahal I van het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht (tel. 030-955637).

Deze vergadering zal in haar geheel zijn gewijd aan de operatie-Dekker.

De agenda luidt als volgt:

1. Opening
2. Mededelingen

3. Operatie-Dekker: a. algemeen; b. overhevelen van de huisartshulp naar de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten; c. herstructurering honorering, inclusief maximumtarieven; d. afschaffing vestigingsbeleid en contracteerplicht; e. financiering ondersteuning en deskundigheidsbevordering; f. goodwilloplossing

4. Wat verder ter tafel komt

5. Rondvraag

6. Sluiting

De benodigde stukken zullen zo spoedig mogelijk aan het bestuurskorps worden gezonden.

S. Buijs, huisarts, secretaris-penningmeester

LAD

LAD en SWG op beurs Medica '89

Voor het eerst heeft een uitzendbureau, uitsluitend gericht op de bemiddeling van artsen, op de beurs Medica '89 in Utrecht gestaan. Het gaat om de Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen, de SWG, die van 4 t/m 7 april jl. in de stand van de LAD op de beurs was vertegenwoordigd.

Medica '89 werd in de Utrechtse Jaarbeurs gehouden. Tijdens de beurs is een aantal nuttige contacten gelegd. Bovendien heeft de aanwezigheid van de SWG op zo'n grote vakbeurs als de 'Medica', gezorgd voor een forse uitbreiding van de naamsbekendheid. Medica wordt bezocht door veel vertegenwoordigers van het management van ziekenhuizen en andere instellingen in de gezondheidszorg. Bekendheid in deze kringen heeft ongetwijfeld positieve effecten op het toekomstig gebruik van de dienstverlening van de SWG.

Op de beurs werd ook het jaarverslag van de SWG gepresenteerd dat enige dagen tevoren gereed was gekomen. Het jaarverslag kan worden aangevraagd bij de SWG, Postbus 20058, 3502 LB Utrecht, tel. 030-823371.

Ook de LAD was op de Medica '89 vertegenwoordigd. En ook voor de LAD was het de eerste keer dat men zich op zo'n groot



evenement presenteerde. De vele positieve reacties, ook uit niet-artsenkringen, geven aan dat de LAD hiermee op de juiste weg zit.

Algemene Ledenvergadering Olma

De Algemene Ledenvergadering van Olma wordt gehouden op 23 mei 1989, aanvang 19.30 uur in de Domus Medica, Lomanlaan 103, Utrecht.

Agenda

1. Opening.
2. Aanwijzing van een secretaris en een lid, ter vaststelling van de notulen.
3. Vaststelling jaarbericht 1988.
4. Commissarisverkiezing:

Statutair worden de commissarissen benoemd door de Algemene Ledenvergadering uit bindende voordrachten, op te maken door het Hoofdbestuur van de KNMG c.q. de besturen van de maat-

schappelijke verenigingen. De voordrachten bevatten de namen van twee personen voor elke vacature.

In de Algemene Ledenvergadering 1989 is volgens rooster aftredend de op voordracht van de LSV gekozen commissaris A. M. Gründemann. Van de LSV is, ter voorziening in deze vacature, de volgende, in volgorde van voorkeur, bindende voordracht ontvangen:

1. A. M. Gründemann, Amsterdam;
2. A. H. J. Houwing, Haarlem.
5. Rondvraag.
6. Sluiting.

Namens de Raad van Commissarissen:

A. B. M. van Berkel, voorzitter
A. M. Gründemann, secretaris.