

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT  
BEVORDERING DER GENEESKUNST  
TEL. 030 - 823911

MC

#### Redactie

prof. dr C. Spreeuwenberg, *hoofredacteur*  
mw mr J.C.M. Ankoné,  
*plaatsvervangend hoofredacteur*  
R.A. te Velde, *eindredacteur*  
mw drs W.G. Kaltoven, *redacteur*  
mw C.R. van der Sluijs, *redacteur*  
drs P.G. Visch, *redacteur-verslaggever*  
mw drs S.E. Wildevuur, *redacteur-verslaggever*  
mw C.M. Schouten, *secretaresse*  
mw M.M. Stolp, *secretaresse*

*Redactieadres*  
Lomanlaan 103  
3526 XD Utrecht  
telefoon 030-823384

#### Bestuur Medisch Contact

F.N.M. Bierens, *voorzitter*  
dr C.J. Jonkman, *vice-voorzitter*  
dr R.J.E.A. Höppener, *secretaris*  
dr H.W.M. Anten, *penningmeester*  
mw dr C. Vermeulen-Meiners

*Secretariaat bestuur*  
Postbus 690  
2900 AR Capelle a/d IJssel

*Adviseurs namens het  
hoofdbestuur der KNMG:*  
mw M.H.D.J. Zwart-van der Weerd  
Th.M.G. van Berkestijn

#### Ontwerp & prepress:

DTP-studio Diap v.o.f., Velp

#### Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten  
voor een abonnement f 179,50 (inclusief BTW);  
België 3.600 Bfr; overige landen per zeepost:  
f 295,-/per luchtpost: f 415,-; studenten-niet-  
KNMG-leden f 67,50; losse nummers: f 13,50.

#### Abonnementen & Ledenservice

Misset uitgeverij bv  
Planetenbaan 100, Postbus 1110  
3600 BC Maarssen  
telefoon 03465-58238  
(mw A. van de Meent- van den Ham)  
telefax 03465-54287

#### Advertenties

- Misset uitgeverij bv  
Planetenbaan 100, Postbus 1110  
3600 BC Maarssen  
telefoon 03465-58222/58244  
(P.P.J. Verhoeff/J.H. Fleury)  
telefax 03465-54287  
- Verkoopnabewerking: 03465-58245  
(mw M. Nadorp) fax: 03465-54287  
- Hoofd advertentie-exploitatie:  
- mw drs Y.C.C.M. Joosten 03465-58222  
Advertenties kunnen zonder opgaaf van  
redenen geweigerd worden.

#### Druk

Tijl Offset, Zwolle

De redactie beslist over de inhoud van het  
redactionele gedeelte. Het bestuur is voor  
het gevoerde beleid verantwoordelijk ver-  
schuldigd aan de Algemene Vergadering  
van de KNMG. De besturen van de KNMG en  
de beroepsverenigingen zijn voor de inhoud  
van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

Medisch Contact wordt door Misset uitgeverij  
bv in licentie uitgegeven voor de KNMG.  
© 1994, KNMG



Lid Nederlandse organisatie van  
Tijdschrift-Uitgevers (NOTU)

Jaargang 49 / 25 november 1994

# MEDISCH CONTACT

## 1485 C. Spreeuwenberg

### Beschaafde zorg

## 1487 Ans Ankoné

### Algemene Vergadering KNMG en KNMG-Congres 1994 Tilburg

## 1490 Ans Ankoné

### KNMG-vice-voorzitter Lanphen: "Kwaliteitsbewaking voor beroepsgroep van levensbelang"

## 1493 J.J. Poeisz

### Private zorg in maatschappelijk perspectief. De tijd is rijp

## 1496 J. Akveld, I. Beurmanjer-de Lange en M. Rijkmans-Troost

### Orgaandonatie. Levende donor kind van de rekening?

## 1498 R.L. Marquet

### Het dier als orgaandonor voor de mens. Stand van zaken en perspectief

## 1498 F.W.A. Brom

### Het dier als orgaandonor voor de mens. Morele problemen verkend

## 1504 F.C.B. van Wijmen en G. van der Wal

### Euthanasie in Japan. Een smal en wankel draagvlak

## 1507

### Arts en recht. Euthanasie door niet-behandelend arts

#### En verder:

- 1482 Brieven • 1486 Voorzitterscolumn LHV
- 1500 Ziekte in de literatuur • 1503 Bericht • 1506 Praktijkperikel •
- 1511 Uitspraak • 1512 Officieel • 1516 Agenda •

## K O P I J O P D I S K E T T E

Alle kopij graag op diskette (3.5" of 5.25") in Wordperfect, bij voorkeur WP 5.1, plus 1 uitdraai.

De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren. Artikelen die alles inbegrepen niet langer zijn dan 1.800 woorden hebben onze voorkeur.



Geen voet- of eindnoten gebruiken: literatuurverwijzingen en noten in superscript in de tekst en de inhoud ervan aan het eind van het artikel. Tabellen, schema's en figuren niet in de tekst opnemen, maar op een apart vel aanleveren.

## IN CONTACT

Plaatsen van bijdragen in de rubriek 'In Contact' 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 wordt schrijvers verzocht zich in hun ingezonden brieven tot hoofdzaken te beperken.

## Weigeren van euthanasie

**O**NDER HET OPSCHRIFT 'Weigeren van euthanasie' is in MC nr. 40/1994, blz. 1240, een artikel gepubliceerd van G. van der Wal, G.H.A. Siemons en J. Verhoeff. Bij dit artikel zou ik de volgende kanttekeningen willen plaatsen:

1. "Een patiënt heeft in Nederland het recht zijn arts om euthanasie of hulp bij zelfdoding te verzoeken", schrijven de auteurs. Opvallend in deze zin is het gebruik van de term 'het recht'. Van een recht in de eigenlijke zin des woords kan alleen sprake zijn in zoverre er een plicht bestaat voor anderen om daaraan te beantwoorden. Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn strafbaar. Ik heb natuurlijk nooit het recht te vorderen dat een ander jegens mij een strafbaar feit begaat. De door Van der Wal c.s. gebezigde terminologie suggereert dus meer dan in werkelijkheid is. Zij hadden er dan ook goed aan gedaan die terminologie te vermijden.

2. De auteurs stellen, dat euthanasie en hulp bij zelfdoding 'geen normaal medisch handelen' opleveren. Dit roept de vraag op, of en in hoeverre er naast 'normaal medisch handelen' sprake kan zijn van abnormaal medisch handelen. Is het niet veeleer zo, dat al het handelen dat buiten het begrip 'normaal medisch handelen' valt per definitie niet als medisch handelen kan worden gekwalificeerd?

3. De auteurs stellen, dat er geen behoefte is aan 'euthanasiespecialisten'. Een dergelijk specialisme vinden zij bovendien schadelijk voor de persoon van de arts. Maar waarom kunnen er dan wel abortusartsen zijn?

's-Gravenhage, oktober 1994

dr Th.A.M. van der Horst, vice-voorzitter  
Juristenvereniging Pro Vita

## Naschrift

Mede namens de heren Siemons en Verhoeff wil ik, kort en puntsgewijs, reageren op de gemaakte kanttekeningen door de vice-voorzitter van de Juristenvereniging Pro Vita.

1. Het is onjuist te stellen, dat er van een 'recht' alleen sprake kan zijn wanneer een ander de plicht zou hebben daaraan te beantwoorden. Het recht van vrije meningsuiting is een mooi voorbeeld. Overigens:

vragen staat vrij. Het is ieders eigen verantwoordelijkheid te antwoorden zoals zijn geweten hem ingeeft. Wel hebben wij willen betogen, dat een 'botte afwijzing' op een vraag van een patiënt in strijd kan zijn met de zorgplicht van een arts.

2. Neen. Onder omstandigheden kan het handelen van een arts dat niet (geheel) overeenkomt met hetgeen in de samenleving of in de beroepsgroep gebruikelijk of algemeen aanvaard is, niettemin gelegitiemd zijn. Het blijft uiteraard medisch handelen.

3. Wij kennen in Nederland een Wet afbreking zwangerschap. Het is artsen toegestaan binnen de daar gestelde kaders medewerking te verlenen aan het ten uitvoer leggen van deze wet. Bovendien is euthanasie niet hetzelfde als abortus.

Haarlem, november 1994

dr G. van der Wal,  
geneeskundige inspecteur van  
de Volksgezondheid

Medische zorg voor  
verstandelijk gehandicapten

**M**ET VERBAZING LAS ik de inleiding van het artikel van Evenhuis c.s. in MC nr. 42/1994, blz. 1317. Deze bijdrage

beoogt de eigenheid van het vakgebied aan te geven van de arts die werkzaam is in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap (AVG). Maar een zesjarige artsopleiding, gevolgd door een vierjarige specialisatie, is verre van doelmatig wanneer het gaat om het behandelen van 'een kapot plekje' aan de voet of om het screenen op de visus. Relationale en communicatieve vaardigheden zijn niet specifiek des dokters, evenmin wondbehandeling of visusscreening. In de Verenigde Staten en in Engeland is dit de taak van de 'nurse-practitioner'.<sup>1</sup> Ook de Scandinavische landen kennen een vergelijkbare opzet die vooral in Noorwegen goed is uitgewerkt, zo leerde ik tijdens een conferentie in juni 1993 over de structuur van de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in die landen, waar ik als gast was uitgenodigd.

Dit neemt niet weg dat ik de impliciete strekking van het artikel deel, al wil ik daar wel wat kanttekeningen bij maken. De medische zorg voor verstandelijk gehandicapten is een specialistisch vakgebied met een wetenschappelijke, geen ambachtelijke basis. Het omvat kennis over etiologische diagnoses, over specifieke interventieprogramma's en haar evaluatie samen met andere disciplines, en over specifieke screenings- en secundaire preventieprogramma's ('healthwatch'). Vaardigheid in gespreksvoering en kennis van juridische

## Bij de voorplaat

## Jichtig lijden

*Na de titelprent van Nicolaas Heinsius 'Naukeurige verhandeling van het podagra en d'algemene jigt' uit 1698 (MC nr. 37/1994) behoeft het geschrift van Steven Blankaart dat in 1684 bij Jan ten Hooft te Amsterdam verscheen onder de titel 'Verhandeling van het podagra en vliegende jicht, waarin deszelfs ware oorzaak en zekere genezingen werden voorgesteld' om twee redenen weinig toelichting meer. Ten eerste kennen we de auteur reeds uit de beschrijving bij de titelprent van diens 'Nieuwlichtende praktijk' (MC nr. 33-34/1994), ten tweede vertoont de afbeelding die Heinsius aan zijn boekje toevoegde wel heel veel overeenkomsten met de onderhavige titelprent van Blankaarts boekje.*

*Bij Blankaart ligt het accent vooral op de behandelwijzen van podagra of jicht. Op de achtergrond verwijst de patiënt bij het haardvuur, gezeten in een heuse rolstoel (!) naar de aloude therapie met behulp van warmte. Rechts wordt het been van een patiënt die in een bedstee ligt door een chirurgijn verbonden met een pleis-*

*ter, dat kennelijk door de chirurgijns-knecht rechts vooraan is klaargemaakt. Een medicinae doctor of apotheker staat naast de bedstede en vult uit een flesje een lepel met een inwendig middel. Het interessantste tafereel is links vooraan te zien, waar een jichtlijder wordt behandeld met de moxa, een therapie die door Blankaart krachtig tegen de onderhavige kwaal werd aanbevolen, zoals reeds valt op de maken uit het vervolg van de titel van zijn boekje: 'Alsook een korte beschrijvinge van de krachten des melks ... Item de Chineese en Japanse wijze om door het branden van moxa en het steken van een gouden naald, alle ziekten en voornamelijk het podagra te genesen'. De kleding, het hoofddeksel en het baardje van de moxa-therapeut verwijzen duidelijk naar de cultuur van het Verre Oosten. Deze scène en de rolstoel geven deze titelprent een bijzondere plaats in de reeks zeventiende-eeuwse medische afbeeldingen. •*

prof.dr M.J. van Lieburg





en ethische zaken hoort tot de bagage van elke arts. De uitvoering van programma's kan vaak worden gedelegeerd of overgelaten aan huisartsen, maar de verdieping van het eigen vakgebied en de ontwikkeling van eerder genoemde programma's is een taak voor deze specialistengroep. Daarbij vervult een eigen opleiding een stimulerende rol. Het is misschien niet verwonderlijk dat de voorbeelden van specifieke kennis in het artikel van Evenhuis c.s. hun oorsprong vinden in scripties die zijn geschreven door deelnemers aan de SSG-opleiding, zoals over slaapstoornissen bij Prader-Willi (Helbing-Zwanenburg), visuscreeningstests (Verhoef) en 'healthwatch' bij het Fragile-X syndroom (Wassing).<sup>2</sup> Niet alleen de arts en zijn cliënt hebben voordeel van een opleiding, maar ook het vakgebied. Dit betekent, dat slechts een beperkt aantal artsen gespecialiseerd hoeft te zijn/te worden, maar zij zullen alleen tot die elite kunnen behoren wanneer zij een gedegen brede kennis bezitten over bovengenoemde facetten van het vakgebied. Per regio zouden één of twee specialisten beschikbaar moeten zijn voor het opstellen en evalueren van zorgplannen en voor consultverlening aan collega's, zorgverleners en aan ouders. Over de grootte van de regio's en de structurele vormgeving is het laatste woord nog niet gezegd. In 1986 schreven wij hier al over in Medisch Contact.<sup>3</sup> Innoverende zorginstellingen proberen nu al op deze markt vraag in te spelen. Tot slot vraag ik me nog af, of een professorale persoon bereid zal zijn een leeropdracht te aanvaarden die overeenstemt met de inhoud van de inleiding van Evenhuis en de zijnen.

Utrecht, oktober 1994  
*dr M.J.G. Cremers,*  
*sociaal-geneeskundige AGZ, hoofd*  
*opleiding AVG, Netherlands School of*  
*Public Health Utrecht*

#### Literatuur/Noten

1. Rubin LI, Crocker AC. Development Disabilities. Philadelphia: Lea & Febiger, 1989: 58.
2. Per 1 juli is de SSG gefuseerd met de Netherlands School of Public Health. Genoemde scripties zijn aldaar te bevragen. Binnenkort verschijnt een publikatie over het Fragile-X-syndroom van de hand van M. Wassing bij de NSPH.
3. Cremers MJG, Leliefeld HJ. De professionalisering van artsen werkzaam in de zwakzinnigenzorg. Medisch Contact 1986; 41: 1011-3.

#### Naschrift

Collega Cremers kiest voor een onmiskenbaar polariserende toonzetting van haar ingezonden brief naar aanleiding van ons

artikel 'Medische zorg voor verstandelijk gehandicapten', waarin expliciet het streven van de Nederlandse Vereniging van Artsen in de Zwakzinnigenzorg (NVAZ) naar erkenning als medisch specialisme aan de orde wordt gesteld, te zamen met de medisch-inhoudelijke argumenten die daarvoor bestaan. Dit wekt verbazing, omdat zij de door ons genoemde aspecten (onder ander levensloopgeneeskunde gerelateerd aan de etiologische diagnose, zintuigdiagnostiek, interdisciplinaire samenwerking, consultatieve taken) zelf ook als belangrijk onderschrijft.

Door ons is gewezen op de samenhang tussen het streven naar erkenning als medisch specialisme, de formulering van inhoudelijke opleidingseisen en de wenselijkheid deze opleiding binnen het universitaire bestel te verankeren. Dit doet niets af aan het belang van de door ons genoemde bij- en nascholingscursussen van de Erasmus Universiteit en de SSG. Als hoofd van de SSG-opleiding wekt collega Cremers in haar brief de indruk voornamelijk een oratio pro domo te houden.

Utrecht, oktober 1994  
*dr H.M. Evenhuis,*  
*R.A. van Beek,*  
*K. Cuperus-Sijthoff,*  
*C.H.A. van Schie,*  
*F. Schuckink Kool*

### Rinnooy Kan (1)

**M**ET GENOEGEN HEB ik kennis genomen van de interessante visie op de Nederlandse gezondheidszorg van de ondernemer Rinnooy Kan. Toch enkele kanttekeningen mijnerzijds.

Allereerst de vraagstelling of de patiënt, met de portemonnee in de hand, prioriteit wenst te geven aan het produkt gezondheidszorg. Volgens Rinnooy Kan niet, en hij baseert deze uitspraak op een Amerikaans onderzoek met een geraffineerde vraagstelling. Afgezien van het gegeven dat de Amerikaanse situatie nog niet de Nederlandse is, wijs ik erop dat in Nederland onderzoeksmateriaal voorhanden is. En hiermee doel ik op de periode '87-'88 met het door de patiënt toen zelf te betalen 'specialistengeeltje'. Mij is in de praktijk indertijd beslist niet gebleken - eigenlijk tot mijn verbazing - dat de patiënteninstroom verminderde. Dus mijn suggestie is: baseer een dergelijke conclusie niet op een buitenlandse enquête, maar doe eerst je research-huiswerk in eigen land. Misschien een idee voor de beleidsmakers

#### RECHTZETTING

In MC nr. 44/1994 van 4 november is in het fotobijschrift op pagina 1411 een storende fout geslopen. In dat bijschrift wordt prof. dr J.C. Birkenhäger als spreker tijdens een op 29 september in Rotterdam gehouden studenteninformatiemarkt opgevoerd. Prof. Birkenhäger was weliswaar als spreker aanwezig, maar is niet degene die op de foto wordt afgebeeld: dat is M-D. Levin, praeses MFVR.

een (onafhankelijk!) onderzoeksbureau de opdracht te geven dit eens uit te zoeken? Daarom hoop ik, samen met Rinnooy Kan, dat de overheid dit tijdschrift inderdaad goed leest.

In de paragraaf 'De specialist en 'Biesheuvel'' stelt Rinnooy Kan een vrijgevestigde-loondienstsituatie niet onredelijk te achten. Toch wil hij daarnaast de mogelijkheid van vrij ondernemerschap open laten. Deze optie zou door Rinnooy Kan zelfs zijn bepleit bij Biesheuvel. En Biesheuvel zou dit hebben gehonoreerd. Tot zover prachtig allemaal. Maar, wat heet honoreren? Betekent dit dat een vrij extramurale onderneming gerealiseerd moet worden op honorariumbasis (met steeds verder dalende tarieven) of wordt het reëel doorberekenen van gemaakte kosten ook toegestaan? Bij eerste kennismaking met 'Biesheuvel' mag worden gevreesd voor het verhaal van de visser die op jacht wordt gestuurd, maar dan zijn hengel wel thuis moet laten.

En tenslotte het punt van de marktwerking in de gezondheidszorg, die volgens Rinnooy Kan maar zeer beperkt een rol zou spelen. Toch verrassend deze visie, nog zo kort na 'Dekker'. En ook merkwaardig voor een ondernemer, omdat er natuurlijk wel een markt is in de gezondheidszorg, alleen niet de door politiek Den Haag bedoelde en gewenste markt. Ter vergelijking moge illustreren, dat de markt voor het produkt Rolls-Royce natuurlijk anders is dan die voor Lada, maar voor beide produkten bestaat er een markt. Overigens is er in dit verband al veelvuldig gewezen op de Engelse situatie met zijn twee markten, namelijk die van de 'National Health' en die van de private sector.

Mijn kanttekeningen samenvattende, komt het mij voor dat 'Biesheuvel' een riskant avontuur voor de Nederlandse gezondheidszorg zal worden. Immers, de 'efficiency' van het vrije beroep wordt stelselmatig onderschat. Bovendien wordt de vraag of het hoge niveau van zorg met zijn uitsteken-de toegankelijkheid niet juist het produkt is van een vrije-beroepssituatie, al helemaal niet gesteld. Naar mijn mening zal er, indien het vrije beroep in de gezondheidszorg wordt geëlimineerd, een gigantisch probleem ontstaan in de 'productiecapaciteit'



met voor de patiënt (lees: Nederlandse samenleving) alle nadelige gevolgen van dien.

Wel wordt voortdurend - vaak zonder bewijsvoering - gefulmineerd tegen vermeende nadelen van het vrije beroep. In de ijver hierbij komt men aan het 'count your blessings' duidelijk niet meer toe. En doen we ons daarmee met z'n allen eigenlijk niet geweldig te kort?

Oudemolen, oktober 1994

dr P.S.J.Z. Mulken, medisch specialist

### Rinnooy Kan (2)

**I**N MC NR. 42/1994, blz. 1311, blijkt dat de VNO-voorzitter deel uitmaakt van de groep Nederlanders die er alles aan doet het volk te doordringen van de idee dat de gezondheidszorg te veel geld kost en dat de Nederlander niet bereid is mee te betalen aan die te hoge kosten. Hij stelde, dat de uitgaven voor gezondheidszorg weer strenger moeten worden bewaakt. "We zitten nu op een percentage van ruim 10 - in 1993 was het nog 9,7 - en staan daarmee op de derde plaats in Europa." Nog maar krap een jaar geleden lazen we in MC nr. 40/1993, blz. 1223 in een commentaar van de hoofdredacteur op het rapport-Van der Zwan en Van Montfort 'Gezondheidszorg in tel', dat het percentage van het BNP voor gezondheidszorg in 1991 gelijk was aan dat in 1981, te weten 8,2%, terwijl de produktiviteit van de instellingen in diezelfde periode met 0,7% per jaar is toegenomen. Het kost gewoonlijk een jaar of twee voordat de cijfers met betrouwbare gegevens over een bepaald jaar voor den dag komen en het percentage van nu kan dus alleen maar nattevingerwerk zijn. Vergelijking met de uitgaven van andere landen is al helemaal wat een gek ervoor geeft, omdat de gezondheidszorgsystemen niet gelijk zijn en de verschillende nationale rekenmeesters verschillende soorten uitgaven onder gezondheidszorg boeken. Als men enigszins reële vergelijkingen wil trekken moet men beschikken over de brongetallen en dan nog blijft het grotendeels een kwestie van smaak.

De VNO-voorzitter probeert net als de opeenvolgende regeringen ons wijs te maken dat de uitgaven van de burgers aan gezondheidszorg een soort loonbelasting c.q. collectieve lasten zijn. In werkelijkheid

betaalt bijna iedere Nederlander gewoon verzekeringspremies (ook de fondsverzekerden) net als voor andere verzekeringen. Maar het is handig als de arbeider een lagere ziektekostenverzekering zou betalen, dan kan hij immers bescheidener zijn in zijn looneisen.

Verder zei Rinnooy Kan nog: "De burger voelt en zegt wel dat gezondheidszorg prioriteit heeft boven alle andere belangen, maar de feitelijke bereidheid om er daadwerkelijk meer geld aan te besteden is zeer beperkt", en hij verwijst dan naar een Amerikaans onderzoek ter zake. Zijn er dan geen Nederlandse opiniepeilingen op dit gebied? Jawel, in december 1993 maakte MarketResponse Amersfoort BV de resultaten bekend van een representatieve steekproef onder 755 Nederlanders. Daaruit bleek, dat men niet op de hoogte is van de werkelijke kosten van de gezondheidszorg. De bestedingen aan de gezondheidszorg werden gemiddeld geschat op 21% van de totale bestedingen (in werkelijkheid minder dan 10%). Meer dan 66% van de ondervraagden dacht dat het meer dan 10% was. Ook vergeleken met andere bestedingen, zoals onderwijs en defensie, werden de bestedingen aan gezondheidszorg stelselmatig overschat. Ook denken de meeste ondervraagden dat het aandeel van kosten van de gezondheidszorg in de afgelopen jaren alleen maar is gestegen, terwijl dat in werkelijkheid al geruime tijd constant is (zie boven). Hieruit blijkt, dat de indoctrinatie door de overheid en onze kritiekloze media ertoe heeft geleid dat de Nederlander geen flauw benul meer heeft van de werkelijkheid. En nog interessanter: ondanks het feit dat men de kosten overschat, vindt de helft van de ondervraagden dat er meer geld voor de gezondheidszorg moet komen, ook al zou dat hogere premies betekenen. Slechts 13% vindt dat de kosten omlaag moeten. En wat betreft de bereidheid voor anderen te betalen: slechts 1% vindt dat de huidige uitgaven aan de zwakzinnigheidszorg omlaag kunnen en 59% wil deze verhogen; 55% vindt dat de uitgaven voor verpleeghuizen verhoogd dienen te worden.

Deze peiling bevat nog veel meer interessante gegevens, die nodig ruimer bekend moeten worden, maar voor ons betoog is het genoeg dat zij feitelijke ondersteuning levert voor de suggestie van hoofdredacteur Spreeuwenberg in MC nr. 7/1994, blz. 215, dat de Nederlandse consument anno 1994 helemaal geen zin heeft terughoudendheid te betrachten bij zijn gebruik van de gezondheidszorg (noch bij dat van zijn buurman; vB). Het zou goed zijn als MC nog meer zou doen aan de publikatie van betrouwbare gegevens, want nog veel te veel artsen hechten geloof aan de getallen

van de overheid. En het is nodig, dat de KNMG degelijk onderzoek laat doen om de werkelijke uitgaven door de overheid boven tafel te krijgen en aan haar leden en het publiek bekend te maken.

Rotterdam, oktober 1994

D.W. van Bekkum

### Inkomensontwikkeling van Nederlandse huisartsen

**I**N MC NR. 41/1994, blz. 1287, verscheen een artikel over de inkomensontwikkeling van de Nederlandse huisartsen. Verklaring voor de inkomensderving is vooral het kleiner worden van de omvang van de praktijken.

Dit lijkt een goede verklaring, echter buiten beschouwing wordt gelaten of deze inkomensdaling ook gepaard is gegaan met een lastenverlichting voor de huisarts. Heeft de huisarts het navenant rustiger gekregen? Voor zover mij bekend niet. Levert de huisarts dan kwalitatief minder werk? Hopelijk niet.

Onze beroepsorganisaties hebben derhalve in mijn ogen de belangen van de huisarts niet goed vertegenwoordigd als het gaat om de inkomens. De arts levert kwalitatief goed werk gedurende een bepaald aantal uren. Als de werkdag niet korter is geworden in de loop der jaren, waarom moet dan het inkomen toch dalen?

Wilnis, oktober 1994

C. de Vries, huisarts

### Naschrift LHV

Als reactie op verschillende publikaties van de afgelopen tijd is al veel geschreven over de inkomensontwikkeling van huisartsen, ook in dit blad. In aanvulling daarop nog het volgende:

Gemiddeld zijn de huisartspraktijken in ons land inderdaad kleiner geworden. Voor een belangrijk deel heeft dit een vertaling gekregen in de tarieven. De eenvoudige koppeling tussen praktijkverkleining en inkomensderving, zoals die in sommige publikaties is gesuggereerd, is niet juist. Bij de vergoeding voor het huisartsenwerk geldt overigens als systematiek, dat de honorering voor de huisarts zelf is gekoppeld aan overheidsschalen. De LHV onderkent dat de werkdruk de afgelopen jaren is toegenomen, ondanks de praktijkverkleining. Er wordt gewerkt aan een nieuwe honoreringstructuur, waarin de bezwaren op dit gebied één van de elementen vormen die zijn meegenomen. Net als bij andere onderwerpen wordt het beleid van de LHV vastgesteld en getoetst door de Ledenvergadering. •

# Beschaafde zorg

**A**CHTER DE UITSPRAAK van Van Londen in Medisch Contact van twee weken geleden dat hij liever over *beschaafde zorg* dan over *noodzakelijke zorg* spreekt, heb ik een uitroep teken gezet.<sup>1</sup> Met deze uitspraak in het hoofd heb ik het artikel van Poeisz in dit nummer (zie p. 1493) gelezen. Poeisz heeft begin dit jaar de gevolgen van de maatschappelijke ontwikkeling voor de zorg verkend.<sup>2</sup> Hij constateert, dat er sprake is van een *trendbreuk* in de zekerheid die publieke regelingen bieden en in datgene wat wordt gerekend tot de eigen verantwoordelijkheid van mensen.

Ontegengesteld is er een klimaatverandering, waarin wordt geaccepteerd dat het inkomen van mensen daalt tot onder wat we tot voor kort - beschaafd! - als het noodzakelijk minimum zagen. Het voorstel van minister Melkert om werkgevers toe te staan mensen met een werkloosheidsuitkering tot maximaal 30% onder het wettelijk minimumloon te betalen, is hiervan een voorbeeld. Via steeds weer kleine stapjes, passen we onze normen over wat beschaafd is aan. Poeisz houdt er rekening mee dat dit proces nog een tijd doorgaat, zodat de verschillen in draagkracht en bestedingsmogelijkheid tussen de kansarmen en de kansrijken, tussen mensen met alleen een uitkering en mensen met een inkomen uit (voormalige) arbeid, zullen toenemen. Eerder heb ik me druk gemaakt over het gemak waarmee de overheid de als 'heilige huisjes' beschouwde onderdelen uit het 'contrat social' verwijderd en over het feit dat ze zich weinig zorgen lijkt te maken over de maatschappelijke effecten, zoals het vertrouwen van burgers in de overheid.<sup>3</sup>

"Begeeft u zich niet te veel op het gebied van de politiek? Wat heeft onze sector hiermee te maken?"<sup>4</sup> Vragen met deze strekking zijn me - ook in onze brievenrubriek - gesteld, toen ik me drie jaar geleden druk maakte om de WAO-maatregelen. Inmiddels blijkt, dat collegae genoodzaakt zijn mee te werken aan de uitvoering van een slechte en onrechtvaardige wetgeving waardoor mensen die objectief ziek of gehandicapt zijn, worden aangetast in de aanspraken waarop zij recht meenden te hebben. Sociale zekerheid is tot onzekerheid geworden en wij artsen hebben hier, als behandelaars en als uitvoerders van wetten, mee te maken. Terwijl op dit moment pas de WAO'ers uit de jongere leeftijdsgroep herkeurd zijn - en de financiële effecten van de WAO-maatregelen bij lange na niet zichtbaar

zijn - blijkt uit een onderzoek naar de financiële situatie van chronisch zieken dat naarmate de gezondheidstoestand slechter wordt, het verschil in inkomen ten opzichte van niet-chronisch zieken sterk toeneemt.<sup>5</sup> Het *inkomen* van chronisch zieken met verschillende beperkingen is f 400 tot f 600 lager dan dat van niet-chronisch zieken, terwijl het verschil voor een chronisch zieke zonder beperkingen 'slechts' f 70 tot f 140 bedraagt. Dit, terwijl de ziekte-gerelateerde uitgaven van chronisch zieken toenemen met de ernst van de ziekte-toestand. Hoe meer beperkingen of aandoeningen, en hoe slechter de ervaren gezondheidstoestand, hoe hoger de ziekte-gerelateerde uitgaven. Het *beschikbaar inkomen* van een chronisch zieke met meer dan vier beperkingen is gemiddeld f 800 lager dan dat van een niet-chronisch zieke, terwijl dit verschil voor een chronisch zieke met één aandoening 'slechts' f 90 be-

C. Spreeuwenberg

draagt. Als alle leeftijdsgroepen zijn herkeurd en de maatregelen op grond van de gedecentraliseerde Wet Voorzieningen Gehandicapten, op het gebied van wonen en in de vorm van eigen bijdragen en het eigen risico zijn ingevoerd, zal het verschil tussen niet en wel chronisch zieken nog verder zijn toegenomen. Voor chronisch zieken beperkt de trendbreuk zich niet tot hun beschikbaar inkomen. Die breuk zal ook zichtbaar worden in de medische voorzieningen. Poeisz voorziet een *tweedeling* in reguliere zorg voor kansarmen en kansrijken en private zorg voor de kansrijken. Reguliere zorg moet worden verstaan als: basisvoorziening nadat de convergentie is voltooid. Het pakket aan voorzieningen dat is opgenomen in de reguliere zorg wordt aanzienlijk uitgekleeft, aldus de prognose van Poeisz. Op het gebied van de 'cure' verwacht hij lange wachttijden voor behandelingen, het wegstrepen van psychosociale activiteiten die niet tot de kern van de medische activiteit worden gerekend, het beperken van tijdsintensieve begeleiding en de overdracht van langdurige zorg behoevende patiënten naar goedkope voorzieningen. Op het gebied van de 'care' noemt hij eveneens de toename van wachtlijsten en voorts het huisvesten van meer bewoners op één kamer, het vergroten van de grootte van groepen en het terugbrengen van de beschikbare middelen voor begeleiding van zorgintensieve patiënten en bewoners. Voor mensen die dat kunnen betalen zullen

verzekeraars en zorgverleners pakketten van een *zorg-plus*-kwaliteit aanbieden. Twee weken geleden discussieerden patiëntenorganisaties en politici over eigen betalingen voor chronisch zieken.<sup>6</sup> Al snel ging de discussie over een onderwerp dat niet binnen het thema paste: de tandheelkundige hulp. Deze uitstap maakte scherp zichtbaar, dat iedereen 'noodzakelijke' zorg vanuit zijn eigen optiek invult en dat er op dit punt voorlopig ook geen consensus valt te verwachten. De Nationale Commissie Chronische Zieken pleit voor een brede visie door de verschillende cumulerende regelingen in een alles omvattend kader te plaatsen. Tegelijkertijd betoont de NCCZ zich bezorgd over de politieke bereidheid om oplossingen te vinden. Wrang is, dat veel maatregelen worden gerechtvaardigd vanuit de gedachte dat werk goed is voor mensen en dat de economie verder moet worden gestimuleerd. Van Dam stelt de fundamentele vraag hoever 'men' wil gaan in het verslechteren van de levensomstandigheden van mensen *voor hun eigen bestwil*.<sup>7</sup> Het schrikbeeld van de deprivatie van grote delen van de bevolking dat opdoemt naar aanleiding van de ontwikkeling in de VS wordt te onzent al snel gebagatelliseerd: "Wij willen zo'n rauw Amerikaans model niet." "Dat klinkt geruststellend," gaat Van Dam voort, "maar ik zou toch graag willen weten waar het te rauw wordt." Is de eis van 'beschaafd' als leidraad voor zorg niet net zo broos als die van 'noodzakelijk'? Als de beschaving van onze samenleving de maat is voor gepaste zorg, dan kunnen uit de zorg die we de kansarmen uit onze samenleving garanderen, het niveau van onze beschaving afleiden. •

## Literatuur

1. Wildevuur S.E. Regeerakkoord als stimulans en uitdaging. Medisch Contact 1994; 49: 1451-3.
2. Poeisz JJ. Reguliere en private zorg. Utrecht: Nationaal Ziekenhuis Instituut, 1994.
3. Spreeuwenberg C. Met een zeker onbehagen. Medisch Contact 1994; 49: 1173.
4. Spreeuwenberg C. WAO: waar staan wij artsen? Medisch Contact 1991; 46: 935.
5. Agt HME, Stronks K, Mackenbach JP. De financiële situatie van chronisch zieken. Interimrapport van de Longitudinale Studie naar de financiële situatie van chronisch zieken. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg EUR, 1994.
6. NCCZ et al. Conferentiebundel politieke forum-bijeenkomst 'Eigen bijdragen en Cumulatie', 's Gravenhage 14 november 1994.
7. Dam M van. Het schrikbeeld van Melkert. De Volkskrant 17 november 1994.

## Verborgen krachten

**D**IT IS DE laatste column die ik als voorzitter van de LHV in dit blad schrijf. Met het naderen van de datum dat ik de voorzittershamer overdraag aan mijn opvolger, collega Jan Bergen, komen momenten waarop me wordt gevraagd terug te blikken op de afgelopen vier jaar.

Midden in een periode waarin de LHV druk in de weer is over de tarieven voor volgend jaar, dreigt het gevaar dat je dat onderwerp in je reflectie de nadruk geeft. Alsof het werk van de LHV zich bijna uitsluitend daarop heeft gericht. Niets is minder waar. Natuurlijk, zorgen voor een goed huisartsentariaf is een kernactiviteit voor de LHV. Maar gelukkig is het werkkterrein veel breder.

In enkele woorden geschetst, geeft de LHV richting aan de ontwikkeling van de huisarts van individuele beroepsbeoefenaar tot een persoon die met zijn collega's een professionele voorziening vormt. Een voorziening die de Nederlandse bevolking 24 uur per dag, zeven dagen in de week huisartsgeneeskundige hulp van goede kwaliteit garandeert. Daarmee krijgt ons vak een hechte verankering in een goede, doelmatige en effectieve gezondheidszorg. In deze zin is het feit dat dit jaar eerst in het rapport van de commissie-Biesheuvel en later in het Regeerakkoord en de Troonrede de waarde van de huisarts expliciet aan de orde is gesteld, voor mij een belangrijk en positief signaal uit de samenleving.

Ik ervaar dit niet alleen als een compliment voor onze bestuurders, maar uitdrukkelijk ook voor ons professioneel ondersteuningsapparaat op alle centrale en perifere niveaus. Maar het meest gaat mijn waardering uit naar al diegenen die zich belangeloos inzetten, bijvoorbeeld op het vlak van de onderhandelingen en het overleg met verzekeraars en in tal van andere situaties. Het zijn de verborgen krachten in de vereniging. En laat ik om al deze collega's als het ware in le-

*H. Knook*

vende lijve voor u neer te zetten, het eens hebben over deskundigheidsbevordering.

Ik schreef net over hulp van goede kwaliteit. Bij kwaliteit hoort nascholing. Enkele jaren geleden heeft de LHV een kwaliteitsbeleid ontwikkeld waarvan in de nabije toekomst verplichte nascholing en toetsing deel uitmaakt; de herregistratie wordt eraan gekoppeld. Met veel enthousiasme en een grote inzet is de beroepsgroep sindsdien aan het werk gegaan om die nascholing handen en voeten te geven. Honderden huisartsen zijn in lokale werkgroepen actief om ten behoeve van hun collega's bijeenkomsten en cursussen te organiseren. Op landelijk niveau zijn kaders ontwikkeld die op regionaal en lokaal niveau invulling krijgen.

De deskundigheidsbevordering loopt goed. Niettemin hoor je her en der discussies over de vraag of het niet nog beter zou kunnen en moeten. De maatschappelijke vraag naar continue verbe-

tering gaat niet aan onze deur voorbij. Deze maand werd in Rotterdam het eerste speciaal voor dat doel gebouwde nascholingscentrum voor huisartsen geopend. Een centrum waarop de beroepsgroep ter plaatse, die het initiatief hiertoe nam, trots kan zijn en waar ik haar van harte mee complimenteer. Het gaat niet alleen om een uniek gebouw met alle technische voorzieningen die moderne leermethoden vereisen, maar ook om de filosofie daarachter. Die luidt, dat na bijscholing net zo professioneel moet zijn als de hulpverlening van de beroepsgroep in de dagelijkse praktijk, in die bijna 5.000 praktijken overal in het land. Vorm en inhoud moeten de toets der kritiek glansrijk kunnen doorstaan. Ik ondersteun die filosofie graag.

De ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde binnen de gezondheidszorg als ijzersterke aanbieder voor patiënt, verzekeraar en overheid, zie ik als het belangrijkste resultaat van de afgelopen jaren. Het doet me veel deugd dat ik daar heel dicht bij betrokken mocht zijn. Ongetwijfeld ziet het landschap van de gezondheidszorg er weer heel anders uit tegen de tijd dat mijn opvolger zijn laatste column schrijft voor publikatie op deze plaats. De wereld is dynamisch, dat realiseert de LHV zich maar al te goed. U zult die dynamiek onder leiding van de nieuwe voorzitter in het beleid van de vereniging beslist terugvinden. •

*H. Knook, voorzitter LHV*



212de Algemene Vergadering der KNMG:

# Lidmaatschap KNMG van cruciaal belang voor alle artsen

Ans Ankoné

*Verplichte koppeling of ont koppeling van het lidmaatschap van de beroepsverenigingen aan dat van de KNMG? De 212de Algemene Vergadering der KNMG heeft over deze vraag nog geen principebesluit willen nemen. De Vergadering heeft het Hoofdbestuur verzocht de diverse aandachtspunten en suggesties die zij over deze materie heeft aangedragen in een nieuw voorstel te verwerken. Een boodschap was duidelijk: de KNMG is vanwege haar maatschappelijke functie voor alle artsen van belang.*

**D**E KNMG HEEFT, vier jaren na het invoeren van de federatiestructuur, een evaluerend voorstel aan de Algemene Vergadering voorgelegd inzake ont koppeling van verplichte lidmaatschappen. Dit voorstel is onder andere gebaseerd op een evaluatie die door de vakgroep Methoden van de Katholieke Universiteit Nijmegen is uitgevoerd, waarbij 22 personen, zowel artsen als andere belangrijke partners in de gezondheidszorg, naar hun mening is gevraagd. Het Hoofdbestuur had zich daaraan voorafgaande bezonnen over de koers die de KNMG in de toekomst zou moeten varen en over de concrete activiteiten die daarbij aansluiten.

Twee vraagstukken kwamen daarbij aan de orde: de verplichte horizontale koppeling tussen de lidmaatschappen van beroepsverenigingen en de verticale koppeling van die lidmaatschappen aan dat van de KNMG. Het Hoofdbestuur had de indruk dat men een verplicht lidmaatschap in deze tijd van individualisering niet meer gepast vond. Het zou de voorkeur verdienen indien artsen, daartoe aangetrokken door een gedegen en aantrekkelijk takenpakket, ook in relatie met de activiteiten van de beroepsverenigingen, vrijwillig voor verticale koppeling zouden kiezen. Bovendien heeft het Hoofdbestuur de indruk dat een aantal artsen zich alleen tot het lidmaatschap van de KNMG zou willen beperken, hetgeen nu niet mogelijk is. Die mogelijkheid wordt met name voor artsen die niet onder de kwalificaties vallen van een der beroepsverenigingen, node gemist.

Uit het onderzoek blijkt dat de KNMG haar takenpakket in het zicht van verdergaande individualisering, regionalisering en een beperkt budget enigszins zal moeten verschuiven om haar 'mission statement' te kunnen blijven vervullen. Bewaking van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en behartiging van de gemeenschappelijke belangen van de artsen zijn daarbij de belangrijkste doeleinden. Daarvan afgeleide (sub)doelen zijn het bevorderen van een doelmatig gezondheidszorgstelsel (samenwerking, beroepskrachtenplanning, wetgeving), het handhaven van normen en regels, wetgeving, ethiek, gedragsregels, interne rechtspraak), het bevorderen van kwaliteit (informatisering, formuleren medisch inhoudelijke standpunten, advisering), en het bevorderen van onderwijs en onderzoek.

Wil de KNMG zich voor deze taken kunnen inzetten en daarmee ook haar publieke functie kunnen legitimeren, dan dient zij een hoge graad van representativiteit te



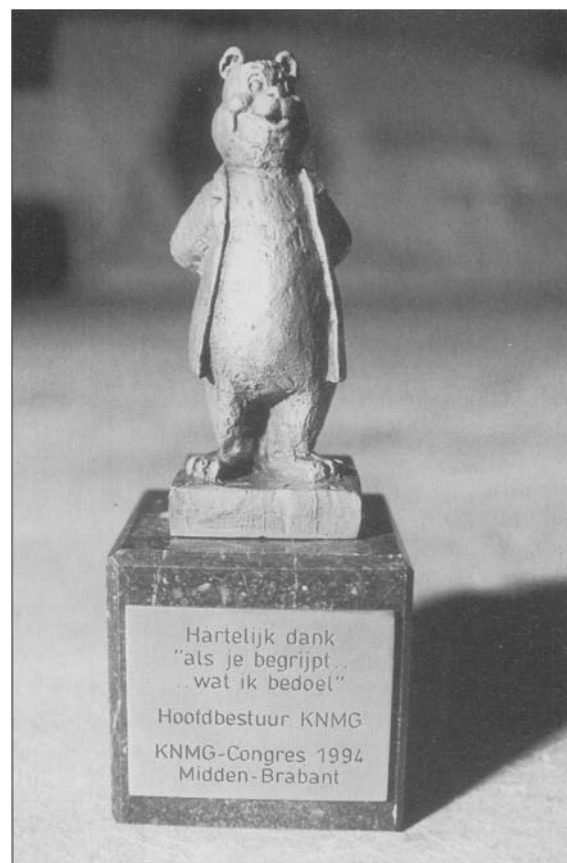
De onbegrepen taal van de andere sekse

hebben, zowel in het aantal leden als in het aantal disciplines dat zij vertegenwoordigt, concludeert het KNMG-Hoofdbestuur.

De zeer betrokken aanwezigen bleken daar niets op af te dingen. KNMG-voorzitter R. Levi, die zijn laatste Algemene Vergadering leidde, vroeg om richtinggevend advies, en die klonken overwegend positief voor de KNMG.

"Wat is nu de vraagstelling?", vroegen diverse afgevaardigden en afzonderlijke leden. "U geeft zelf aan dat wij een goede functie vervullen als koepel en dat wij die uitstekend kunnen gebruiken."

Ook werd gevraagd naar het takenpakket van de beroepsverenigingen en de kosten daarvan. Men wilde graag inzicht hebben in het totaalplaatje van taken en kosten van de federatie. Een LHV-afgevaardigde sprak zich voor zowel horizontale als verticale ont koppeling uit en bena-





W.H. Cense wordt door zijn echtgenote en KNMG-voorzitter R.H. Levi gefeliciteerd met zijn zojuist verworven erelidmaatschap van de KNMG

drukte dat eventuele ontkoppeling in ieder geval budgettair neutraal moest verlopen. Een LVSG-afgevaardigde was van mening dat horizontale en verticale ontkoppeling dermate verschillende consequenties hebben, dat hierover apart moet worden besloten; hij benadrukte dat de KNMG niet moet afwijken van haar statutair bepaalde doelstellingen.

Drie voormalige KNMG-voorzitters wezen verticale ontkoppeling met klem van de hand.

W. Cense, onder wiens voorzitterschap de KNMG een federatie werd, constateerde: "Er is zich hier een ramp aan het voltrekken. Met verticale ontkoppeling neemt u een enorm risico. Mensen kijken wellicht in hun portemonnaie, maar letten dan ten onrechte niet op de waarde van de KNMG, omdat het om een immateriële waarde gaat. Het koppelingsvraagstuk heeft ons al eerder beziggehouden. Individuele artsen, ook de verenigingen, kunnen niet zonder de KNMG. Zo ziet onze artsenorganisatie er gewoon uit. De continuïteit van de KNMG mag niet in gevaar komen." Dr M. van Leeuwen stelde vast, dat het voorstel van het Hoofdbestuur een compromisachtig karakter heeft en dat de meningsvorming in het Hoofdbestuur kennelijk nog onvoldoende was uitgekristalliseerd. "Verplichte horizontale koppeling is niet te handhaven. Verticale koppeling is daarentegen absoluut noodzakelijk. De verenigingen zouden zelfs van hun leden moeten eisen dat ze tevens KNMG-lid zijn. Er is ook geen nevenschikking tussen de KNMG en de verenigingen. De LAD bijvoorbeeld is geen beroepsvereniging. En stelt u zich eens voor dat bijvoorbeeld de LHV-voorzitter geen lid is van de KNMG, maar wel qualitate qua lid is van het KNMG-Hoofdbestuur."

Dr mr F.B.M. Sanders is van mening, dat de beroepsverenigingen in hun eigen belang zouden moeten kiezen voor ofwel een KNMG-lidmaatschap als zelfstandig rechtspersoon ofwel een KNMG-lidmaatschap voor hun individuele leden.

LHV-voorzitter Knook hield het Hoofdbestuur voor: "Mijn perceptie is, dat niemand in deze zaal wil dat de KNMG verdwijnt." Wel stelde hij, dat de LHV-leden zich hebben uitgesproken tegen een gedwongen keuze. LSV-voorzitter Palmen merkte op,



dat het wel lijkt of de verenigingen de KNMG zouden willen ondergraven: "Een LSV-lid dient ook KNMG-lid te zijn." LAD-voorzitter Tanke zei zich in het voorstel van het Hoofdbestuur goed te kunnen vinden: "De LAD wil een duidelijke samenhang tussen de beroepsverenigingen zien." LVSG-voorzitter Bouwman stelde dat de LVSG zich zonder de KNMG nauwelijks

een vereniging wil noemen en pleitte bovendien voor een goede toegang van de 'restgroep' tot de KNMG.

De Algemene Vergadering heeft met deze opmerkingen de volgende koers uitgezet: de horizontale koppeling zou kunnen vervallen, de beroepsverenigingen dienen lid te zijn van de KNMG, de 'restgroepen' dienen toegang te krijgen tot de KNMG en de KNMG moet als overkoepelende organisatie blijven bestaan. Het Hoofdbestuur zal aan de Algemene Vergadering van 12 maart aanstaande een aangepast voorstel voorleggen.

Tijdens een besloten gedeelte van de vergadering werd W.H. Cense, de langst fungerende KNMG-voorzitter, bij acclamatie benoemd tot erelid van de KNMG. Cense was de stuwende kracht achter de federatiestructuur van de KNMG, de kwaliteitsconferenties in Leidschendam en de nieuwbouw van de Domus Medica.

De nota "De KNMG: een blik in de toekomst", werd door secretaris-generaal Van Berkestijn toegelicht als zijnde een realistische visie, waarbij prioriteiten zijn gesteld die vervolgens zijn gerelateerd aan de financiële haalbaarheid ervan.

Enkele afgevaardigden stelden, dat deze toekomstvisie verplichte literatuur zou moeten zijn voor alle artsen en dat ook alle artsen verplicht zouden moeten bijdragen aan de financiering van activiteiten die hun uiteindelijk allen tot voordeel strekken. Gepleit werd verder voor meer bemoeie-

nis door de KNMG met de automatisering, het benaderen van patiëntenorganisaties als bondgenoot in het streven naar een kwalitatief goede zorg, en het aantrekken van deskundige - bij voorkeur vrijgestelde - professionals voor de steeds meer eisen-de bestuurstaken. Ondervoorzitter Lanphen stelde dat hiervoor echter weinig financiële ruimte is. Dat 1994 toch nog



met een positief saldo wordt afgesloten, is te danken aan meevallende opbrengsten van Medisch Contact en van de colleges en registratiecommissies. Om een tekort in 1995 te voorkomen zijn de contributiegelden verhoogd, is de ledenkorting voor (her)registratie afgeschaft en suppleert de KNMG het resterende tekort.

Alle jaarverslagen over 1993 en alle begrotingen voor 1995 zijn goedgekeurd. Per 31 december zullen mw M.H.D.J. Zwart-Van der Weerd, N.S. Klazinga en R. Levi uit het Hoofdbestuur treden. R.P.G. Hagenouw (sociaal-geneeskundige GGD te Heerlen), mw N.I. Regensburg (oogarts te Osch) en mw W. Steuteknuël (sociaal-geneeskundige GGD te 's Gravenhage) zijn gekozen tot lid van het Hoofdbestuur. F.N.M. Bierens is herbenoemd als voorzitter van het Bestuur van Medisch Contact.

om aangepaste communicatie", aldus de minister. "Uw geestelijke en menselijke bagage bepaalt de kwaliteit van de communicatie. Goede communicatie leidt tot zorg op maat en therapietrouw. De patiënt dient voldoende te worden geïnformeerd bij moeilijke afwegingen, niet bij alles, dat begrijpt u beter dan ik." Minister Borst drong aan op invoering van gesprekstechnieken bij de bijscholing en eerherstel van het meester-gezelsysteem, ook bij de specialisten. De dokter moet kijk- en luister-geld krijgen en communicatie moet worden geïncorporeerd in protocollen. "Wie geen aanleg heeft voor goede



*foto boven:*

*De voorzitter van de congrescommissie C.F.A. Heijen bedankt minister dr E. Borst-Eilers voor haar openingsspeech*



D. Maingay en K.W. de Jong zijn herbenoemd als lid van de Raad van Beroep. M.M. Veering is benoemd tot lid van de Commissie voor de Geldmiddelen.

### **KNMG-congres**

Het KNMG-congres, dit jaar onder de titel 'Als u begrijpt wat ik bedoel', trok zoveel leden (ruim 700) naar Tilburg, dat sommigen moesten worden teleurgesteld.

KNMG-lid minister Borst, die het congres opende, noemde de communicatieverschillen tussen mannelijke en vrouwelijke dokters jegens mannelijke en vrouwelijke patiënten een prima thema: "Daarmee toont de KNMG het menselijke gezicht van de geneeskunde en de geneeskunst. Directe communicatie zoals die vroeger in de meester-gezelverhouding bestond lijkt door de massaliteit van de collegezaal verloren te zijn gegaan. Sekseverschillen, zoals nu door onderzoek is aangetoond, culturele verschillen en vergrijzing vragen



communicatie moet geen praktizerend arts worden. Eigenlijk zou aanleg in de selectie een rol moeten spelen."

Niet alleen met name jonge artsen participeerden in het congres, maar ook hun partners. De workshops werden voortreffelijk

geleid. Het cabaret van plaatselijke artsen had professionele allure. De voorzitter van de congrescommissie, Arthur Heijen, kan er als een 'heer van stand' op terugzien. •

*foto's: An Stalpers, Fotografica Nijmegen*

KNMG-ondervoorzitter Lanphen:

# *“Kwaliteitsbewaking voor beroepsgroep van levensbelang”*

Ans Ankoné

*“Wij zijn ons langzaam aan gaan realiseren, dat wij het keuzevraagstuk in de zorg niet alleen aan de overheid mogen overlaten. De medische beroepsgroep moet haar verantwoordelijkheid nemen en bepalen wat noodzakelijke zorg is, wat minder noodzakelijk is en wat niet noodzakelijk is,” aldus de ondervoorzitter der KNMG, mw J.G.M. Lanphen. De KNMG is bezig een projectvoorstel te ontwikkelen waarmee het medisch zorgaanbod aan de hand van door artsen opgestelde criteria op noodzaak kan worden gewogen.*

**L**ANGE TIJD HEBBEN de artsen zich verzet tegen het maken van keuzen. “Wij stelden: wat wij doen is allemaal noodzakelijk en verantwoord. Keuzen maken is een oneigenlijke bezigheid voor artsen. Het is aan de overheid om te kiezen. In de achterliggende jaren leek het immers of alléén de gezondheidszorg voor keuzen werd gesteld. Momenteel moeten er echter meer dan ooit óók in andere sectoren, en bovendien strenger dan voorheen, prioriteiten worden gesteld. Het regeerakkoord is er duidelijk over. De KNMG en de beroepsverenigingen voelen zich nu meer aangesproken. Wij erkennen onze verantwoordelijkheid en zullen die ook nemen: wanneer er moet worden gekozen, moet dat gebeuren op medisch verantwoorde wijze. Wij zullen daarom met veel energie een volwassen discussie aangaan met de politiek, met de verzekeraars, met de patiënten en met de minister”, aldus KNMG-ondervoorzitter mw J.G.M. Lanphen.

## **Over groei en vooruitgang**

De artsen hebben de laatste jaren heel wat te verduren gehad. De druk die op hen wordt uitgeoefend heet ‘kostenbeheersing’ en gaat vaak gepaard met verwijten

*Dit is het achtste en voorlopig laatste interview in een reeks waarin diverse kopstukken die op enigerlei wijze invloed hebben op de gezondheidszorg, hun mening geven over de koers die in het regeerakkoord met deze sector wordt gevaren. Een interview met minister Borst, begin volgend jaar, zal de reeks afsluiten.*

goed worden verdeeld, wil er geen schaarste ontstaan waar dat niet hoort. Het probleem is echter dat die verdeling niet in de spreekkamer kan plaatsvinden; een drukke wachtkamer frustreert zelfs het besef dat vraag en aanbod misschien wel moeten worden gesaneerd.

De overheid heeft getracht in de keuzen te sturen door te budgetteren, tarieven te korten en adviescolleges als de commissie-Dunning in te schakelen. De keuze-problematiek blijkt echter even evident moeilijk oplosbaar, met name omdat er zoveel conflicterende belangen in het geding zijn. En wanneer koepels, directer betrokken bij het landelijk beleid, uiteindelijk overtuigd zijn dat keuzen onvermijdelijk zijn, moet deze boodschap nog eens


*“Wij zullen met veel energie een volwassen discussie over noodzakelijke zorg aangaan”*

van diverse zijde dat artsen te kwistig zouden omspringen met diagnostiek en behandeling.

Wat eerst werd geprezen wordt nu verguisd. Lanphen: “Wij hebben in een deel van de maatschappij verkeerd waar zich zeer lange tijd, naast veel groei in de vraag, een enorme innovatie in medische mogelijkheden voordeed, die op zich weer een groei in de vraag veroorzaakten. De medische kennis verdubbelde ongeveer in zeven jaar tijd.”

De rekening van die vooruitgang wordt nu gepresenteerd. De kosten worden als een sociaal-economisch probleem gezien. De relatieve luxe van de vooruitgang moet nu

aan de achterban worden gesleten. De periode tussen motivatie en acceptatie kan lang duren.

Lanphen: “De KNMG heeft in de afgelopen jaren naar aanleiding van de diverse adviezen en rapporten haar gedachten goed hierover gevormd en deels reeds neergelegd in eigen rapporten als ‘Duurzaam zorgbestel’. Vervolgens is de mening gepeild van leden en niet-leden in de ‘Keuzen in de zorg’-conferenties en onlangs in de ‘Doelenconferenties’. We hebben een basis van acceptatie van de beroepsgroep nodig. Want als we alleen als bestuur van gedachten wisselen en daar komt een mooi voorstel uit, maar de le- 

den denken: "Ze lijken wel niet goed wijs", dan bereiken we niets. Aan de hand van die opinies trachten wij een projectvoorstel te schrijven. Met dit project trachten wij uitgangspunten formuleren ter definiëring van noodzakelijke, minder noodzakelijke en niet noodzakelijke zorg. Het is de bedoeling daaraan alle verrichtingen en behandelingen te kunnen toetsen. De KNMG zal dat projectvoorstel binnenkort aan minister Borst voorleggen en we zullen trachten medefinanciers te vinden

is soms een heel gezonde bezigheid: af en toe heb je een virusje nodig om weer eens te kunnen uitrusten, om vervolgens weer verder te kunnen gaan. Maar gezondheid is niet te koop. Die illusie moeten wij de mensen ontnemen. Artsen moeten ook eerlijk kunnen toegeven dat veel ziekten nog altijd niet te genezen zijn." Lanphen, zelf huisarts, vindt *protocolleering*, waarvoor de huisartsen zich zo hebben ingezet, mits wijd verspreid en steeds geactualiseerd, een belangrijk instrument

ciële bureautjes, bemand door basisartsen die, meer in hun eigen belang dan in dat van de patiënt, deze diensten aanbieden. Dat ontmoedigingsbeleid kan meer kracht worden bijgezet als artsen in de toekomst gebruik kunnen maken van medische databanken waardoor zij zich sneller kunnen informeren over de laatste stand van de wetenschap."

### Kwaliteitsbeleid

Zelfregulering zoals het de artsen is toevertrouwd, wordt onder andere gelegitimeerd door een aantoonbaar en toetsbaar kwaliteitsbeleid te voeren. Efficiency van medisch handelen is daarbij, ook in het Platform-overleg over het advies-Biesheuvel, een belangrijk onderwerp. Kwaliteitsbeleid is voor de KNMG echter niet rechtstreeks afdwingbaar.

"Kwaliteit van de zorg en van de opleiding hebben voor de KNMG een hoge prioriteit. Het is, denk ik, ook voor de artsen zelf van levensbelang. De KNMG kan en wil zoiets echter niet afdwingen. Wij zijn van mening dat, wanneer kwaliteitsbeleid op basis van consensus tot stand komt, het effect ervan positiever zal zijn. Door mid-

## *"Gezondheid is niet te koop. Die illusie moeten we de mensen ontnemen"*

voor de uitvoering ervan. Dat is de *eerste exercitie*.

"De *tweede exercitie* is de toetsing op financierbaarheid. Wat moet collectief worden gefinancierd en wat aanvullend of verplicht worden verzekerd, en wat leent zich voor oplossingen in de eigen-risico- of kostensfeer? Uiteraard moet die schifting samen met de overheid, de verzekeraars en de patiënten geschieden."

Lanphen verwacht dat de stelselwijziging, zoals de nieuwe regering die nu in de vorm van een drietrapsraket wil doorvoeren, wederom de nodige tijd zal vergen. "Het is een belangrijk proces waar de beroepsgroep mede sturing aan moet geven."

### Angstinductie en -reductie

Zetten de voorgaande kabinetten vooral in op afslanking van de aanbodcapaciteit, de huidige regering probeert door afbakening van de zorgpakketten de vraag te kanaliseren. Of dat lukt?

Lanphen constateert enkele hiermee tegenstrijdige trends aan de vraagkant, die bovendien mogelijk de ethiek van de medische beroepsuitoefening in gevaar brengen.

"De media en bij tijd en wijle zelfs de verzekeraars veroorzaken met hun tindingen

voor de beroepsgroep om één lijn te kunnen trekken bij het afwijzen van overbodige vraag. Een 'second opinion', zoals verzekeraars die aangestuurd door concurrentie in polissen aanbieden, zou, wanneer de richtlijnen voor behandeling in alle disciplines duidelijk zijn ingevoerd, als zo'n overbodige zorgvraag kunnen worden beschouwd. "Ik hoor wel eens van patiënten

## *"Second opinions zijn fnuikend voor de arts-patiëntrelatie"*

dat de collega huisarts of specialist die om een 'second opinion' werd gevraagd, zei: "Doet hij of zij dat nog steeds zo? Dat deed ik vijf jaar geleden nog wel, maar tegenwoordig hebben we veel betere methoden." Dat is fnuikend voor de arts-patiëntrelatie. Het werkt inefficiency in de hand. En sommige artsen zullen overspannen raken omdat er eigenlijk geen tijd meer is voor 'second opinions'. De KNMG moet mede streven naar een toekomst waarin de hele beroepsgroep per discipline ongeveer even goed is, zodat je de patiënt overtuigd kunt zeggen: "Gagerust naar die andere specialist, hij of zij zal u waarschijnlijk

del van de beroepsverenigingen tracht de KNMG de wetenschappelijke verenigingen te inspireren en te motiveren tot een *disciplinegebonden* kwaliteitsbeleid. Bovendien houdt de KNMG colleges en (her)registratiecommissies in stand, waarin de universiteiten en de wetenschappelijke verenigingen participeren, die een behoorlijk zware taak hebben bij de kwaliteitsbewaking.

Lanphen vervolgt: "Je zou op basis van toetsing op inhoudelijke criteria of door visitatie het herregistratiesysteem nog enigszins kunnen aanscherpen. Het meest ideale zou dan zijn: een instrument waarmee de uitkomst van het medisch handelen kan worden gemeten. Dat blijkt een zeer ingewikkelde materie te zijn. Zover is het dus nog lang niet. We moeten eerst trachten via kwaliteitsbevorderende activiteiten een bepaald niveau te garanderen.

"Wat onze andere taak betreft, de capaciteitsbewaking en -bepaling: wij hebben de overheid laten weten dat naar onze inschatting welhaast 2.000 medisch studenten jaarlijks zouden moeten instromen, willen we begin volgende eeuw niet met flinke tekorten worden geconfronteerd. Het is waar, kort geleden waren er nog 2.000 artsen te veel, maar het tij keert snel. De numerus fixus is weliswaar dit ■

## *"Kwaliteitsbeleid is niet afdwingbaar, dat komt tot stand op basis van consensus"*

over rampzalige ziekten onnodige angst bij de mensen. En vervolgens bieden de verzekeraars geweldige pakketten aan om die angst te reduceren. Dat is één van de mechanismen achter de explosie van de zorgvraag. Ziek zijn, ouder worden, doodgaan, het lijkt niet meer bij het leven te mogen horen. Het leven is echter risicovol en ziek zijn, het klinkt misschien gek,

lijkt het zelfde aanraden en u precies zo behandelen als ik."

Hoewel Lanphen een voorstandster is van vrije artsenkeuze, bepleit zij in dit opzicht een zeker ontmoedigingsbeleid: "Als de vraag naar een 'second opinion' te sterk toeneemt, voorzie ik namelijk een nog groter tekort aan artsen dan nu reeds wordt voorspeld. Of er komen commer-





mw J.G.M. Lanphen

Foto: Jan Lankveld

jaar opgetrokken, maar in feite zijn we weer te laat begonnen met vergroting van de instroom. Dit te verwachten tekort dwingt ons des te meer tot efficiency."

In het Platform werd besloten dat, voor zover het de intramurale capaciteit van beroepsbeoefenaren betreft, deze in tripartiet overleg tussen artsen, ziekenhuizen en verzekeraars zal worden vastgesteld en uit een apart fonds zal worden gefinancierd.

### Het lastige FOZ

Lanphen, die zich kandidaat heeft gesteld om met ingang van volgend jaar KNMG-voorzitter R. Levi op te volgen, kondigt aan, naast de kwaliteit van het medisch

handelen met name het maatschappelijk aanzien van de arts en de status van het vak te zullen bewaken, "niet alleen voor de beroepsgroep, maar ook voor de hele samenleving. Ik hoop dat ook de andere partijen beseffen dat de gezondheidszorg een grote maatschappelijke waarde heeft. Daar kun je niet zo maar her en der een streep door zetten, of een heel stuk van af snijden, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit. Vandaar ook onze frequente kritiek op de manier waarop met het FOZ wordt omgegaan. Het wordt door de overheid namelijk niet gebruikt als financieel overzicht, maar om haar financiële taakstelling te halen, zonder dat het recht doet aan de feitelijke zorgvraag van

de burgers en de inzet van de hulpverleners."

De NRV-voorstellen voor een JOZ of een TOZ - een 'Jaaroverzicht Zorg' respectievelijk 'Tweejarig Overzicht Zorg' - waarin de samenhang tussen de financiële gegevens en de meer zorginhoudelijke gegevens in overleg zouden worden geschetst, zijn volgens Lanphen veel fraaier: "Dat de overheid daar zo negatief op heeft gereageerd, wordt vooral ingegeven door haar angst de grip op de kosten te verliezen. De overheid vertrouwt er kennelijk niet op dat ook wij, aanbieders, verzekeraars en patiënten, onszelf randvoorwaarden en uitgangspunten vooraf zouden willen opleggen, zoals we voorstelden. Momenteel komt het FOZ, als een taakstellend macrobudget zonder inhoudelijke discussie, gewoon over ons heen, en het eerste dat dan gebeurt is: stijgen. We hopen tot een inhoudelijk betere discussie aan te sporen door ons als volwaardige gesprekspartner te bewijzen. Wat me van het hart moet is, dat door de kostenbeheersing in de laatste decennia de overheid een soort 'tegenstandersgevoel' jegens de artsen heeft opgevoerd, dat zelfs naar de burgers is doorgesmeekt. De patiënt is niet altijd meer overtuigd van de oprechtheid en de goede bedoelingen van een arts. Wil de overheid dus de vraag beperken, dan moet de maatschappij nadrukkelijk bij de discussie over noodzakelijke zorg worden betrokken. Je moet in de spreekkamer wel dezelfde taal kunnen spreken. Als de potentiële patiënt die gedachtengang niet met ons mee maakt, zal hij zich tegen de artsen keren; hij zal zich in de steek gelaten voelen, hij zal denken dat we niet willen helpen. Dat neemt niet weg dat wij wel lering moeten trekken uit de indirecte kritiek die de patiënten ons laten weten, bijvoorbeeld door het toenemende beroep dat zij doen op alternatieve genezers en therapeuten. Hun kritiek luidt eigenlijk: u heeft niet voldoende interesse, te weinig aandacht en te veel techniek. De kracht van de arts-patiëntrelatie ligt vooral in het helend vermogen van de arts. 'Aandacht' is het toverwoord. Niet dat elke patiënt een half uur aandacht nodig heeft, maar patiënten moeten wel met een gevoel naar buiten lopen dat ze gehoord zijn, dat er zorgvuldig met hen is omgegaan. Op het moment dat we daar geen tijd meer voor hebben, is dat de ondergang van onze kwaliteit. Dit is niet zomaar een beroep. Voor dit beroep heb je drijfkracht en 'hartstikke' veel inspiratie nodig, want je wordt elke dag wel een keer flink gefrustreerd in je goede bedoelingen." •

# Private zorg in maatschappelijk perspectief

De tijd is rijp

J.J. Poiesz

**Er is een omslag waar te nemen in het beleid ten aanzien van het zeker stellen van ieders welzijn en het scheppen van condities voor maatschappelijke participatie. De tijd is rijp dat er, naast zorg op reguliere basis, zorg op private basis wordt verleend.**

**N**AAR VERWACHTING zullen de zorgvragers in de komende jaren meer ruimte krijgen om de zorg overeenkomstig hun eigen belangen en verwachtingen met private middelen te organiseren. Dit impliceert, dat de kern van de reguliere zorg weliswaar voor een ieder vrij toegankelijk blijft, maar de mantel eromheen alleen voor degenen die deze kunnen en willen betalen. Deze ontwikkeling vloeit voort uit de gewijzigde visie op de rol van de overheid bij het zeker stellen van ieders welzijn. Volgens deze nieuwe visie moet die rol worden beperkt en moeten meer zaken worden overgelaten aan de eigen verantwoordelijkheid. Zo worden er maatregelen genomen om de burger in staat te stellen gebruik te maken van maatschappelijke voorzieningen in het algemeen en zorgvoorzieningen in het bijzonder.

## Omslag

Sociale zekerheid heeft tot doel, zo staat in de 'Nota Sociaal Beleid 1994',<sup>1</sup> mensen te beschermen die buiten hun schuld tijdelijk of blijvend zonder inkomen zijn; hun wordt de mogelijkheid geboden in hun primaire levensbehoeften te blijven voorzien. In het beleid ten aanzien van de sociale zekerheid is in de achterliggende jaren evenwel een omslag opgetreden. Eerst gold het beginsel dat voor uitkeringen uit publieke regelingen maatschappelijke gelijkheid richtinggevend moest zijn. Door middel van verzekeringen en subsidies werd getracht voor iedereen die zonder werk was komen te zitten of arbeidsongeschikt was geworden een in verhouding ruime levensstandaard te rea-

liseren. Verschillen in levensstandaard tussen de actieven en de niet-actieven moesten zo klein mogelijk zijn. Dit werd gerealiseerd door een veelheid van regelingen: WAO, AOW, AAW, WVG, WW, ZW, Bijstand, huursubsidies en dergelijke.

Na de omslag komt een ander beginsel naar voren. Actieve participatie aan het arbeidsproces staat voorop: "Werk gaat vóór uitkering." In zekere zin is er nu sprake van 'het primaat van de arbeid'. Het gaat erom een balans te vinden tussen enerzijds uitkeringen en anderzijds stimulansen om weer aan het werk te gaan. Uitkeringen moeten niet zo gemakkelijk worden gegeven en moeten niet zo hoog zijn dat die stimulans verdwijnt. Van de premiedruk op lonen en inkomen zou ook een stagnerende invloed uitgaan op de noodzakelijk geachte economische bedrijvigheid en groei van de werkgelegenheid.

Deze verandering van beleidsklimaat kan ertoe leiden dat de maatschappelijke verschillen tussen mensen die zijn aangewezen op (minimum)uitkeringen en mensen met een zelfstandig verworven inkomen uit arbeid, worden aangescherpt.

## Maatregelen

De omslag in het beleid komt tot uiting in een groot aantal reeds genomen of te nemen maatregelen. Deze maatregelen bestrijken de WAO, ZW, WW, AOW, subsidieregelingen en de Bijstandswet. Hier volgt een beknopt overzicht.

De nieuw gekozen richting in het beleid ten aanzien van de WAO, ZW en WW heeft reeds geresulteerd in een reeks maatregelen die de hoogte van de uitkeringen beperkt en de criteria voor de toekenning ervan strikter maakt. Voorbeelden hiervan zijn de beperking van de reikwijdte van de WAO; de ontkoppeling van de lonen en de uitkeringen, waardoor de uitkeringen niet meer de prijsindex volgen; de verhoging van het arbeidskostenforfait, en de verbeteringen van premiespaarloonregelingen. Het geheel van deze maatregelen leidt ertoe dat de verschillen in draagkracht tussen mensen die op sociale zekerheidsregelingen zijn

aangewezen en mensen met inkomen uit arbeid, groter worden.

Het beleid ten aanzien van de AOW wordt mede ingekleurd door het rapport 'Ouderen voor ouderen van de WRR',<sup>3</sup> dat een toekomst schetst waarin de ouderenvoorzieningen onder druk komen te staan. Dit impliceert, dat de AOW de algemene welvaartsontwikkeling niet zal volgen en dat de verschillen tussen mensen met alleen AOW en mensen met een zelf opgebouwd pensioen groter worden. De overheid wil die druk echter niet opvangen door de werkenden hogere premies te laten betalen. De lasten worden eerder bij de ouderen met een eigen pensioen gelegd. Dit heet 'ouderen voor ouderen'. Het zou de toenemende verschillen binnen de categorie van ouderen kunnen verzwakken. Een andere reeks maatregelen is het schrappen in een aantal subsidies. Bijvoorbeeld in de huursubsidieregeling, die nu in onvoldoende mate huurverhogingen volgt, en in de WVG, die in de nieuwe uitvoering gehandicapten minder subsidie-mogelijkheden verschaft voor woning-aanpassing, rolstoelen en vervoer. Het nieuwe beleid brengt verder mee, dat meer mensen eerder dan vroeger op de minimumuitkeringen van de Bijstandswet zijn aangewezen. Maar ook die uitkeringen staan onder druk en het beroep dat op die bijstand kan worden gedaan, wordt aan scherpere criteria gebonden.

## Maatschappelijke verschillen

Het geschetste sociale en economische beleid van de overheid kan ertoe leiden dat er meer mensen komen met een uitkering op minimumniveau. In het algemeen zal de bestedingsruimte van deze groeiende categorie achterblijven bij die van degenen die deelnemen aan het arbeidsproces. Dat wordt nog versterkt door maatregelen als hogere nominale gemeentelijke en provinciale heffingen, die het zwaarst drukken op de mensen met alleen uitkeringen.

De verschillen tussen de 'kansarmen' en de 'kansrijken' nemen toe. Onder kansarmen verstaat men mensen met weinig maatschappelijke armslagen perspectief; zij zijn vooral afhankelijk van publieke

regelingen die voorzieningen voor wonen, welzijn en zorg voor hen bereikbaar maken. Onder hen bevinden zich veel chronisch zieken, mensen met psychische problemen en gehandicapten, evenals de in omvang toenemende randgroeperingen van jongere en oudere thuis- en daklozen. De afhankelijkheid van deze kansarmen van publieke regelingen impliceert dat zij ook in de toekomst in overwegende mate zijn aangewezen op het sociale beleid van overheid en parlement.

Met kansrijken bedoelt men vooral de werkenden, met de nadruk op het eigen initiatief voor het opbouwen van een zelfstandig economisch bestaan. Daartoe

naar zowel lichtere als intensievere zorgvormen, noch met kwaliteitsverbeteringen in de aan te bieden zorg. Dit heeft tot gevolg: lange wachttijden voor behandelingen, het wegstrepen van psychosociale activiteiten, beperking van persoonlijke begeleiding, onvoldoende privacy voor bewoners (géén eenpersoonskamers), stagnatie in de verkleining van groepen, het uitblijven van middelen voor de begeleiding van zorgintensieve patiënten of bewoners, het buiten het pakket brengen of houden van persoonlijke verzorging, maar ook van vormen van service zoals telefoon en TV. Het zal steeds moeilijker worden de reguliere zorg op een zo hoog

*Zorg-plus* is de zorg die in het verplicht verzekerde pakket is opgenomen, maar die in een kwalitatief betere variant wordt aangeboden. Deze zorg wordt voor een omschreven deel bekostigd uit de reguliere verzekeringen en voor het plus-deel uit de eigen middelen van de zorgvrager. *Zorg-plus* sluit aan op de voorkeuren van mensen die een bepaalde zorg wensen en deze kunnen betalen. In principe zijn dat eerder mensen met een inkomen uit arbeid of pensioen dan mensen die moeten rondkomen van een minimumuitkering.

*Zorg-plus* heeft vooral ontwikkelingsmogelijkheden bij een stagnerend kwaliteitsniveau van de reguliere zorg. Het gaat dan om dienstverlening, zoals persoonlijke verzorging, hotelierie, telefoon en behandeling zonder wachttijden voor specifieke categorieën zorgvragers. Bedrijven kunnen hiervoor voor hun werknemers contracten met ziekenhuizen, RIAGG's of privé-klinieken afsluiten of een bedrijfs-polikliniek inrichten. Hiermee krijgt het eerder gesignaleerde primaat van de arbeid een extra accent.<sup>4</sup> In de sector 'verzorging en verpleging' doet *zorg-plus* zich voor in verzorgingshuizen die mogelijkheden voor zorgpakketten naar eigen keuze bieden. Voorts in verpleeghuizen, waar een tendens bestaat in te spelen op de voorkeur van ouderen voor een hoger service-niveau en een ruimere woonomgeving met meer privacy. *Zorg-plus* voor mensen met een verstandelijke handicap kan bestaan uit het voor eigen rekening nemen van de wooncomponent door de familie.

*Private zorg* behelst zorg die geheel uit eigen middelen wordt betaald. Hiertoe behoort de zorg die in het geheel niet in het verplichte pakket voorkomt en/of die geheel voor eigen rekening komt. Hiervan zal alleen door mensen met een hoger inkomen gebruik worden gemaakt of door mensen die daarvoor aanvullend verzekerd zijn. Deze zorg kan daarmee een meer exclusief karakter krijgen.

### Verlies aan solidariteit?

De hier geschetste ontwikkeling wordt begeleid door een discussie over een komende tweedeling in de zorg. Tweedeling in de zorg wil zeggen: een reguliere, in verhouding schralere zorg voor iedereen, en een private, in verhouding betere zorg voor welgestelden. Zo gesteld, sluit dit niet aan bij de huidige ontwikkelingen: de kern daarvan is dat de reguliere zorg voor ieder bereikbaar blijft en er ruimere mogelijkheden komen voor met name *zorg-plus*, die aansluit op meer persoonlijke wensen van de zorgvragers. De vraag is meer of de *zorgcomponenten* waar het om gaat maatschappelijk ge-

## De verschillen tussen kansarmen en kansrijken (lees: werkenden) nemen toe

worden zoveel mogelijk prikkels gegeven in de vorm van ruimere bestedingsmogelijkheden bij deelneming aan het arbeidsproces. Dit beleid waardeert en ondersteunt eigen verantwoordelijkheid, privé-initiatief en het benutten van kansen als zijnde positieve eigenschappen voor te verwerven welvaart.

### Zorgpakket

Vrijwel de gehele zorg die nu wordt aangeboden, is in principe nog steeds voor iedereen, minder of meer verdienend, werkend of niet-werkend, in dezelfde mate toegankelijk. Ook de kwaliteit van de aangeboden zorg is in principe voor iedereen gelijk. In de komende jaren kan daarin geleidelijk aan verandering komen.

Een eerste punt is, dat de overheid een beperking heeft ingezet van de tot het reguliere pakket behorende zorg. 'Luxe' zorg, zoals cosmetische chirurgie en 'alternatieve' geneesmiddelen, is al buiten het pakket geraakt. Andere zorgonderdelen zullen volgen; op dit moment lijken tandheelkundige zorg en fysiotherapie het eerst in aanmerking te komen. Wat de acute medische zorg betreft moet de 'trechter van Dunning' gaan uitmaken welke behandelingen of technieken buiten het pakket komen te vallen. In geval van langdurige begeleiding, verzorging en verpleging is het de intentie onder andere de wooncomponent buiten het reguliere pakket te plaatsen.

Een tweede punt betreft het kwaliteitsniveau van de wettelijk verzekerde zorg of reguliere zorg, dat wordt beïnvloed door het beleid van de overheid ten aanzien van de budgets van de zorginstellingen. Uit het nu gevoerde beleid valt af te leiden dat de budgets naar alle waarschijnlijkheid in de komende jaren niet volledig zullen meegroeien, noch met de toenemende vraag

kwalitatief niveau te handhaven of te brengen dat aan ieders wensen tegemoet kan worden gekomen.

De keerzijde van de beperking van het binnen de verplichte verzekering vallende pakket van zorg, is de grotere ruimte die er komt voor het verlenen van uit private middelen bekostigde zorg. Eigen middelen zijn de privé-betalingen van zorgvragers, uitkeringen uit aanvullende verzekeringen, betalingen door derden (zoals een bedrijf, een solidariteitsactie of een belangengroep). Deze zorg wordt verleend overeenkomstig ieders wensen en verwachtingen en zij is alleen toegankelijk voor degenen die deze zorg willen en kunnen betalen.

### Varianten van zorg

In de praktijk kan het bovenstaande ertoe leiden dat de zorg in een drietal varianten wordt aangeboden, namelijk als geheel reguliere zorg, als *zorg-plus* en als geheel private zorg. Ieder van deze varianten heeft zo haar eigen kenmerken.

*Reguliere zorg* is de zorg die uit de verplichte zorgverzekering wordt bekostigd. Op deze zorg zijn wettelijke regels en richtlijnen onder andere ten aanzien van de bekostiging van toepassing. Onder deze zorg vallen: de verzekerde zorg krachtens de AWBZ, het basispakket van de Ziekenfondswet, maar ook het hiermee vergelijkbare basispakket van de particuliere verzekeringen. Voor deze zorg doet het er niet toe of iemand werkt of niet werkt, meer of minder verdient, jong of oud is. Richtsnoer is 'gelijke monniken, gelijke kappen'. Deze zorg strekt zich mede uit over randgroeperingen binnen de samenleving, zoals thuis- en daklozen die om een of andere reden buiten de verzekeringen vallen; de reguliere zorg is voor deze categorie een toevluchtsoord.



zien als aanvaardbaar geduid worden. Daarin kunnen tevens belangen van zorgvragers of maatschappelijke groeperingen een rol spelen. Bijvoorbeeld het belang dat werkenden (en werkgevers!) erbij hebben om bij ziekte niet met onnodig lange wachttijden te maken te krijgen; het belang van ouderen bij het behoud van een goede woon- en leefomgeving, ook wanneer zij ziek en hulpbehoevend worden; en het belang van ouders van verstandelijk gehandicapten om, wanneer er lang op

Ook de zorginstellingen krijgen of nemen meer vrijheid om zorg op private basis aan te bieden. In de afgelopen jaren gebeurde dat door zorginstellingen die op commerciële basis werkzaam zijn, zoals in de branches van de thuiszorg en de curatieve zorg. Deze organisaties worden niet gehinderd door allerlei wettelijke regelingen die belemmerend werken op de aard, kwaliteit of het commerciële karakter van de aangeboden zorg. Deze trend kan doorzetten, wanneer de reguliere instel-

ging. Het tempo waarin hierin veranderingen optreden is evenwel laag, hetgeen te maken heeft met de gevoeligheid van dit thema in de beleids sfeer. Voorgestelde veranderingen worden (te) gauw geassocieerd met verlies aan solidariteit. Daarom zullen deze vernieuwingen tot stand komen in geleidelijkheid en onder druk van maatschappelijke en politieke omstandigheden.

### Besluit

De hier geschetste ontwikkeling maakt het meer vanzelfsprekend dat naast zorg op reguliere basis tevens zorg op private basis wordt verleend. Deze laatste vorm van zorg is dan met name bestemd voor degenen die zorg-plus wensen en kunnen betalen. Deze ontwikkeling hangt samen met een trendbreuk in het zeker stellen van het welzijn van iedere burger en het scheppen van condities voor maatschappelijke participatie. In die veranderingen staat Nederland overigens niet alleen. Deze omslag doet zich ook in andere landen voor. In die zin is er sprake van een 'universele' trend. •

dr J.J. Poeisz,  
senior-onderzoeker,  
afdeling Strategische Beleidsanalyse  
Nationaal Ziekenhuisinstituut te Utrecht

### Noten

1. Dit artikel is geschreven op basis van: dr J.J. Poeisz, Reguliere en private zorg; verkenning van een maatschappelijke ontwikkeling, NZi, Utrecht 1994.
2. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Nota Sociaal Beleid 1994.
3. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Ouderen voor ouderen; demografische ontwikkelingen en beleid, 1993.
4. Zie ook: drs R. Ruissen en dr J.J. Poeisz, Medische zorg en ziekteverzuim; een verkennende studie naar de consequenties van veranderende regelgeving voor curatieve instellingen, NZi, Utrecht 1993.

## In de beleids sfeer ligt het thema 'private zorg' nog gevoelig

een opname moet worden gewacht, met eigen middelen een alternatieve zorgvorm te kunnen creëren.

### Aanpassing wet- en regelgeving

Tot nu toe was het ongebruikelijk, en wet- telijk niet goed mogelijk, dat verzekeraars en zorginstellingen deze zorg zouden aanbieden. In dit opzicht zijn veranderingen gaande, zowel voor verzekeraars als voor zorginstellingen. Zo kunnen de vroegere ziekenfondsen naast het reguliere pakket een aanvullend pakket aanbieden. Zij deden dat overigens al toen zij de ziekenfondsstatus nog hadden. Intussen hebben de ziekenfondsen echter 'incentives' gekregen om actief de mogelijkheden van private zorg te exploreren. Dat heeft te maken met de concurrerende verhoudingen waarin zij inmiddels in de verzekeringsmarkt actief zijn. In de praktijk spelen de ziekenfondsen hierop in met een aanvullend pakket, waarop verzekeren, tegen betaling, apart kunnen intekenen.

lingen minder zullen zijn gebonden aan wettelijke richtlijnen die hun functie(domein) en budget begrenzen. Zij kunnen dan meer dan nu het geval is private zorg aanbieden en zij hebben daarbij een direct belang. De reguliere instellingen zijn dan niet meer alleen afhankelijk van de collectieve geldstroom en zij krijgen via een private geldstroom meer speelruimte.

Op dit moment biedt de wet- en regelgeving nog onvoldoende ruimte aan de reguliere zorginstellingen om zorg aan te bieden die zowel uit collectieve als uit private middelen wordt bekostigd. Het betreft onder andere de budgetsystematiek en de omschrijving van zorg waarop recht bestaat. Uit een oogpunt van financiering van zorg lijkt het voor de hand te liggen de private zorg vanuit de reguliere instellingen te laten plaatsvinden. Dan kan gebruik worden gemaakt van de reeds aanwezige infrastructuur, hetgeen zowel kwalitatieve als bedrijfseconomische voordelen biedt.

Veel van de regelgeving is wel in bewe-

## H U L P V E R L E N I N G A A N A R T S E N

### Landelijke contactpersonen

mw drs F.M. Arendsen Hein, psychologe,  
psychotherapeute

Psychotherapeutische Dagkliniek Veluweland,  
Klomperweg 175, 6741 PH Luntenen,  
tel. 08387-2141

R. Vecht-van den Bergh, psychiater 'Curium'  
Endegeesterstraatweg 27,  
2342 AK Oegstgeest, tel. 071-170661

J.J.C. Marlet, zenuwarts  
Etnalaan 27, 5801 KA Venray, tel. 04780-81610

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

dr J. Pols  
Cederlaan 4, 9401 RC Assen,  
tel. 05920-14731 ('s avonds)

prof. dr M.M.W. Richartz  
Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-685330

prof. dr W.J. Schudel  
AZR-Dijkzigt, Rotterdam, tel. 010-4633227

dr M.J. van Trommel, psychiater  
Terbregelselaan 18, 3055 RG Rotterdam,  
tel. 010-4610750

K. Visser, psychiater  
Middelstraat 9, 5176 NH Den Moer,  
gem. Loon op Zand, tel. 04245-9550

J.M. Komen, huisarts  
Prof. Lorentzstraat 13, 7557 AV Hengelo (Ov.),  
tel. 074-439046 / 074-912131

W. Chr. F. de Vries  
De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 0546-  
833110/833333 (overdag), 0546-574774  
( 's avonds).

### Anonieme dokters

Werkgroep IJsselstein, tel. 01859-12292

Werkgroep Den Haag, tel. 070-3504601

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-3479979/  
070-3559547

# Orgaandonatie

Levende donor kind van de rekening?

J. Akveld, I. Beurmanjer-de Lange en  
M. Rijkmans-Troost

**Als gevolg van een donatie kan gezondheidsschade en/of materiële schade voor een donor ontstaan, maar er bestaat geen specifieke wettelijke voorziening ter vergoeding van schade die niet valt onder de normale aansprakelijkheidsverzekering.**

**J**ARENLANG WERDEN in Nederland orgaantransplantaties uitgevoerd, hoewel een wettelijke basis daarvoor in feite ontbrak. Inmiddels heeft door een wijziging van de Wet op de lijkbezorging donatie na overlijden een voorlopige wettelijke regeling gekregen. Bij de Tweede Kamer ligt bovendien het wetsvoorstel Orgaandonatie.<sup>1</sup> Dit voorstel bevat een regeling van zowel de donatie tijdens het leven als de donatie na overlijden.

Het zwaartepunt van de regeling ligt bij de donatie ex mortuo. Dit mag geen verbazing wekken. Op het terrein van donatie door een levende kent ons land, anders dan landen als Noorwegen, Zweden en de Verenigde Staten, vooralsnog nauwelijks enige traditie. Donatie tijdens leven is, afgezien van bloeddonaties, eerder uitzondering dan regel, althans wanneer we het geringe aantal nier- en beenmergdonaties tijdens leven gedurende de laatste jaren als maatstaf nemen.

## Commercie

Een belangrijke overweging voor de indiening van het wetsvoorstel Orgaandonatie was, dat men commerciële praktijken en handel in organen en weefsels wilde vermijden. Voorkomen moest worden, dat voor organen en weefsels, afgegaan voor transplantatiedoelinden, zou worden betaald. De achterliggende gedachte was, dat betaling zou kunnen leiden tot onvrijwilligheid bij de keuze voor donorschap. Tegen die achtergrond moet de bepaling in het wetsvoorstel worden begrepen, dat toestemming voor het ver-

wijderen van een orgaan nietig is wanneer zij is verleend met het oogmerk daarvoor een vergoeding te ontvangen die meer bedraagt dan de kosten - met inbegrip van gederfde inkomsten - die het gevolg zijn van het verwijderen van het orgaan. Dit betekent, dat bij wet wordt verboden dat een donor financieel beter wordt van een donatie.

## Mogelijk nadelige gevolgen

Hoewel de wetgever daar minder interesse voor lijkt te hebben gehad, kan de mogelijkheid niet worden uitgesloten dat een donatie tijdens leven nadelige gevolgen heeft voor de donor. De schade kan zich in verschillende vormen voordoen. Allereerst als lichamelijke schade ten gevolge van de orgaanuitname. Een dergelijke geval heeft zich nog onlangs voorgedaan;<sup>2</sup> het betrof een nierdonor die blijvend zenuwletsel overhield na de operatie waarbij een nier voor transplantatie werd uitgenomen. Daarnaast kan de schade daarin bestaan, dat iemand na een nierdonatie bepaalde verzekeringen moeilijker dan wel tegen onaantrekkelijker voorwaarden kan afsluiten. Een specifieke regeling ter voorkoming van genoemde schades bevat de wet voorlopig niet. De vraag is of dit niet voor de hand zou hebben gelegen.

## Problemen bij (het afsluiten van) verzekeringen

De verzekeringspraktijk stelt zich vooralsnog coulant op ten aanzien van nierdonoren. Praktisch betekent dit, dat de meeste verzekeringsmaatschappijen nieuwe verzekeringen waarbij de gezondheid van de verzekerde van belang is, zoals bij levens-, ziektekosten- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, tegen normale condities afsluiten met nierdonoren. Er bestaat daartoe echter geen verplichting, zodat het maatschappijbeleid ten aanzien van deze kwesties kan veranderen. Minder duidelijk is de opstelling van verzekeringsmaatschappijen ten aanzien van reeds lopende verzekeringen. Wanneer een verzekerde door eigen schuld een schade veroorzaakt, behoeft de verzekeraar ingevolge de bestaande wettelijke regelingen de schade veelal niet te

vergoeden. Eigen opzet bij het veroorzaken van schade behoeft zelfs niet met zoveel woorden te worden uitgesloten in de polis, omdat verzekering hiervan in strijd met de goede zeden wordt geacht. Ten aanzien van de (ziekte)kosten en arbeidsongeschiktheid die ontstaan bij het verwijderen van de nier kan de verzekeraar zich naar onze mening op het standpunt stellen, dat deze mogen worden beschouwd als de gevolgen van opzet; hij behoeft derhalve niet uit te keren. Overigens worden deze consequenties doorgaans ondervangen doordat de ziektekostenverzekeraar van de ontvanger veelal de kosten dekt van het verwijderen van de nier, alsmede de nabehandeling van de donor gedurende een bepaalde periode. Wanneer een latere aandoening tot hogere (ziekte)kosten c.q. arbeidsongeschiktheid leidt als gevolg van het feit dat de verzekerde slechts één nier bezit (bijvoorbeeld: de resterende nier wordt ziek en de verzekerde moet worden gedialyseerd) lopen de beide verzekeringsvormen niet langer parallel. Bij de ziektekostenverzekering die geen expliciete uitsluiting bevat, kan een beroep op opzet alleen worden gedaan ten aanzien van de kosten die een rechtstreeks en uitsluitend gevolg van de beweerde opzet zijn. Gevolgen die daarmee slechts verband houden zijn dan niet van verzekering uitgesloten. De arbeidsongeschiktheidsverzekering bevat doorgaans een meer uitgebreide uitsluiting in de zin van: "... arbeidsongeschiktheid welke is ontstaan, bevordert of verergerd door opzet of grove schuld van de verzekerde ..." In dergelijke gevallen kan de verzekeraar naar onze mening betogen, dat arbeidsongeschiktheid, ontstaan als gevolg van het feit dat de resterende nier niet meer naar behoren functioneert, schade vormt die is bevordert of verergerd door het opzettelijk afstaan van een nier door de verzekerde donor.

Bij een levensverzekering geldt dit niet. Overlijdt de donor tijdens of na het verwijderen van de nier als gevolg van een medische fout of complicatie, dan zal de verzekeraar dienen uit te keren. Over het algemeen sluiten verzekeraars in de

overlijdensrisicoverzekering slechts zelfmoord of zelfdoding - binnen een periode van twee jaar na het sluiten van de verzekering - als overlijdensoorzaak van uitkering uit.

### Voorzieningen in de praktijk

De ontbrekende regeling van de positie van de levende donor heeft in de praktijk geleid tot ad hoc regelingen. Zo hebben ten behoeve van beenmergdonoren twee transplantatiecentra een extra voorziening getroffen in de vorm van een uitgebreide aansprakelijkheidsverzekering en een waarborgfonds voor het geval een donor schade van de donatie ondervindt. Voor bloeddonoren is via de Federatie van Nederlandse Rode Kruis Bloedbanken een extra aansprakelijkheidsverzekering afgesloten die schade dekt die als gevolg van donatie of keuring ontstaat; hierbij verdient te worden vermeld dat de verzekerde bedragen aan de lage kant zijn.

De hier genoemde voorzieningen zijn vrijwillig getroffen. Voor nierdonoren ontbreekt in de praktijk een regeling voor het geval zij schade overhouden aan de orgaanuitname. De achterliggende gedachte daarbij lijkt te zijn, dat nierdonoren doorgaans familiendonoren zijn. Kennelijk wordt zo'n donor geacht de kans op schade maar op de koop toe nemen. Men kan zich afvragen of een regeling zoals bij medische experimenten niet meer voor de hand zou hebben gelegen.

### Wet Medische Experimenten

Ter toelichting gaan we kort in op de Wet Medische Experimenten.<sup>3</sup> Een wettelijke regeling voor het uitvoeren van medische experimenten werd noodzakelijk geacht, omdat de bij een experiment in het geding zijnde belangen van onderzoeker, maatschappij en proefpersoon nogal tegenstrijdig zijn. Regulering is bedoeld om een redelijk evenwicht tussen de verschillende belangen tot stand te brengen; evenwicht moet er onder meer zijn tussen het voordeel dat maatschappij en onderzoeker bij een experiment kunnen hebben en de kans op nadeel voor de proefpersoon. Leenen wijst op de problematiek van de aansprakelijkheid in geval van medische experimenten.<sup>4</sup> Hij constateert, dat op grond van de geldende aansprakelijkheidsregels de eventueel door het experiment ontstane schade voor rekening van de proefpersoon zou komen, wanneer de arts aan de medische standaard heeft voldaan en het experiment aan de experimenteerstandaard voldoet. In zijn algemeenheid acht Leenen een dergelijke uitkomst onjuist, omdat door een experiment risico's worden geschapen die ten laste moeten komen van hen die bij het experiment gebaat zijn. Meer specifiek

noemt Leenen de onderzoeker te wiens laste de nadelige gevolgen van een experiment zouden moeten komen. Veel van deze opvattingen vinden wij terug in het wetsvoorstel inzake medische experimenten. Voor schade die optreedt ten gevolge van een experiment is degene aansprakelijk die het experiment heeft verricht. De schade moet worden vergoed ongeacht of de schade het gevolg is van schuld van degene die het experiment heeft uitgevoerd of heeft doen uitvoeren. Als regel geldt risicoaansprakelijkheid. Dat is slechts anders wanneer het schade betreft waarvan het nagenoeg zeker was dat deze zou optreden gezien de opzet van het experiment. Rechtvaardiging voor deze uitzondering is, dat als gevolg van 'informed consent' de proefpersoon van deze voorzienbare schade op de hoogte zal zijn en desondanks met deelname aan het experiment heeft ingestemd; bovendien zal dergelijke aan het experiment inherente schade doorgaans niet te verzekeren zijn.

### Wetsvoorstel orgaandonatie

Parallellen doen zich voor tussen de situatie waarin zich de proefpersoon bevindt en de situatie van iemand die als donor een orgaan, weefsel of bloed afstaat. In beide gevallen ligt het primaire belang buiten de donor/proefpersoon. Dit geldt ook wanneer het een familiendonor betreft. In beide gevallen kan schade ontstaan voor proefpersoon/donor. De vraag lijkt dan ook op zijn plaats, of het voor de hand ligt dat de donor voor eventueel ontstane schade als gevolg van de donatie moet opkomen. Risicoaansprakelijkheid voor de risico's van een donatie-ingreep is vanuit dat standpunt te verdedigen. Samenleving en orgaanontvanger hebben uiteindelijk meer baat bij de donatie dan de donor.

In de Nadere Memorie van Antwoord bij het wetsvoorstel wordt enige aandacht besteed aan de problematiek van de verzekeringsrisico's. Over particuliere ziektekostenverzekeraars wordt opgemerkt, dat zij doorgaans wel een zekere selectie toepassen, maar dat voor zover daardoor de toegang tot de maatschappijpolis is belemmerd in de meeste gevallen wel toegang tot de standaardpakketpolis bestaat, zij het met mogelijkserwijs een zekere premieopslag. Voor op het moment van donatie reeds bestaande arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, aldus de Memorie van Antwoord, heeft donatie geen consequenties; wel kan er sprake zijn van een premieverhoging in het geval van een nieuw af te sluiten verzekering dan wel van verhoging van de risicodekking. Al met al komt de regering tot de conclusie, dat er geen sprake is van een onre-

delijke houding van de verzekeraars. Dat neemt niet weg, dat er kan worden gesproken van zekere risico's voor de donor welke niet door derden worden gedragen. In zoverre onderscheidt zich het wetsvoorstel orgaandonatie nadrukkelijk van het wetsvoorstel inzake medische experimenten; dit terwijl er toch zekere overeenkomsten tussen proefpersoon en donor bestaan.

### Conclusies

Het doneren van een orgaan of weefsel is een handeling die niet primair de donor en diens gezondheidstoestand ten goede komt, maar vooral een (verwante) derde en de maatschappij (financieel). Donatie is maatschappelijk aanvaard en voor een deel reeds wettelijk geregeld (bloeddonatie). In de toekomst zal de Wet Orgaandonatie een regeling bieden voor de meeste andere vormen van weefsel- en orgaandonatie.

Het verwijderen van een orgaan of weefsel voor transplantatiedoeleinden is niet geheel zonder risico voor de donor. Als gevolg van een donatie kan gezondheidschade en/of materiële schade voor een donor ontstaan. Er bestaat geen specifieke wettelijke voorziening ter vergoeding van schade die kan worden geleden door ex vivo-donoren die niet wordt vergoed onder de normale aansprakelijkheidsverzekering. Het zou wenselijk zijn als in de Wet op de orgaandonatie ter zake een regeling wordt getroffen. Deze zou kunnen bestaan uit het vestigen van een risicoaansprakelijkheid voor instellingen waar orgaan- en weefseluitnames worden verricht. Dit zou kunnen geschieden analoog aan de regeling als opgenomen in het wetsvoorstel inzake medische experimenten. Met de opname van een dergelijke bepaling in het wetsvoorstel orgaandonatie zou, meer dan vooralsnog het geval is, worden onderstreept dat het afstaan van een orgaan tijdens leven niet alleen de donor een zorg is. Wel zou daarbij nader moeten worden uitgewerkt hoe de grenzen van een dergelijke risicoaansprakelijkheid moeten worden getrokken. •

*mr J. Akveld,*

*mr I. Beurmanjer-de Lange,*

*mr M. Rijkmans-Troost,*

allen werkzaam aan de Juridische Faculteit van de Erasmus Universiteit te Rotterdam

### Literatuur

1. Tweede Kamer 1991-1992, nr 22 358, nrs 1-2.
2. Arrondissementsrechtbank Groningen, zaak nummer 1074/HA ZA 91-171.
3. Tweede Kamer 1991-1992, 22588, nrs 1 en 2.
4. Handboek Gezondheidsrecht. Gezondheidszorg en recht.



# Het dier als orgaandonor voor de mens

Stand van zaken en perspectief

R.L. Marquet

**Biedt xenotransplantatie een zinnige oplossing voor het tekort aan donororganen? Dan moeten er eerst nog heel wat (transplantatie)barrières worden overwonnen.**

**D**E transplantatiebiologie heeft zich ontwikkeld tot een zeer succesvolle tak van de geneeskunde. Door de verbetering van de chirurgische technieken en de methoden om de afstotingsreactie te onderdrukken is transplantatie als therapie voor orgaanfalen betrekkelijk gewoon geworden.

De keerzijde van dit succes is, dat de vraag naar organen momenteel groter is dan het aanbod. Om de omvang van dit probleem te illustreren: in 1992 stonden er bij Eurotransplant ruim 10.000 patiënten op de wachtlijst voor niertransplantatie en werden er slechts 2.000 getransplanteerd.<sup>1</sup> Ook voor andere organen bestaat er een discrepantie tussen vraag en aanbod. Helaas hebben de meeste pogingen om dit tekort enigszins terug te dringen (betere voorlichting, aanstellen van transplantatiecoördinatoren, veranderen van de wet, passende honorering van transplantieteams) tot op heden gefaald of ze zijn niet toereikend gebleken.

Xenotransplantatie, het transplanteren van dierlijke organen naar de mens, zou een mogelijke oplossing voor het donorprobleem kunnen zijn. Dergelijke transplantaties zouden in opzet van langdurige maar ook van tijdelijke aard kunnen zijn. In het laatste geval kan bijvoorbeeld worden gedacht aan transplantatie van een xenogene hulplever bij patiënten met acuut leverfalen. Het transplantaat geeft de patiënt de kans op overleven, zodat de eigen lever kan regenereren. Als dit gebeurt kan het transplantaat worden verwijderd.

Hoe reëel is nu de optie van xenotransplantatie? Waar liggen de problemen en wat zijn de huidige ontwikkelingen?

## Transplantatiebarrières

Voor een goed begrip van de materie is

het noodzakelijk kort in te gaan op de barrières die zich bij orgaantransplantatie kunnen voordoen (zie het *overzicht*).

Organen die worden getransplanteerd tussen identieke tweelingen of tussen proefdieren van een ingeteelde stam worden geaccepteerd. Het orgaan wordt niet als vreemd herkend, er volgt geen afstotingsreactie; medicatie om de afstotingsreactie te onderdrukken (immunosuppressie) is dus niet nodig. Een dergelijke transplantatiebarrière noemen we een '*syngene barrière*'.

Behoren donor en ontvanger tot een zelfde species maar zijn ze onderling verschillend, dan volgt immunologische herkenning van het vreemde transplantaat. Er ontwikkelt zich een afstotingsreactie die, als er geen immunosuppressiva worden toegediend, resulteert in destructie van het transplantaat binnen enige weken. Deze transplantatiebarrière heet een '*allogene barrière*'; het is de afstand die moet worden overbrugd in de normale klinische transplantatiepraktijk. De afstotingsreactie die na allogene transplantatie optreedt, wordt veroorzaakt door specifieke lymfocyten en in mindere mate door antilichamen. Door weefseltypering en het gebruik van moderne immunosuppressieve middelen, zoals cyclosporine, FK 506 en antilichamen gericht tegen T-cellen, is de lymfocyttaire reactie goed te onderdrukken en kan het transplantaat langdurig blijven functioneren. Antilichamen spelen bij de acute afstoting van een allotransplantaat een bescheiden rol, maar zijn op de lange termijn medeverantwoordelijk voor de vasculaire afwijkingen bij chronische afstoting.

Bij transplantatie van de ene species naar de andere spreken we van een '*xenogene barrière*'. Er zijn twee typen xenogene barrières: de concordante en de discordante.<sup>2,3</sup> We spreken van *concordant* als het verschil tussen donor en ontvanger niet erg groot is, zoals tussen muis en rat, hamster en rat of tussen aap en mens. De afstoting die optreedt, verschilt in kwantiteit niet veel van een allogene afstotingsreactie; de lymfocyttaire respons is heftiger en de antilichaam gemedieerde afstoting staat wat meer op de voorgrond. Zon-

der gebruik van immunosuppressiva wordt een concordant orgaan binnen een week afgestoten. Mèt immunosuppressiva is het mogelijk de overleving van concordante weefsels en organen aanzienlijk te verlengen; in ons eigen laboratorium waren wij in staat concordante harten die van de hamster naar de rat werden getransplanteerd zo langdurig te laten functioneren.

*Discordante* xenotransplantatie is van een geheel andere orde. Discordant betekent, dat de immunologische barrière tussen donor en ontvanger groot is. Voorbeelden: transplantatie van cavia naar rat, van varken naar hond, van varken naar mens. Transplantatie in een discordante situatie leidt tot zeer snelle afstoting, die zich voltrekt in enige minuten of uren. Deze hyperacute reactie wordt veroorzaakt door antilichamen die op het moment van transplantatie in hoge titers in de ontvanger aanwezig zijn. Deze antilichamen worden 'natuurlijke antilichamen' genoemd. Ze zijn niet geïnduceerd door specifieke immunisatie, maar zijn 'van nature' aanwezig, vermoedelijk opgewekt door voedsel-eiwitten of bacteriële antigenen die sterk lijken op structuren in het discordante transplantaat.

Alle mensen hebben natuurlijke antilichamen tegen het varken en tegen bijna alle andere dieren.

Bij hyperacute afstoting spelen behalve natuurlijke antilichamen ook complementfactoren een rol.<sup>4</sup> Complement kan worden geactiveerd door tussenkomst van natuurlijke antilichamen, hetgeen uiteindelijk resulteert in complement-gemedieerde vaatwandbeschadiging en stolling. Echter, het endotheel van een discordant xenotransplantaat kan ook zonder tussenkomst van antilichamen tot activatie van complement leiden. De activatie van deze alternatieve route wordt veroorzaakt door incompatibiliteit van zogeheten complementregulerende factoren. Dit vereist enige toelichting:

Het complementsysteem wordt normaliter in bedwang gehouden door de aanwezigheid van complementregulerende eiwitten op het endotheel. Menselijk endotheel bevat regulerende eiwitten voor

menselijk complement, varkensendotheel bevat regulatoren voor varkenscomplement, etc. De regulatoren zijn vrij soortspecifiek. Bij discordante xenotransplantatie bestaat er incompatibiliteit tussen het complement van de ontvanger en de complementregulerende factoren van de donor. De consequentie hiervan is ongeremde complementactivatie en endotheelbeschadiging. De belangrijkste regulatoren zijn: decay accelerating factor (DAF), membrane cofactor protein (MCP), CD59 en homologous restriction factor (HRF).

### Klinische xenotransplantatie

Het idee dieren te gebruiken als donoren voor de mens, is niet nieuw; tot op heden zijn er al meer dan dertig klinische xenotransplantaties uitgevoerd. Het merendeel werd verricht in de jaren zestig; daarbij werden chimpansees en bavianen als donor gebruikt. In die beginperiode van de transplantatiegeneeskunde was er nog nauwelijks sprake van menselijke orgaantransplantatie, zodat xenotransplantatie de enige mogelijkheid leek. De meeste transplantaten waren nieren, maar ook harten en levers zijn getransplanteerd. De overlevingstijd varieerde van enige dagen tot maanden. Het langst overlevende transplantaat was de nier van een chimpansee, die negen maanden goed functioneerde. Hiermee werd dus aangetoond, dat in een concordante donor-gastheercombinatie een transplantaat in principe langdurig kan functioneren.

Door het op gang komen van humane donatieprogramma's werd met de klinische xenotransplantatie gestopt. Om redenen die ik eerder noemde, is er in de jaren negentig een hernieuwde belangstelling voor ontstaan. In 1992-1993 werden in Pittsburgh twee levertransplantaties van baviaan naar mens verricht. De patiënten overleefden dit experiment slechts 70 respectievelijk 26 dagen. In 1992 werd in Los Angeles zelfs een discordante levertransplantatie uitgevoerd, met als (te verwachten) resultaat: afstoting van de varkenslever na één dag.

De klinische ervaringen duiden erop, dat indien klinische xenotransplantatie zou worden overwogen, het gebruik van concordante primaten de grootste kans van slagen biedt. Echter, er kleven behalve ethische bezwaren nogal wat praktische bezwaren aan het gebruik van primaten.

### ... nog een lange weg te gaan ...

De meeste primaten zijn te klein om te kunnen doneren voor een volwassen individu. Veel primaten hebben de status van beschermde diersoort. Primaten zijn moeilijk te fokken in gevangenschap en zijn erg duur. Bovendien bestaat het reële gevaar dat primaten dragers zijn van micro-organismen die dodelijk kunnen zijn voor de mens. Om deze redenen heeft de aandacht van de xenotransplantatieonderzoekers zich gericht op het varken, zodat de praktische en ethische problemen rond de primaat lijken te zijn ingewisseld voor de immunologische problematiek van de hyperacute afstoting.

### Ontwikkelingen en perspectief

Een discordant transplantaat, afkomstig van het varken, wordt door de mens hyperacuut afgestoten door natuurlijke antilichamen en door complement. Globaal zijn er dus twee methoden om de hyperacute afstoting te voorkomen: ten eerste kan bij de ontvanger worden geprobeerd de titers van complement en antilichamen te verlagen, ten tweede kan worden getracht bij de donor de antigene structuren die het doelwit zijn van complement en antilichamen te maskeren of te veranderen. In experimenten met knaagdieren is aangetoond, dat complement effectief kan worden gedepleteerd door de ontvanger te behandelen met een bepaalde factor uit cobragif. Een discordant xenotransplantaat wordt door een gedepleteerde ontvanger niet afgestoten na enige minuten, maar na enige dagen. Vertaald naar de kliniek betekent dit echter, dat er dusdanige hoeveelheden cobragif nodig zijn dat

deze benadering nauwelijks haalbaar lijkt.

Recent zijn enige successen geboekt bij het analyseren en zuiveren van de antigene structuren op het varkensendotheel waaraan de natuurlijke antilichamen van de mens zich binden.<sup>5</sup> Het is denkbaar dat

deze antigenen, gekoppeld aan affiniteitskolommen, kunnen worden gebruikt om het menselijk bloed te zuiveren van natuurlijke antilichamen. Het is dan wel noodzakelijk dat de ontvanger na transplantatie zodanig met immunosuppressieve middelen wordt behandeld dat een hernieuwde productie van natuurlijke antilichamen wordt geremd. Indien de genen die verantwoordelijk zijn voor de expressie van endotheliale antigenen kunnen worden geïdentificeerd, moet het mogelijk zijn deze genen door middel van recombinanttechnieken uit te schakelen dan wel te modificeren. Dit laatste is echter nog pure theorie.

Geen theorie maar werkelijkheid is de genetische modificatie van varkens op het niveau van complementregulerende eiwitten. Over deze regulatoren sprak ik in het begin van dit artikel. Onderzoekers uit Cambridge zijn erin geslaagd een van deze regulatoren (DAF) genetisch te transplanteren naar het varken.<sup>6</sup> Het stamvarken Astrid heeft al meer dan veertig nakomelingen. Deze transgene dieren brengen het humane DAF-gen tot expressie, hetgeen zou betekenen dat na transplantatie de complementcascade wordt onderbroken, omdat er nu compatibiliteit is tussen het regulator-eiwit en het complement van de ontvanger. Binnenkort moet blijken of de theorie klopt met de werkelijkheid. Dit kan worden getoetst in een schijntransplantatie, waarbij het transgene varkensorgaan in een perfusieopstelling wordt doorstroomd met menselijk bloed, of door het orgaan te transplanteren naar primaten.

Deze ontwikkelingen zijn voor de onderzoekers in het veld buitengewoon fascinerend, maar enige regulatie van het enthousiasme is zeker op zijn plaats. Want zelfs als deze eerste stap in genetische manipulatie vruchtbaar blijkt, is het zeer de vraag of alle belangrijke humane complementregulatoren in één dier kunnen worden geïncorporeerd. Bovendien: is deze optelsom van humane genen verenigbaar met het leven en het welzijn van het varken? Het is voorstelbaar dat een vergaande humanisering van het varkensendotheel contraproductief zal blijken, omdat er nu binnen het dier zelf

Overzicht. Transplantatiebarrières.

| barrière            | omschrijving                             | voorbeeld          | afstoting            | effect IS |
|---------------------|--|--------------------|----------------------|-----------|
| syngene             | binnen de soort (genetisch identiek)     | identieke tweeling | geen                 | nvt       |
| allogene            | binnen de soort (genetisch verschillend) | mens-mens          | acuut (weken)        | goed      |
| xenogeen concordant | soort naar soort (geen natuurlijke al.)  | aap-mens           | versneld (dagen)     | redelijk  |
| xenogeen discordant | soort naar soort (wel natuurlijke al.)   | varken-mens        | hyperacuut (minuten) | slecht    |

IS: immunosuppressie;  
al.: antilichamen

incompatibiliteit is geïntroduceerd. Stel, dat de fase van hyperacute afstoting door bovengenoemde maatregelen kan worden overgeslagen: belanden we dan automatisch in een concordante situatie die immunologisch goed te hanteren is? Wat is de functie van een getransplanteerd varkensorgaan op de lange termijn? Het moge duidelijk zijn: er is nog een lange, spannende weg te gaan voordat xeno-

transplantatie een zinnige klinische optie is. •

*dr R.L. Marquet,*  
universitair hoofddocent, afdeling Algemene Heelkunde, Erasmus Universiteit Rotterdam

#### Literatuur

1. Annual Report Eurotransplant Foundation. Leiden, 1992.

2. Scheringa M, Bouwman B, IJzermans JNM, Marquet RL. Xenotransplantatie; state of the art. Bulletin Nederlandse Transplantatie Vereniging 1992; 3: 2-6.

3. Bouwman E, Scheringa M. Xenotransplantatie. Een redelijk alternatief? Ned Tijdschr Geneesk 1993; 36: 1805-6.

4. Daha MR. De rol van het complement systeem bij xenotransplantaties. Bulletin Nederlandse Transplantatie Vereniging 1992; 3: 8-11.

5. Cooper DKC, Koren E, Oriol R. Genetically engineered pigs. Lancet 1993; 342: 682-3.

6. White D, Wallwork J. Xenografting: Probability, possibility or pipe dream? Lancet 1993; 342: 879-80.



## Z I E K T E I N D E L I T E R A T U U R

### In de roes van een herinnering

**H**ET IS EEN RAADSEL hoe een inferieure roman, haast letterlijk overgenomen, mooie televisie kan opleveren: 'Brideshead revisited' van Evelyn Waugh. Een lastig man. Sommige geneugten van het leven kende hij goed, zoals alcohol. Aan een vriend schreef hij: "Ik moet je heel ernstig aanraden om aan de drank te gaan. Er is niets dat te vergelijken is met het esthetische genoegen dat dronkenschap verschaft en als je het op de goede manier doet kun je vermijden dat je de volgende dag ziek bent. Dat is het meest fantastische dat Oxford je kan leren." Over andere genoegens kon Waugh sarcastisch zijn. Zo zei hij over seks: "I'd rather go to the dentist for my daily pleasures." Overigens, hij had, meen ik, elf kinderen. 'Brideshead revisited' was meteen een succes; tijdens de zware oorlogsjaren appelleerde het aan de melancholie van 'days gone by'. Het bevat de herinneringen van legerofficier Charles Ryder aan de gelukkige dagen die hij doorbracht op het landgoed Brideshead. Of, in de woorden van Ryder: "Mijn thema is de herinnering, die gevleugelde geest die boven mij zweefde op een grijze morgen in oorlogstijd." Het is zijn verslag van verloren gegane schoonheid, weemoed over het aristocratische Engeland waarmee het nooit meer goed zou komen, de scheuren in de façade van de upper-class, het dandyisme en het studentenleven in Oxford. De dichter Craig Raine schreef: "It's the onion memory that makes me cry." De afbrokkeling van de Britse sociëteit krijgt gestalte in het verval van de familie

Flyte, eigenaar van Brideshead. De verwording van de charmante Sebastian Flyte tot alcoholist en het ziekbed van lord Marchmain, diens vader, zijn hiervoor tekenend. Toeschouwer en participant is Charles Ryder, een verlegen, wat onzekere en onbemiddelde jongeman, die tijdens zijn eerste jaar in Oxford bij toeval in contact komt met jaargenoot Sebastian Flyte. Als in een roes ondergaat Charles de overweldigende invloed van de zacht romantische Sebastian (met zijn onafscheidelijke teddybeer Aloysius). Zoals gebruikelijk vloeit de drank rijkelijk. Sebastian is het produkt van een kapot huwelijk: de agnost Lord Marchmain woont met zijn vriendin in Venetië, na de scheiding van de Sebastians moeder die een fanatiek katholicisme aan de dag legt. Sebastian vlucht ook voor zijn familie. Daarom drinkt hij. Zijn lijdensweg is een neergang, die in eerste instantie even halt houdt in Casablanca. Daar ligt de ernstig verzwakte Sebastian met longontsteking in een ziekenhuis. Hij heeft nog één vriend op deze wereld, een syfilitische Duitser die in het vreemdelingenlegioen zichzelf een teen heeft afgeschoten, en wiens wond niet wil helen. Het is de laatste keer dat Charles zijn vriend ziet. Diens vrije val eindigt op een missiepost in Marokko. Daar zwalkt deze 'lord-van-god-weet-waar' wat rond, waarschijnlijk gelukkig, want met rust gelaten. Hij gaat waarheen hij wil en op het moment dat het hem zint, stomdronken en doodziek terugkerend, tot in de vergetelheid.

Lord Marchmain was dus de eerste man die Brideshead en het regime aldaar ontvluchtte. In Venetië leeft hij een flamboyant

leven. Een man in de kracht van zijn leven, met een byronesk aura. Zo leidt ieder lid van de familie Flyte een eigen leven; de momenten waarop die levens op elkaar schuiven bliksemt het van onbegrip, onwil en haat. Maar als Charles de lord na zo'n negen maanden weer ziet is deze veranderd: hij is een oude man geworden. Het weerzien vindt plaats op Brideshead, waar lord Marchmain is teruggekeerd om te sterven. Hij is ziek, ademt zwaar en kan niet zonder hulp uit zijn auto stappen. Het personeel maakt snel de Chinese tekenkamer klaar, de museumachtige kamer met de Chippendale meubelen, houtsnijwerk en veel porselein. "Mijn Gethsemane", noemt hij het. Dit doodsbed vormt de apotheose van de roman. Zijn vriendin legt het uit: hij weet en accepteert dat hij binnen een jaar zal sterven aan een "hartkwaal met een lange naam". De weken gaan voorbij en het leven op Brideshead loopt in de pas met de afnemende kracht van de oude lord. De ziekte bepaalt het levensritme. De hartslag van de tijd wordt steeds zachter. De verwachte dood komt met een zucht. Lord Marchmain sterft in vrede. Ziekte kent evenals de elite en het katholicisme haar eigen rites. In deze roman vormen deze thema's een drieëenheid. Het slotakkoord is in unisono, wanneer de verketterde maar nu stervende lord Marchmain na de zalving van de priester een kruis slaat. •

*Frans Meulenberg,*  
coördinator standaardontwikkeling bij het Nederlands Huisartsen Genootschap



# Het dier als orgaandonor voor de mens

Morele problemen verkend

Frans W.A. Brom

**Orgaandonatie van dier naar mens (xenotransplantatie) roept algemene onvrede op. Het gevaar bestaat dat die onvrede zich tegen enkele opvallende ontwikkelingen richt, maar de grondstroom onaangestast laat doorgaan. We maken ons druk om stiertje Herman, maar vergeten de kankermuizen.**

**I**N HET BESTIARIUM van transgene dieren staat naast de in Nederland beroemde stier Herman het varken Astrid uit Cambridge. Astrid is ontstaan uit een transgenese-experiment waarin wordt geprobeerd het varken geschikt te maken als orgaandonor voor de mens.

Voor orgaantransplantatie van dier naar mens (xenotransplantatie) wordt een aantal goede argumenten aangevoerd. Orgaantransplantaties van mens op mens lijken succesvol en brengen gezondheidswinst met zich mee. Er is een groot tekort aan organen voor transplantatie; de wachtlijst voor een orgaandonatie groeit gestaag.<sup>1</sup> Organen van transgene dieren zouden dit tekort kunnen opheffen. Xenotransplantatie komt in zicht omdat het lijkt te passen in wat we met dieren tot nu toe aanvaardbaar vinden. Het uitgangspunt is, dat dieren mogen worden gebruikt voor goede menselijke doelen, mits de belasting voor de dieren de proportionaliteit niet overschrijdt.

Op het eerste gezicht is xenotransplantatie onomstreden; er lijken voldoende goede redenen voor te spreken. Toch roept het morele problemen op. In dit artikel wil ik die morele problemen rond het dier als orgaandonor voor de mens verkennen.

## Probleemgebieden

De moeilijkheid bij het inventariseren van de morele problemen die xenotransplantatie oproept, is dat ze niet concreet en duidelijk zijn. Ik kom tot zes probleemgebieden:

Het eerste probleem is, dat de betrokken

dieren in hun belangen kunnen worden geschaad doordat hun *gezondheid en welzijn* wordt aangetast. Het gaat hierbij om het ongerief bij de proeven die worden gedaan in de fase voordat de dieren geschikt zijn voor xenotransplantatie. Vervolgens kan de transgenese de nodige gezondheids- en welzijnsproblemen met zich meebrengen. In dit verband kunnen we denken aan de Beltsville-pigs, die ernstig ongerief ondervonden door het transgenese-experiment.<sup>2</sup> Bij xenotransplantatie speelt bijvoorbeeld de vraag: wat zijn de gevolgen voor het immunologische systeem van het dier als we proberen bepaalde organen geschikt te maken voor xenotransplantatie? Ook het houderijsysteem kan welzijnsproblemen meebrengen. Om dieren te vrijwaren van allerlei voor mensen gevaarlijke ziekteverwekkers moeten ze in een ziektekiemenvrije situatie worden gehouden; dit kan leiden tot gedragsproblemen.

Ten tweede: het *gezondheidsstreven*. Onze cultuur kenmerkt zich door een bijna religieus streven naar gezondheid. Veel mensen kunnen zich niet bij hun sterfelijkheid neerleggen.<sup>3</sup> Deze houding sluit aan bij de te grote aandacht in het gezondheidssysteem voor *cure* en de te kleine aandacht voor *care*. Bovendien laat zich de vraag stellen of uitbreiding van het aantal organen de wachtlijsten zal doen afnemen. Het gezondheidsstreven zal leiden tot een steeds groeiende behoefte aan organen.

Ten derde het *mensbeeld*. Achter het streven naar gezondheid door middel van xenotransplantatie schuilt de opvatting, dat het menselijk lichaam een machine is waarin men naar believen nieuwe onderdelen kan stoppen. Zoals Dekker over gewone transplantatie zegt: "Ons lichaam is geen eigen lichaam meer, maar een samenraapsel van organen met een economische (ruil)waarde."<sup>4</sup> Bovendien worden door xenotransplantatie soortgrenzen overschreden.

Het vierde probleem betreft de *natuurlijkheid*. Dit heeft te maken met de wijze waarop wij mensen met de werkelijkheid omgaan. Wij mensen beschouwen ons als heer en meester van de natuur. De

wereld is een supermarkt en wij mogen uit de schappen halen wat we nodig hebben. Vervolgens wordt die natuur dusdanig gemanipuleerd dat organen van dieren in mensen kunnen worden ingebouwd.

Ten vijfde de *dierproefparadox*. Het gebruik van dieren voor dierproeven en het vervullen van menselijke behoeftes - met name ten koste van de dieren - wordt beargumenteerd vanuit het verschil in morele positie van mens en dier. Xenotransplantatie is - als alle dierproeven - gebaseerd op overeenkomsten tussen mensen en dieren. Deze verschillen en overeenkomsten zijn paradoxaal. Een paradox die wordt aangescherpt door de overeenkomsten tussen mens en dier te vergroten.

Ten slotte het *gevaar voor de menselijke gezondheid*. Door xenotransplantatie kunnen ziekten van dieren aan mensen worden overgedragen. Zoals Hammer stelt:<sup>5</sup> "Today in the era of human immunodeficiency virus (HIV) and bovine spongiforme encephalopathy (BSE) one should not forget to mention the problems of contagious substrates that could be cotransplanted from one species to another, especially under maximal immunosuppression."

## Problemen van tafel geveegd

In het publieke debat worden de geschetste problemen wel herkend, maar niet echt serieus genomen. De herkenning komt door de problemen wel aansluiten bij morele intuïties en gevoelens die mensen op dit gebied hebben. Maar ze worden niet serieus genomen, omdat ze in het maatschappelijk debat snel van tafel kunnen worden geveegd; dat gebeurt op de volgende manier:

Ten aanzien van het probleem van *gezondheid en welzijn van dieren* wordt gesteld, dat dit zich niet richt tegen xenotransplantatie. De vraag of het ongerief in de experimentele fase kan worden gerechtvaardigd, moet op dezelfde wijze worden beoordeeld als bij een dierproef. We zijn het er toch over eens dat dierproeven kunnen worden gerechtvaardigd als het belang groot genoeg is? Er is dus

bij xenotransplantatie geen reden om nieuwe eisen te stellen. Daarnaast wordt verdedigd, dat het niet waarschijnlijk is dat transgene dieren ziek zijn; zieke dieren zijn immers ongeschikt als orgaandonoren. De dieren zullen beter af zijn dan gewone landbouwhuisdieren. Ze zijn kostbaar en daarom zal goed voor hen worden gezorgd.<sup>6</sup>

Er is niets mis met het *gezondheidsstreven* van zieke mensen. Kritiek hierop komt van al die gezonde mensen die lijden en pijn verheerlijken. Als ze zelf ziek zijn gaan ze toch ook naar de dokter? Grenzen aan de gezondheidszorg is prima, maar waarom nu precies hier?

Aan xenotransplantatie ligt geen problematisch *mensbeeld* ten grondslag. De opvatting dat het menselijk lichaam een machine is waarin allerlei losse onderdelen kunnen worden gestopt, richt zich niet tegen xenotransplantatie, maar tegen transplantatie als zodanig. Gewone transplantatie is echter niet moreel omstreden, dus waarom dit nu naar voren gebracht? Bovendien, wat is er tegen de vermenging van mens en dier als de mens daardoor in staat wordt gesteld beter te leven en er geen wezenlijke functie van het mens-zijn verandert?<sup>7</sup>

Op de stelling dat xenotransplantatie *onnatuurlijk* is, zijn twee reacties mogelijk. Als eerste, dat mensen een onderdeel van de natuur zijn, dus dat alles wat mensen doen natuurlijk is. Mensen hebben (net als dieren) andere levensvormen nodig om te overleven. Als tweede, dat xenotransplantatie inderdaad onnatuurlijk is, maar dat bijvoorbeeld operaties en anti-conceptie dat ook zijn. Daar zijn de meesten van ons toch ook niet tegen?<sup>8</sup>

De *dierproefparadox* wordt van tafel geveegd door te wijzen op het morele verschil tussen mens en dier. Door transgenese worden dieren niet in moreel relevante (humane) kenmerken veranderd. De paradox wordt niet paradoxaler.

Het *gevaar voor menselijke gezondheid* wordt door voorstanders van xenotransplantatie erkend, maar is volgens hen op zich geen argument tegen xenotransplantatie. Wel is het een aanwijzing om uiterst zorgvuldig te werk gaan.

### Er staat meer op het spel

Is het wel fair op deze manier de problemen van tafel te vegen? Ik meen van niet. Op deze wijze is er enkel aandacht voor de zwakke kanten van deze problemen. Daardoor verdwijnen moreel belangrijke punten onder tafel. Als voorstanders de problemen op de hier genoemde wijze van tafel proberen te vegen, ontstaat het gevoel: "Die techneuten, ze begrijpen er niks van." Mijn ervaring is, dat mensen boos worden en zich niet serieus geno-

men voelen. Waar in een morele discussie emoties om de hoek komen kijken, moeten we opletten. Als mensen bij bepaalde morele problemen geëmotioneerd raken, is dat een aanwijzing dat er meer op het spel staat dan in eerste instantie het geval leek.<sup>9</sup>

Hier zijn we bij een taak van de ethici aangeland, in ieder geval bij wat ik denk dat een zinnige taak van ethici kan zijn.<sup>10</sup> Ethici zijn er niet om te vertellen wat mag en wat niet mag, ethici zijn er om het zoeken te vergemakkelijken naar wat mag en wat niet mag. Het maatschappelijk debat over wat mag en niet mag is er mijns inziens niet mee gediend als morele problemen te snel van tafel worden geveegd. We moeten op zoek naar de waarden en de argumenten achter de emoties om deze in het maatschappelijk debat beter tot hun recht te laten komen. Daarom wil ik nog een keer de problemen doornemen. Nu om op zoek te gaan naar de morele betekenis van de intuïties die deze morele problemen oproepen.

Dat *gezondheid en welzijn van dieren* moreel relevant zijn, is langzamerhand een open deur. De vraag is wat dit in een concrete afweging betekent. Uit het onderzoek van Stafleu zouden we kunnen afleiden dat in praktijk zelden op grond van dierlijk ongerief een experiment wordt tegengehouden.<sup>11</sup> De vraag is of de betekenis van dierlijke gezondheid en welzijn groter is dan dat proeven proefdierkundig zo goed mogelijk worden uitgevoerd. Als gezondheid en welzijn van dieren inderdaad moreel relevant zijn, moet dat gevolgen hebben voor ons handelen; het doel wordt hierdoor ter discussie gesteld. De vraag of wij xenotransplantatie moeten nastreven wordt daardoor niet meer vanzelfsprekend met "Ja" beantwoord. Er wordt een vraagteken gezet bij de vanzelfsprekendheid van het gebruik van dieren bij het opheffen van orgaantekort. Dit vraagteken wordt groter als het streven naar xenotransplantatie leidt tot dieren die blijvend ernstig ongerief ondervinden als gevolg van de transgenese. Het *gezondheidsstreven* sluit aan bij de grote aandacht voor high-tech topzorg. Dat wordt een probleem als er keuzen in de zorg moeten worden gemaakt. Een groot en opzienbarend succes dat snel veel gezondheidswinst oplevert oogt veel beter dan langdurige en intensieve zorg voor chronisch zieken. De angst voor te weinig aandacht voor zorg mag niet worden weggepoetst. Dit wordt nog eens benadrukt doordat gezondheid de enige waarde lijkt te zijn waarover we het in onze samenleving nog eens kunnen worden. Dit lijkt mij zeer problematisch. Dit argument richt zich niet tegen xenotransplantatie als zodanig, maar tegen xeno-

transplantatie als een volgende stap op weg naar high-tech topzorg.

Onder het kopje '*mensbeeld*' worden problemen aan de orde gesteld die te maken hebben met de relatie die wij met ons lichaam hebben. Enerzijds is een (absolute) scheiding tussen lichaam en geest onhoudbaar, anderzijds lijkt ons lichaam voor de geneeskunde slechts een object voor technisch handelen te zijn. Deze problematische relatie wordt nog eens versterkt door het inbouwen van soortvreemde organen. De vraag die hier moet worden gesteld is of het inbouwen van soortvreemde organen een aantasting is van onze menselijke waardigheid. Geldt daarbij voor alle organen hetzelfde? Ik meen dat op zijn minst in eerste instantie een onderscheid kan worden gemaakt tussen verschillende organen. Sommige organen (zoals hart en nieren) hebben een belangrijke symbolische functie, andere (zoals hersenen) een speciale biologische functie. Ik denk dat hier nadere analyse nodig is om de maatschappelijke gevoelens helder te krijgen. Of hiermee uiteindelijk een doorslaggevend argument tegen xenotransplantatie kan worden geleverd, betwijfel ik vooralsnog.

Onder *natuurlijkheid* wordt de vraag naar de plaats van de mens in de wereld gesteld. In de ethiek is een verschuiving van het antropocentrische gedachtengoed naar het ecocentrische aan de gang. De vraag naar de waarde van het natuurlijke, spontane en niet door de mens geplande, dringt zich in een technocratisch gestuurde samenleving steeds meer op. Dat wil niet zeggen dat we 'het natuurlijke' als norm voor ons handelen kunnen nemen. Wel wijst het naar een dimensie van ons bestaan waar we doorgaans geen aandacht voor hebben.<sup>12</sup> De relatie met de 'natuur' wordt nog eens extra geproblematiseerd door de relatie met 'geïndividualiseerde natuur', met dieren. Met name gedomesticeerde dieren nemen een tussenpositie in tussen 'wildernis' en 'cultuur'. Zij zijn tegelijkertijd vreemden en bekenden en tonen daarmee de dubbelzinnige relatie aan die wij mensen tegenover de werkelijkheid om ons heen hebben.

De *dierproefparadox* wijst naar de morele pijn die, zelfs voor voorstanders van bepaalde dierproeven, bij een dierproef blijft bestaan. Een voorbeeld hiervan is de ritualisering van die pijn door de werknemers van het Hayashibara Biochemisch Laboratorium in Japan. In dit laboratorium worden tienduizenden baby-hamsters gedood om interferon te produceren. Hoewel deze proeven door hen als gerechtvaardigd worden begrepen, komen zij iedere maand bijeen bij een gedenkteken waar een priester sutra's zingt voor de

zielen van de hamsters.<sup>13</sup> In een cartoon in 'Nature' zien we twee hamster-engelen, waarvan de één tegen de ander zegt: "I still don't know whether to feel flattered or insulted ..."

Het gevaar voor menselijke gezondheid wordt niet opgelost met voorzichtigheid alleen. Dit probleem verwijst naar inherente nieuwe gevaren die schuilen in de voortgaande technologisering van de gezond-

de grondstroom onaangetast laat doorgaan. Een voorbeeld is de transgenese-discussie: die richt zich op 'Herman', maar lijkt de kankermuizen te vergeten.

We staan hier mijns inziens voor een probleem waarvan de oplossing niet voorhanden is. We moeten dus op zoek naar een methode waarmee we door een moreel gesprek tot een oplossing kunnen komen. Die oplossing komt er niet als we

van de verschillende verantwoordelijken, maar ook om het antwoord op de vraag tegenover wie een verantwoordingsplicht bestaat. Bij het betreden van moreel onontgonnen land is openheid en ruimte voor discussies noodzakelijk. Afwegingen, oordelen en discussies over concrete gevallen kunnen daarbij een heuristische werking hebben.<sup>16\*</sup>

*Ik dank prof.dr F.R. Heeger, dr M.T. Hilhorst, prof.dr E. Schroten, drs G.J.M.W. van Thiel en dr J.M.G. Vorstenbosch voor hun commentaar op een eerdere versie.*

Frans W.A. Brom,  
ethicus, Centrum voor Bio-ethiek en  
Gezondheidsrecht van de Universiteit  
Utrecht

Dit artikel is de bewerking van een lezing op de eerste studiedag van de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek, 1 juni 1994.

### ... moreel gesprek aangaan ...

heidszorg. Het probleem met het bewandelen van nieuwe wegen is, dat er geen parallel met het verleden kan worden getrokken. Dit moet leiden tot een methodologie waarin niet de analogie met de ervaring centraal staat, maar waarin mogelijke voorstellingen van gevaar centraal moeten staan.<sup>14</sup>

#### Besluit

Ik hoop dat ik duidelijk heb gemaakt waarom de problemen ten aanzien van xenotransplantatie niet zomaar van tafel kunnen worden geveegd. De verschillende problemen zijn niet duidelijk en blijken wellicht uiteindelijk niet problematisch te zijn. Dit betekent mijns inziens niet dat nadere bestudering zinloos is. Een betere analyse van de morele gevoelens kan tot een adequate reactie leiden.<sup>15</sup>

Het gaat hier naar mijn mening om problemen waarover we in onze samenleving een moreel gesprek moeten aangaan. Onze relatie met de 'gegeven werkelijkheid' is door het milieuvraagstuk en de dierenwelzijnsvragen geproblematiseerd; in de gezondheidszorg zijn problemen opgeroepen door de mogelijkheden van invasieve ingrepen en door de noodzaak om keuzen te maken. Xenotransplantatie roept algemeen onvrede op. Het gevaar bestaat dat die onvrede zich richt tegen enkele opvallende ontwikkelingen, maar

proberen de gebruikte argumenten als in een debat zo snel mogelijk van tafel te vegen. Veel eerder zal door een gesprek gezocht moeten worden naar overeenstemming en naar de articulatie van de waarden die aan de orde zijn. Voor die articulatie is het belangrijk wie de beslissingen mag nemen en op welke gronden. Het gaat niet alleen om het identificeren

#### Literatuur en noten

1. Thiel GJM van. Het overwegen waard. Postmortale orgaantransplantatie op de grens van solidariteit en zelfbeschikking. Utrecht: Centrum voor Bio-ethiek en Gezondheidsrecht, 1994.
2. Pursel VG. Genetic Engineering of Livestock. Science 1989; 244: 1281.
3. Linskens M, Achterberg W, Verhoog H. Het maakbare dier. Ethiek en transgene dieren. Den Haag: Nota, 1990.
4. Huibers AK. Als je maar gezond bent. In: Trouw deze Vaan. SSR-Herdenkingsbundel. Utrecht: SSR, 1993.
5. Dekker WJM. Orgaantransplantaties in wijsgerig-ethisch perspectief. In: V.G.H.J. Kirkels, red. Transplantatie en mensbeeld. Baarn: Ambo, 1992: 68-88.
6. Hammer C. Xenografting: its future role in clinical organ transplantation. In: W. Land en J.B. Dossetor, eds. Organ replacement therapy: ethics justice commerce. Berlin: Springer Verlag, 1990: 512-8.
7. Boer HA de. Transgenese; toepassingen, welzijn en ethiek. Tijdschrift voor Diergeneeskunde 1990; 115: 570-4.
8. Harris J. Wonderwoman and Superman: the ethics of human biotechnology. Oxford: Oxford University Press, 1993.
9. Lijmbach S. Milieu-ethiek, milieu-ethiek en cultuurfilosofie. In: H. Achterhuis, red. Deugt de ethiek? Medische, milieu- en bedrijfsethiek tussen trend en traditie. Baarn: Gooi en Sticht, 1993: 151-63.

9. Schroten E. Embryo production and manipulation: ethical aspects. Animal Reproduction Science 1992; 28: 163-9.
10. Vorstenbosch J. Voortuigen L van. Ethiek, politiek en genetische modificatie van dieren. Perspectieven voor onderzoek en beleid. Den Haag: Nota, 1993.
11. [Voor de discussie over de taak van ethici: deel V van] F.W.A. Brom, B.J. van der Bergh, A.K. Huibers, red. Beleid & Ethiek. Assen: Van Gorcum, 1993: 187-232.
12. Stafleu FR. The ethical acceptability of animal experiments as judged by researchers. Proefschrift Utrecht, 1994.
13. Zwart HAE. Het werk van de natuur. Naar een herwaardering van het natuurbegrip in de ethiek. Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek 1994; 4 (1): 6-10.
14. Nature 7 april 1994.
15. Jonas H. Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologisch Zivilisation. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag (1979), 1989.
16. Brom FWA, Bergh BJ van der, Huibers AK. Wie is er bang voor ethiek? In: F.W.A. Brom, B.J. van der Bergh, A.K. Huibers, red. Beleid & Ethiek. Assen: Van Gorcum 1993: 5-18.
16. Brom FWA. Het toetsen van ethische bezwaren. De wettelijke regeling van biotechnologische handelingen met dieren. In: W. van der Burg en P. Ippel, red. De Siamese tweeling, recht en moraal in de biomedische praktijk. Assen: Van Gorcum, 1994: 155-72.

## B E R I C H T

### 'Gelijke kansen'

'Gelijke kansen' heet de brochure waarin de Federatie van Ouderverenigingen haar visie geeft op het medisch handelen rond pasgeborenen met een verstandelijke handicap. Zij stelt daarin met name, dat een kind met een verstandelijke handicap hetzelfde recht op leven heeft als ieder ander kind en dus recht heeft op dezelfde levensreddende medische zorg.

De Federatie van Ouderverenigingen presenteert haar brochure onder meer

als een reactie op 'Doen of laten?', het rapport van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Die houdt volgens de federatie te weinig rekening met de mogelijkheden van kinderen met een verstandelijke handicap. Op zich zou zo'n handicap geen argument mogen zijn voor het niet inzetten of staken van normaal medisch handelen, evenmin als de draagkracht van het gezin of de toekomstige lasten voor de samenleving. De ouderverenigingen zijn het eens met het uit-

gangspunt van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, dat een (kinder)arts geen medisch zinloze handelingen zal verrichten, maar bij het beoordelen daarvan horen huns inziens uitsluitend medische criteria te worden gehanteerd.

De brochure 'Gelijke kansen' is te bestellen bij de Federatie van Ouderverenigingen, Postbus 85276, 3508 AG Utrecht, tel. 030-363767; prijs: voor leden f 5,- en voor niet-leden f 6,50. \*

# Euthanasie in Japan

Een smal en wankel draagvlak

F.C.B. van Wijnen en G. van der Wal

**Het op de arts georiënteerde klimaat in Japan werkt door in de appreciatie van en de omgang met vraagstukken betreffende het levenseinde.**

**D**UTCH JURY CLEARS doctor who helped woman die", kopte The Japan Times over de zaak-Chabot, toen wij in april 1993 Japan aandeden tijdens onze studiereis naar het Verre Oosten.<sup>1</sup> De ontwikkelingen in de wetgeving en rechtspraak in Nederland worden daar op de voet gevolgd en het is moeilijk duidelijk te maken dat hier geen sprake is van 'legalisering' van euthanasie of hulp bij zelfdoding, maar dat het gaat om een op de wet gebaseerde meldings- en controleprocedure. De missie van het reisgezelschap was evenwel niet het Nederlandse beleid op het terrein van levensbeëindiging 'uit te dragen'. Wel hadden enkele reisgenoten, behalve belangstelling voor algemene gezondheidszorgaangelegenheden, interesse voor het uitwisselen van gedachten op dit specifieke terrein.<sup>2</sup> In dit artikel worden de verkregen indrukken, waar deze stoelen op enigerlei bronnenmateriaal, weergegeven. Het is een beeld van hedendaagse feiten en opvattingen over het zelfgekozen levenseinde in Japan. We beginnen met een beschrijving van de organisatie van de Japanse gezondheidszorg.<sup>3</sup>

## Organisatie gezondheidszorg

De staat van de gezondheidszorg in Japan wordt wel getypeerd als "eersteklas-geneeskunde, maar tweederangs gezondheidszorg".<sup>4</sup>

De arts neemt een centrale plaats in, zowel organisatorisch als in de arts-patiëntrelatie. Japan kent al sinds lang een sociaal verzekeringsstelsel; 75 miljoen werknemers vallen onder een werknemersverzekering, voor de resterende 45 miljoen mensen is er een sociale verzekering. Patiënten betalen een eigen bijdrage van 10% met een limiet van circa f 975, per maand. Alle artsen worden betaald op verichtingenbasis.<sup>5</sup>

Minder dan 10% van de Japanse artsen is huisarts. Patiënten kunnen in beginsel zelf kiezen tot welke voorziening zij zich wenden. Naast ziekenhuizen zijn er klinieken, waarvan het merendeel geen en de rest maximaal 20 bedden heeft: dáár speelt zich de eerstelijnszorg af. In de ziekenhuizen ligt de nadruk op het medisch bedrijf; tot op de dag van vandaag moet de patiënt zijn eigen eetstokjes, theekop, zeep en handdoek meenemen. Men kent geen afzonderlijke instellingen voor verpleging en verzorging.

## Moreel en sociaal klimaat

Zelfdoding wortelt diep in de Japanse traditie. Door zichzelf in de buik te steken pleegden Japanners 'harakiri', zichzelf daarmee een mooi en eervol levenseinde bezorgend. Als een dergelijk ritueel tot doel had de aandacht te vragen voor on vervulde verlangens en ambities, noemde men dat 'isamebara' (waarschuwend zelfdoding).

Zowel in de Russisch-Japanse Oorlog (1904-1905) als in de Tweede Wereldoorlog offerden vele Japanners met blinde zelfverachting hun leven voor het gemeenschappelijk ideaal. Sindsdien is evenwel de moraal ten aanzien van het zelfgekozen levenseinde grondig veranderd: anno 1970 was de rituele zelfdoding van de schrijver Yukio Mishima nog slechts een spectaculaire uitzondering. In een romantische visie stelt de Japanse schrijver en psychiater Otohiko Kaga het 'levenstestament' in de plaats van de traditionele 'harakiri' en 'isamebara':<sup>6</sup> "Ik denk dat het levenstestament prachtig aansluit op het traditionele Japanse esthetische bewustzijn over de dood."

In een kleine kring van intellectuelen heeft euthanasie in de naoorlogse tijd nadrukkelijk in de belangstelling gestaan. De zaak-Yamauchi (1962) en de befaamde zaak-Karen Quinlan in de Verenigde Staten (1975) kregen in Japan veel publiciteit en leidden in 1976 tot de oprichting van de Japan Euthanasia Society; in datzelfde jaar vond de eerste internationale conferentie van Right to Die Societies in Tokyo plaats.

Aanvankelijk telde de Japanse euthana-

sievereniging niet veel leden. In het begin van de jaren tachtig wijzigde men de naam van de vereniging in Japan Society for Dying with Dignity (JSDD), omdat actieve euthanasie in Japan niet haalbaar werd geacht. Zelfbeschikking en passieve euthanasie werden tot kernpunten verklaard. In de loop der jaren groeide het ledental tot meer dan 45.000.

## Juridische situatie

Voldoen aan een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding is in Japan strafbaar op grond van artikel 202 van het Wetboek van Strafrecht. Artikel 35 van datzelfde wetboek bepaalt, dat handelingen, verricht in overeenstemming met de wettelijke voorschriften en volgens de maatstaven van goede beroepsuitoefening, niet strafbaar zijn. Voorstanders van euthanasie zien hierin een opening voor legale toepassing van euthanasie. Zolang de arts handelt overeenkomstig de wens van de patiënt om waardig te sterven, is dat een onderdeel van het medisch handelen en is er geen grond voor strafbaarheid. Abstinentie teneinde het lijden niet langer te rekken wordt in deze benadering als volstrekt legaal beschouwd.

Ook in Japan werd de euthanasiedoctrine via de rechtspraak ontwikkeld.

Het begon met de zaak-Soung Kill-Soun (1949/1950). Soung Kill-Soun bracht zijn moeder, verlamd na een hersenbloeding en moedeloos omdat zij niet meer terug zou kunnen naar haar geboorteland Korea, met een drankje met daarin cyaan-kali om het leven. In eerste aanleg werd hij tot vijf jaar gevangenisstraf veroordeeld op beschuldiging van "moord op contract". Beroepen op ontoerekeningsvatbaarheid en het ontbreken van causaliteit hielpen niet. Een beroep op art. 35 WvS kon alleen worden gehonoreerd als er sprake was geweest van ondraaglijk lichamelijk lijden. Tenslotte werd ook het overmachtsartikel (art. 37 WvS) niet van toepassing geacht: de dood was niet de enige manier om de moeder uit haar geestelijk lijden te verlossen.

De eerder genoemde zaak-Yamauchi (1962) heeft in Japan veel stof doen opwaaien. Een zoon had landbouwgif ge-



daan in de melk van zijn vader, die door een val geheel verlamd was geraakt en sinds geruime tijd aan steeds toenemende pijnen leed. De vader had uitdrukkelijk aangegeven niet langer verder te willen leven. In eerste aanleg werd de zoon tot het minimum van drieënhalfjaar gevangenisstraf veroordeeld. Zowel de openbare aanklager als de advocaat ging in beroep. Het hooggerechtshof van Nagoya kwam tot een formulering van zes noodzakelijke voorwaarden voor euthanasie:

1. De patiënt moet aan een onbehandelbare ziekte lijden en in een terminaal stadium zijn.
2. De patiënt moet in een situatie van ondraaglijk lijden zijn.
3. De handeling moet tot doel hebben het lijden van de patiënt te verlichten.
4. In gevallen waarin de patiënt bij helder bewustzijn is en in staat is zijn wil uit te drukken, moet er een uitdrukkelijk verzoek of toestemming van de patiënt zijn ten aanzien van euthanasie.
5. Een arts moet de handeling verrichten. Als dit niet mogelijk is, moeten speciale omstandigheden en aanvaardbare redenen een afwijkende gedragswijze rechtvaardigen.
6. De methode van euthanasietoepassing moet ethisch aanvaardbaar zijn.

Omdat aan voorwaarden 5 en 6 niet was voldaan, werd de zoon tot één jaar gevangenisstraf en drie jaar voorwaardelijk veroordeeld. De president van het hooggerechtshof verklaarde publiekelijk, dat euthanasie in de ogen van het hof juridisch gerechtvaardigd was als aan de zes voorwaarden was voldaan: "Omdat euthanasie in de praktijk nu eenmaal voorkomt, dient het onder strikte voorwaarden toelaten ervan het doel van de wet."

De arts Ohta, later oprichter van de Japan Euthanasia Society, publiceerde een commentaar, waarbij hij als nieuwe elementen inbracht, dat twee of meer artsen unaniem moesten zijn in de beoordeling van de situatie van de patiënt, dat er instemming van een jurist moest zijn en dat ook de familie, zij het dat alle volwassen familieleden daarin unaniem moesten zijn, kon beslissen.

Sinds begin 1992 loopt een proces tegen een arts die in het Tokai University Hospital met een kaliumchloride-injectie het leven beëindigde van een comateuze patiënt die in een terminaal stadium van kanker verkeerde. De arts handelde naar zijn zeggen op verzoek van de vrouw en de zoon van de patiënt om hem "in vrede te laten sterven". Via een verpleegkundige kwam de zaak aan het rollen. De vrouw legde geen getuigenis af en de zoon ontkende het verzoek te hebben gedaan: hij verklaarde in de veronderstelling te zijn

geweest dat zijn vader een injectie kreeg om het lijden te verlichten.<sup>7</sup>

### Houding artsenorganisatie

In maart 1992 organiseerde de Japanse artsenorganisatie een conferentie ter bespreking van het rapport 'Omgang door artsen met de behandeling van terminale patiënten', dat mede in het licht van de bovengenoemde affaire-Tokai was uitgebracht. Enkele elementen uit dit rapport:

- Actieve euthanasie wordt afgewezen.
- De behandelend arts is niet aansprakelijk voor de dood van een patiënt als die het gevolg is van abstinentie van levensverlengend handelen (passieve euthanasie).

- Als er een schriftelijke verklaring aan de orde is, wordt die, overeenkomstig geldend burgerlijk recht aanvaard van iedereen die 15 jaar of ouder is. Bovendien wordt ze aanvaard van minderjarigen onder de 15 jaar, mits die geacht kunnen worden tot beslissen in staat te zijn.
- Zelfs als de patiënt geen ondertekend document heeft, moet een heldere en

Het doktergeoriënteerde klimaat in Japan werkt door in de appreciatie van en de omgang met vraagstukken betreffende het levenseinde. Een hoogleraar in de neonatologie vond, dat Japan op dit punt twintig jaar achterloopt en verwees daarmee naar het paternalisme dat de uitoefening van de geneeskunst kenmerkt: de dokter weet wat goed voor je is! Dat laat weinig ruimte voor een concept waarin de autonomie van de patiënt centraal staat. Daar komt bij, dat het in Japan gangbaar is de patiënt een fatale diagnose, zoals kanker, niet mede te delen. Dit verandert slechts stukje bij beetje.<sup>9</sup>

In de Japanse medische en juridische cultuur staat het zelfbeschikkingsrecht niet in hoog aanzien. In een zozeer op de arts georiënteerde samenleving is er voor patiëntenrechten niet veel ruimte. Bovendien speelt van oudsher de familie een belangrijke rol. Bij ernstig zieke en/of terminale patiënten is men eerder geneigd de familie te vragen wat verder moet worden gedaan dan de patiënt zelf. Desgevraagd zal deze ook te kennen geven het met de

## *In de Japanse medische en juridische cultuur staat het zelfbeschikkingsrecht niet in hoog aanzien*

ondubbelzinnige mondelinge verklaring waarin hij zijn wil uitdrukt, worden gerespecteerd.

- In gevallen waarin de patiënt niet in staat is zijn wil te uiten, rijst de vraag in hoeverre familie of vrienden namens de patiënt kunnen optreden. Als er dan sprake is van een 'betrouwbare getuigenis' over de wens van de patiënt, mag die worden beschouwd als een accurate weergave van die wens en mag dienovereenkomstig worden gehandeld.

In commentaren van de zijde van de JSDD worden met name de acceptatie van de mondelinge verklaring, de plaatsvervangende beslissing van familie en vrienden en het feit, dat ook schriftelijke verklaringen van minderjarigen onder de 15 jaar kunnen worden geaccepteerd, bekritiseerd.<sup>8</sup>

### Beschouwing

Levensbeëindiging is in Japan niet een thema dat de gemoederen van publiek en politiek even sterk bezighoudt als in Nederland gedurende de laatste decennia. Op een enkel spectaculair proces na en afgezien van de veelvuldige acties van de euthanasiebeweging, worden vragen rondom levensbeëindiging doodgezwegen. Artsen zouden ook niet meewerken aan onderzoeken als dat van Van der Maas c.s. en Van der Wal c.s., zo werd ons verzekerd.

familie te willen bespreken of het aan de arts overlaten te beslissen.<sup>10</sup>

De Japan Society for Dying with Dignity zweert vanaf haar oprichting in 1976 bij het levenstestament. Zij wekt haar leden op dergelijke documenten op te maken en te laten registreren. Ongeveer de helft van het aantal leden heeft er een: medio 1991 waren bijna 23.400 levenstestamenten geregistreerd.<sup>11</sup> Op een bevolking van meer dan 120 miljoen mensen kan dat de werkelijke problemen niet oplossen. Bovendien is het juridisch klimaat allerminst rijp voor de acceptatie van schriftelijke verklaringen; de vigerende transplantatiewetgeving wijst de schriftelijke verklaring juist af ten gunste van de toestemming van de nabestaanden.<sup>12</sup>

De juridische appreciatie van euthanasie en hulp bij zelfdoding heeft in Japan een met de onze vergelijkbare ontwikkeling doorgemaakt. Ter nuancering van een algemeen strafbaarheidsbeginsel wordt gezocht naar redeneringen als die van de medische exceptie (het strafrecht is niet voor zorgvuldig handelende medici geschreven) of die van de overmacht of noodtoestand. In de zaak-Yamauchi, vergelijkbaar met ons Leeuwarder euthanasieproces van 1973, is men tot gedeeltelijk vergelijkbare voorwaarden gekomen. De impact van de uitspraak is evenwel veel geringer, nu de rechter niet in de gelegenheid is geweest het leerstuk in

een opeenvolging van uitspraken verder uit te werken.

Een recente stellingname van de Japanse artsenorganisatie bevat enkele voor ons opmerkelijke elementen. Men spreekt zich slechts uit voor de zogenoemde passieve euthanasie en claimt daarbij vrijwaring van aansprakelijkheid. Men gaat vrij ver in het aanvaarden van schriftelijke verklaringen van minderjarigen. In onze ogen onacceptabel is het feit, dat een verklaring van familie of zelfs vrienden, mits die wordt geacht de wil van de patiënt uit te drukken, wordt aanvaard als geldige remplaçant van deze laatste. De verklaring daarvan moet worden gezocht in de Japanse traditie. Het nog lopende proces inzake de zaak-Tokai, waarin juist het plaatsvervangend verzoek van familieleden uiterst discutabel bleek, zou er wel eens toe kunnen bijdragen dat dit standpunt wordt bijgesteld.

### Conclusie

Vergeleken met Nederland is er in Japan voor vraagstukken betreffende het levens-einde een smal en wankel draagvlak. Men heeft er geen notie van in welke mate deze vraagstukken zich voordoen en hoe er in de praktijk mee wordt omgegaan. Gelet op de Japanse cultuur, zou het geen verbazing wekken als patiënten zich vaak op hun artsen zouden verlaten en als dezen

zich naar hun goeddunken een vrijheid van handelen zouden permitteren. Enigerlei controle is er niet. Familieleden zijn degenen die een zaak aanhangig zouden kunnen maken. Artsen zullen dus geneigd zijn aan de verlangens van de familie tegemoet te komen; dit lijkt ook een geaccepteerde praktijk. Als dat zo is, kan ook over de levensbeëindiging van onbekwamen plaatsvervangend worden beslist. Voor ons zou dit laatste geenszins aanvaardbaar zijn. Een ontwikkeling waarin de rechtspositie van de patiënt meer centraal staat en waarin er een beter evenwicht komt in de arts-patiëntrelatie zou in onze ogen dringend gewenst zijn. •

*prof. mr F.C.B. van Wijmen,*  
vakgroep Gezondheidsrecht,  
Rijksuniversiteit Limburg

*dr G. van der Wal,*  
Geneeskundige Inspectie Noord-Holland

### Noten en literatuur

1. De auteurs maakten deel uit van een gezelschap uit de Nederlandse gezondheidszorg, dat van 17 april tot 7 mei 1993 een studiereis maakte door Japan en China. Zie ook: G van der Wal et al, Ontwikkelingen in de Chinese gezondheidszorg en G van der Wal en FCB van Wijmen, Euthanasie in China. Volop in discussie. Medisch Contact 1994; 49: 1428-9.
2. In een tweetal symposia, één op de Kitasato Universiteit en één georganiseerd door de Japan Society for Dying with Dignity, vond deze gedachtenuitwisseling plaats.

3. De gegevens zijn gebaseerd op een aantal artikelen, in de periode 1990-1992 gepubliceerd in Hospital Management International, op voordrachten voor een sessie 'The health care system in Japan, today' tijdens het 13de WONCA-Congres in 1992 in Vancouver, alsmede op een mondelinge, met schriftelijk materiaal ondersteunde briefing van ambtenaren van het Japanse ministerie van Volksgezondheid en Welzijn op 20 april 1993 in Tokyo.

4. Toshiro Takahashi en Taneki Nakano. Care and cure in Japanese health care. Paper presented at the 26th IHF Congress, 29 May to 2 June 1989, The Hague, The Netherlands. Hospital Management International 1992: 366-8.

5. Aukje Leemeijer. Gezondheidszorg en sociale zekerheid in Japan. Het sociale gezicht van een economische wereldmacht. Het Ziekenhuis 1990 (3): 83-7.

6. Otohiko Kaga. The Living Will and Japanese Views on Life and Death. 9th World Conference of the World Federation of Right to Die Societies, October 1992. Citaat uit het Engels vertaald.

7. Kazumasa Hoshino. Euthanasia: Current Problems in Japan. Cambridge Quarterly of healthcare Ethics 1993; 2: 45-7. Met de openbare aanklager in dit met zeer veel publiciteit omgeven proces, mevrouw Wala Fujiso, had een onzer onlangs een uitvoerig onderhoud.

8. Taneo Oki. A welcome development but misgivings on three points. JSDD. Excerpts from Newsletter no 66, Tokyo, sept 1992: 1-4.  
Rokuro Kitayama. The importance of the Living Will. JSDD. Excerpts from newsletter no 66, Tokyo, sept 1992: 6-8.

9. Keike Takeo et al. Health Workers' Attitudes Toward Euthanasia in Japan. Int Nurs rev 1991; 38 (2): 45-8.

10. Kazumasa Hoshino. Patient Self Determination. 9th World Conference of the World Federation of Right to Die Societies, October 1992.

11. Shinichi Fujita. Better Understanding of Living Will Promoted. JSDD. Excerpts from Newsletter no.63. Tokyo, sept 1991: 5-7.

12. De uit 1979 stammende Hoornvliet- en niertransplantatiewet bepaalt, dat een verklaring van een overleden donor geen rechtskracht heeft en dat de toestemming van de nabestaanden voor transplantatie nodig is.



## P R A K T I J K P E R I K E L

### Kracht naar kruis

**O**P DE AFREKENING van mijn giro stond slechts het volgende: "5 oct. I bij I 29,29 I 1588705 I 0658947384 ZKFND5 KRACHT NAAR KRUIS UA KRACHT NAAR KRUIS VERZ. BETA-LING EINDAFR. NR. 044773487 I". Deze zelfs in mijn geheel geautomatiseerde administratie niet te traceren mededeling en het ontbreken van een afrekening van Kracht naar Kruis, deed mij, uit nieuwsgierigheid en uit een gevoel van onbehagen mij ten onrechte te verrijken met geld waarop ik geen aanspraak kan doen gelden, de telefoon pakken. Na veel moeite lukte het mij degene te vinden 'die er alles van wist'. Alsnog een

nota ter verduidelijking was "door automatisering" (?) niet mogelijk. Een verklaring voor de gang van zaken kon hij niet geven en mijn voorstel het bedrag op giro 1588705 terug te storten werd met kennelijke verbazing ontvangen, op de wijze van "Wat de deur uit is, is weg." Mijn reactie, dat het doel van landelijk opererende fondsen is de kosten in onze gezondheidszorg omlaag te brengen, werd slechts beaamd met de verzuchting dat hij hoopte dat dit er ooit van zou komen! Inmiddels moet men toch maar géén artsen honoreren die de praktijk hebben neergelegd! •

Korte door artsen geschreven signalen.  
Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht  
door de redactie.

# Euthanasie door niet-behandelend arts

**D**E HIER AFGEDRUKTE uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft in de media voor discussie en beroering gezorgd. Dit kwam onder andere doordat de uitspraak samenviel met de suggestie dat rondreizende artsen als 'engelen des doods' bereid zouden zijn patiënten aan hun levenseinde te helpen. Geheel afgezien van de ernst van de hier aan de orde zijnde gevallen, blijkt hiervan overigens uit deze uitspraak niet.

Aparte aandacht vraagt de casus van de heer H, een demente patiënt met een eerder opgestelde euthanasieverklaring. Hoewel in de uitspraak van het Centraal College niet uitgebreid aandacht wordt geschonken aan de ernst van het lijden van de patiënt, kan het positieve oordeel van het college over het desbetreffende levensbeëindigend handelen een rol gaan spelen in de discussie over de reikwijdte van de wilsbeschikking en de ernst van het lijden bij ernstig demente patiënten, zoals deze in de derde discussienota van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen van de KNMG aan de orde is gesteld.

Drie principiële punten verdienen hier nadere bespreking. Ten eerste dat het hier levensbeëindigend handelen door een niet-behandelend arts betreft, ten tweede dat de vereiste consultatie deels ontbreekt en ten derde de vraag of een arts als niet-arts bij levensbeëindiging betrok-

ken kan zijn. De laatste vraag heeft ook ter discussie gestaan in de strafrechtelijke toetsing die de desbetreffende casus heeft doorlopen (zie MC nr. 33-34/1993, blz. 1015). De rechtbank Rotterdam accepteerde de stelling van de arts dat zij niet als arts bij de zaak betrokken was niet en legde een gevangenisstraf op van tien maanden (hoger beroep aangetekend). Het Centraal College acht het niet mogelijk dat een arts, als (vertrouwens)arts bij een zaak ingeschakeld, niet als arts bij de levensbeëindiging aanwezig zou kunnen zijn.

Omtrent de noodzaak van consultatie spreekt het Centraal College nog eens uit, dat de consulent een deskundige en onafhankelijke arts dient te zijn met wie de casus gedetailleerd moet worden besproken. Het college stelt niet de eis dat de consulent de patiënt altijd zelf moet hebben gezien; dit in tegenstelling tot de door de regering vastgestelde toelichting op de zogenoemde aandachtspuntenlijst aan de hand waarvan het Openbaar Ministerie toetst (zie MC nr. 21/1994, blz. 697). Daarnaast zal het in het geval dat een niet-behandelend arts overweegt tot levensbeëindiging over te gaan van belang zijn de (oorspronkelijk) handelend artsen te consulteren en voor zover mogelijk bij de gang van zaken te betrekken.

De vraag die de meeste discussie heeft opgeroepen is of een niet-behandelend arts tot euthanasie kan overgaan. Het

standpunt van de inspecteur voor de Volksgezondheid dat een niet-behandelend arts nooit tot levensbeëindiging mag overgaan, wordt door het Centraal College niet gevolgd. Wel acht het Centraal College een ontwikkeling waarbij een aantal artsen zich in het bijzonder met euthanasie bezighoudt, niet wenselijk. Naar onze mening terecht. Als niet-behandelend arts dient de arts uiterst terughoudend te zijn bij het meewerken aan euthanasie/hulp bij zelfdoding. Het gebruik van de term 'vertrouwensarts' suggereert naar de mening van het College dat geen actieve bemoeienis wordt geboden. Met betrekking tot ieder geval van euthanasie/hulp bij zelfdoding zal dienen te worden onderzocht of de arts in dat geval als niet-behandelend arts voldoende kennis heeft genomen van de patiënt om tot euthanasie/hulp bij zelfdoding te kunnen besluiten. In feite komt dit erop neer dat iedere arts zich dient te houden aan de geformuleerde zorgvuldigheids-criteria, behandelaar of niet. Dit komt overeen met de uitspraak van de Hoge Raad in de zaak-Chabot (MC nr. 27-28/1994, blz. 916); ook daar ging het immers om een in oorsprong niet-behandelend arts die hulp bij zelfdoding verleende. •

W.R. Kastelein

R.J.M. Dillmann

## Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege d.d. 16 juni 1994

**H**ET CENTRAAL MEDISCH Tuchtcollege heeft het navolgende overwogen en beslist op het door A, arts, wonende te Z, ingestelde hoger beroep van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te 's-Gravenhage van 11 november 1992, verzonden 20 januari 1993, waarbij zij is onderwor-

pen aan de maatregel van berisping op de klacht van B, geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid, oorspronkelijk klaagster, te noemen: de inspecteur.

1. Het Centraal College heeft kennis genomen van:

- de beslissing waarvan beroep en de daarin vermelde stukken;

- het proces-verbaal van de zitting van het college van eerste aanleg van 11 november 1992;

- het beroepschrift d.d. 17 februari 1993, ingekomen 18 februari daaraanvolgend;

- het aanvullend beroepschrift d.d. 1 april 1993, met bijlagen;

- het verweerschrift in beroep d.d. 13 augustus 1993;
  - de brief van klaagsters na te noemen d.d. 31 januari 1994, waarbij vier produkties zijn overlegd; van deze produkties is met toestemming van de raadsman van de inspecteur kennis genomen.
2. De mondelinge behandeling van het beroep heeft plaats gevonden op donderdag 3 februari 1994. Aldaar zijn verschenen de arts A, bijgestaan door mr C, advocaat te Y; de heer D, arts, toegevoegd inspecteur verbonden aan de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid, in plaats van de inspecteur, die verhinderd was, bijgestaan door mr E, eveneens advocaat te Y, en de door de arts als deskundige genodigde prof. dr F, rustend hoogleraar huisartsgeneeskunde te X, wonende te W.
3. Het beroep is tijdig ingesteld.

4. Het college van eerste aanleg heeft met betrekking tot de ontvankelijkheid en de klacht als volgt overwogen: De beoordeling van de ontvankelijkheid Het verweer van de arts, dat de inspecteur in het geval van mw G niet in de klacht kan worden ontvangen omdat het Openbaar Ministerie van strafvervolgning heeft afgezien, wordt verworpen. Een medische tuchtprocedure als de onderhavige is immers niet te beschouwen als een strafvervolgning, doch deze dient een eigen, ander belang.

### De beoordeling van de klacht

#### Algemeen

Euthanasie of hulp bij zelfdoding door artsen, is een beladen onderwerp. Naar gangbare opvattingen kan hiertoe slechts in uitzonderlijke gevallen en niet dan met de grootste zorgvuldigheid worden overgegaan.

In het kader van die zorgvuldigheid is het onvoldoende dat een arts afgaat op zijn eigen oordeel, ook al is dat volgens de eigen overtuiging met grote zorgvuldigheid gevormd. Waar het gaat om een beslissing van zo zwaar gewicht, moet worden gevergd dat eenstemmigheid bestaat met een andere arts die, op grond van een eigen, onafhankelijk onderzoek tot zijn oordeel is gekomen. Ook aan de overige voorwaarden zal in het algemeen voldaan moeten zijn alvorens een arts besluit aan een verlangen van een patiënt tot euthanasie of tot hulp bij zelfdoding gevolg te geven. Als centrale bezwaar tegen het optreden van de arts heeft de inspecteur genoemd, dat de arts niet optreedt als behandelend arts en desondanks tot levensbeëindiging overgaat. Het College overweegt te dien aanzien als volgt:

In het algemeen verdient het de voorkeur dat, indien een euthanasiebeslissing op

zorgvuldige wijze is genomen, de euthanasie door de behandelend arts wordt uitgevoerd. Deze zal in het algemeen in een nauwere vertrouwensrelatie staan tot de patiënt dan een niet-behandelend arts, en die vertrouwensrelatie is bij een ingrijpende handeling als levensbeëindiging bij uitstek van belang. Er zijn echter zeer wel situaties denkbaar waarin een andere dan de behandelend arts op zorgvuldige wijze kan overgaan tot toepassing van euthanasie. Te denken valt aan situaties waarin de behandelend arts om hem persoonlijk treffende redenen niet bereid of in staat is de levensbeëindigende handeling uit te voeren. In dergelijke gevallen zou het te ver gaan om, zoals de inspecteur voorstaat, de patiënt die zijn leven wenst te beëindigen te verplichten zijn behandeling geheel of gedeeltelijk in handen te geven van een andere arts, alvorens deze laatste tot euthanasie zou kunnen overgaan. Dit onderdeel van de klacht kan dus niet worden aanvaard.

Voor zover de inspecteur onder dit onderdeel van de klacht de arts heeft willen verwijten dat haar handelen in het algemeen uitsluitend is gericht op levensbeëindiging, is deze ook ongegrond. De arts heeft gesteld, dat zij, geconfronteerd met patiënten die hun leven als ondraaglijk en uitzichtloos ervaren, eerst andere oplossingen dan levensbeëindiging tracht te vinden. De inspecteur heeft dit niet gemotiveerd kunnen weerspreken.

#### De heer H

Bij de klacht ten aanzien van de patiënt H heeft de inspecteur de klacht beperkt tot het vorengaande centrale bezwaar, zodat dit onderdeel van de klacht het lot van het vorige moet delen.

#### Mevrouw G

In het geval van mw G kan niet worden gesproken van een ziekte in een terminaal stadium, noch van een infauste prognose. Weliswaar waren de leefomstandigheden van de patiënte zodanig dat zij haar situatie als uitzichtloos ervoer, doch er waren ook momenten waarop zij opleefde. Een gesprek met de geneesheer-directeur van het verpleeghuis heeft ertoe geleid dat de patiënte het beëindigen van haar leven even wilde uitstellen. Een en ander heeft bij de huisarts van de patiënte twijfel post doen vatten omtrent de vastheid van de euthanasiewens van de patiënte. Het college is van oordeel, dat de arts, mede gezien die omstandigheden, niet juist heeft gehandeld door de patiënte behulpzaam te zijn bij het beëindigen van haar leven.

Nu zij bovendien niet als onafhankelijke tweede arts door de huisarts was geadviseerd teneinde diens opvatting over euthanasie in dit geval te toetsen, en de arts niet de opinie van een tweede, onaf-

hankelijke arts heeft verzocht, heeft zij onzorgvuldig gehandeld en het vertrouwen in de medische stand ondermijnd.

#### De heer I

In dit geval is tussen partijen in confesso, dat niet is voldaan aan de voorwaarden waaronder kan worden geoordeeld dat een arts zorgvuldig handelt door bij levensbeëindiging behulpzaam te zijn geweest. De arts is evenwel van oordeel geen hulp te hebben verleend. Het College kan de arts daarin niet volgen. In haar gesprekken met de patiënt heeft de arts hem geadviseerd omtrent mogelijke wijzen van levensbeëindiging, zij heeft de patiënt moreel begeleid bij zijn zelfdoding en heeft toen ook aanwijzingen gegeven omtrent het tijdstip waarop hij de plastic zak over zijn hoofd moest trekken. Daardoor is zij als arts zodanig bij de zelfdoding betrokken geweest dat dit als hulp moet worden beschouwd. Ook dit onderdeel van de klacht is derhalve gegrond. Dat de zelfdoding met behulp van een plastic zak is geschied, is weinig verheffend, maar tucht-rechtelijk niet verwijtbaar aan de arts.

#### De op te leggen maatregel

Nu de klacht in twee onderdelen gegrond is, moet aan de arts een maatregel worden opgelegd. Het college overweegt te dien aanzien als volgt:

De aan de arts te maken verwijten zijn op zichzelf beschouwd van dien aard dat een schorsing in de uitoefening van de geneeskunst op zijn plaats zou zijn. Anderzijds heeft het college begrip voor de moeilijke positie waarin de arts zich bevond en waardering voor de oprechtheid waarmee de arts de problematiek, ook in het kader van de onderhavige klacht, benadert. Het college wil ervan uitgaan, dat de arts, zij het vanuit haar subjectieve opvattingen over de problematiek, oprecht meende zorgvuldig te handelen. Daarom zal met het opleggen van de hierna te vermelden maatregel worden volstaan.

5. Zowel de arts als de inspecteur heeft zodanige bezwaren tegen de beroepen beslissing aangevoerd dat deze in volle omvang aan het oordeel van het Centraal College is onderworpen.

6. Eerst ter zitting wordt een beroep gedaan op de redelijke termijn van art. 6 EVRM. Alhoewel art. 6 EVRM in dit geval niet rechtstreeks van toepassing is, gelet op de sancties die door het Centraal College (vide het arrest van de Hoge Raad 8-1-93, N.J. 1993 N2 558) kunnen worden opgelegd, dient ervan te worden uitgegaan dat ook volgens het nationale Nederlandse recht binnen redelijke tijd het hoger beroep moet worden behandeld. Anders dan de arts aanvoert, gaat deze termijn niet in op de datum van het beroepschrift, doch van het aanvullend beroepschrift. Die redelijke termijn is niet overschreden, gelet



op de verzending van de beslissing, 20 januari 1993, het aanvullend beroepschrift, 1 april 1993, het verweerschrift in beroep, 13 augustus 1993, en de ingewikkeldheid van de zaak. Het Centraal College is van oordeel, dat van een termijnoverschrijding in de behandeling van het beroep dan ook niet kan worden gesproken.

7. De arts is vertrouwensarts van de Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. Het woord 'vertrouwensarts' wordt doorgaans gebruikt voor een arts die niet zelf behandelt. In dit geval blijkt dat anders te zijn, omdat de arts actief bemoeienissen met de patiënten heeft gehad.

De inspecteur is van mening dat een niet-behandelend arts geen levensbeëindigend handelen en hulp bij zelfdoding mag verrichten.

Met het College van Eerste Aanleg is het Centraal College van oordeel, dat het de voorkeur verdient dat een behandelend arts euthanasie/hulp bij zelfdoding uitvoert, omdat de behandelend arts de patiënt reeds kent. De niet-behandelend arts, met name indien deze de patiënt kort kent of geen overleg heeft gepleegd met de huisarts, kan zich vergissen in de consistentie van de hulpvraag van de patiënt en zijn toestand.

Het is de vraag, of iemand die zich bekend maakt als vertrouwensarts van de Vereniging van Vrijwillige Euthanasie de geschikte persoon is om bij een patiënt mee te werken aan euthanasie. De betrokken arts moge aan de ene kant ervaring hebben met levensbeëindiging, aan de andere kant is een ontwikkeling waarbij vragen omtrent het levenseinde worden beoordeeld door specialisten op het gebied van euthanasie, niet aan te bevelen.

Wat daarvan ook zij, het Centraal College zal met betrekking tot ieder geval van euthanasie/hulp bij zelfdoding dienen te onderzoeken of de arts in dat geval als niet-behandelend arts voldoende kennis heeft genomen van de patiënt om tot euthanasie/hulp bij zelfdoding te kunnen besluiten. Het Centraal College volgt niet het standpunt van de inspecteur, dat een niet-behandelend arts nooit tot levensbeëindiging mag overgaan.

8. Dat de arts geen huisarts of specialist is doch basisarts, kan aan het voorgaande niet afdoen. In de afweging van de geoorlooftheid van de verweten handelingen kan de kennis en ervaring van de arts, ook die ten aanzien van oudere patiënten, een rol spelen.

9. Dat, zoals de inspecteur stelt, vanaf het eerste contact van de arts als vertrouwensarts van de Nederlandse Vereniging van Vrijwillige Euthanasie levensbeëindiging in de relatie met de patiënt centraal staat, en wel in die mate dat alle con-

tacten uitsluitend of nagenoeg uitsluitend gericht zijn op het verkrijgen van een bevestiging van de vastheid van de euthanasiewens van de patiënten, wordt door de arts betwist. Zij voert aan, dat hulp ter voorkoming van zelfdoding voorop staat. Het Centraal College is van oordeel dat uit de gewisselde stukken met betrekking tot de voorliggende gevallen in elk geval niet de conclusie van de inspecteur blijkt, dat alle contacten (nagenoeg) uitsluitend zijn gericht op het verkrijgen van een bevestiging van de euthanasiewens van de patiënten.

10. Thans overgaande tot de beoordeling van de medewerking van de arts aan levensbeëindiging van de drie betrokken patiënten, zal het Centraal College eerst de klacht met betrekking tot de patiënt H aan de orde stellen.

11. Het Centraal College neemt over hetgeen in de beslissing van Eerste Aanleg omtrent de klacht met betrekking tot deze patiënt is overwogen:

Het eerste geval betreft de heer H, geboren in 1919. Op 22 november 1980 heeft hij een euthanasieverklaring ondertekend. Vanaf 1987 was er sprake van demantie, gepaard met geheugenverlies en ruimtelijke desoriëntatie. Medio 1988 stelde de neuroloog de diagnose seniele demantie, type Alzheimer. De arts heeft de patiënt en zijn echtgenote voor het eerst op 5 juli 1990 bezocht. Met de patiënt was geen gesprek mogelijk. Daarna heeft de arts met diverse artsen overleg gepleegd, onder anderen met de huisarts. Op 14 juli 1990 volgde een tweede bezoek aan de patiënt, waarbij ook diens dochter en vroegere collega aanwezig waren. In juli zijn door verschillende familieleden verklaringen opgemaakt, waarvan de strekking was, dat de patiënt niet langer zou willen leven als hij in staat zou zijn zijn situatie te beoordelen. In de periode september-oktober 1990 is er diverse malen telefonisch contact geweest tussen de echtgenote en de arts. In deze periode zou de toestand van de patiënt achteruit zijn gegaan. Er was sprake van totale incontinentie.

Op 30 oktober 1990 nam de arts deel aan een bijeenkomst met de echtgenote, haar dochter en de arts J (van de RIAGG). De opvatting was, dat de toestand van de patiënt sterk verslechterde. Hij sprak niet meer, kon niet meer alleen lopen en zat op een stoel met zijn kin op de borst. Het slikken ging steeds moeilijker en ieder uur moest vocht worden toegediend. Tijdens deze bijeenkomst werd een definitieve afspraak gemaakt over het uitvoeren van de euthanasie. De apotheekhoudende huisarts was bereid de euthanatica te leveren. Op 9 november 1990 heeft de arts de levensbeëindiging uitgevoerd.

Onder de in de klacht geschetste omstandigheden is het Centraal College van oordeel, dat niet kan worden gezegd dat de arts zich niet toereikend heeft geïnformeerd over de ziektegeschiedenis van de patiënt, diens actuele situatie en het te verwachten verloop, zoals is aangevoerd door de inspecteur. Niet kan worden gezegd dat de arts onvoldoende zorgvuldigheid heeft betracht. Het verwijt ten aanzien van deze patiënt dient dan ook te worden afgewezen.

12. Met betrekking tot de patiënte G neemt het Centraal College over hetgeen het college van eerste aanleg omtrent de klacht heeft overwogen:

Het tweede geval betreft mw G, geboren in 1901. Zij heeft een euthanasieverklaring ondertekend op 26 september 1974, welke zij op 26 september 1988 heeft herlezen en bevestigd.

Op 4 februari 1990 kreeg de patiënte een CVA. Er ontstonden loopstoornissen, een verlamming aan de linkerarm en later ook spraakstoornissen.

Zij werd opgenomen in het ziekenhuis, waar zij tot 5 oktober verbleef. In de loop van de opname was de revalidatie zo ver gevorderd, dat zij met een uitwendige prothese weer kon lopen en zij weer adequaat kon spreken. De linkerarm functioneerde niet meer, er was een geringe gezichtsverlamming en de patiënte was incontinent. Op 5 oktober is de patiënte opgenomen in een verpleeghuis.

Op 24 april 1990 heeft de arts telefonisch contact gehad met de behandelend neuroloog over mogelijke euthanasie. De neuroloog had daar grote moeite mee. Op 26 oktober 1990 bezocht de arts de patiënte in het verpleeghuis. De patiënte zei dat zij absoluut niet meer wilde leven ("Het is hier zo verschrikkelijk").

Op 2 november was er contact tussen de arts en de huisarts, die overleg zou plegen met de geneesheer-directeur van het huis over de leefomstandigheden. Op 22 november 1990 liet de patiënte de arts weten dat zij absoluut snel euthanasie wensde. Na 22 november 1990 was er overleg tussen de arts en de huisarts. De huisarts zou het benodigde drankje bestellen. Op 2 december belde de zoon van de patiënte de arts op: de patiënte wilde even uitsel, daar zij een gesprek had gehad met de geneesheer-directeur, die haar argumenten tegen euthanasie had voorgehouden. De huisarts ging twijfelen aan de vastheid van de euthanasiewens van de patiënte.

In een gesprek tussen de arts en de huisarts ging deze laatste alsnog akkoord met de wens van patiënte tot de euthanasie. Deze zou plaatsvinden in de woning van de zoon van de patiënte op 17 december 1990 te 11.00 uur. Daar waren toen de arts

en een verpleegster aanwezig. De arts heeft aan de patiënte om 11.20 uur de euthanasiedrank ter hand gesteld, die de patiënte vervolgens heeft ingenomen. Om 11.30 uur overleed de patiënte.

Dit onderdeel van de klacht behelst dat, naast het centrale bezwaar, niet is voldaan aan de voorwaarden dat de patiënt zich moet bevinden in de terminale fase van een ziekteproces, waarin geen verbetering is te verwachten en dat er sprake is van een onvoldoende duurzame, in vrijheid gevormde wens tot levensbeëindiging. Bij de wens van patiënte tot levensbeëindiging lijken vooral de leefomstandigheden doorslaggevend te zijn geweest. Alternatieven voor een aanvaardbare vorm van verpleging en verzorging zijn onvoldoende onderzocht.

Voorts is volgens de inspecteur niet voldaan aan de voorwaarde, dat de arts een andere arts die deskundig en onafhankelijk is, dient te raadplegen. Weliswaar is er contact geweest met de neuroloog en de huisarts, maar dezen waren behandelend artsen, die niet als onafhankelijk kunnen worden aangemerkt. Bovendien is met hen de casus niet voldoende gedetailleerd besproken.

13. Met betrekking tot de klacht inzake mw G overweegt het Centraal College als volgt:

Het Centraal College acht het in strijd met de vereiste zorgvuldigheid, dat de arts zonder te hebben gesproken met de verpleeghuisartsen van het verpleeghuis waar mw G was opgenomen, is overgegaan tot het toepassen van de euthanasie. De arts voert aan dat, de verpleeghuisartsen niet zouden voelen voor euthanasie. Desondanks had het op de weg van de arts gelegen naar het inzicht van de verpleeghuisartsen met betrekking tot de toestand van mw G te vragen; dit te meer omdat de huisarts van de patiënte, die aanvankelijk instemde met euthanasie, nadien te kennen gaf dat de mening van patiënte onvoldoende consistent was om tot euthanasie te besluiten. Daarna is de huisarts weer akkoord gegaan met de euthanasiewens van de patiënte.

Boven twijfel staat, dat patiënte tegenover familie en de arts heeft verzocht euthanasie toe te passen en een euthanasieverklaring had getekend. Van een ernstig duurzaam lijden van patiënte was sprake, van een terminaal lijden niet.

Aangezien de verpleeghuisartsen niet zijn geconsulteerd, is het Centraal College van oordeel dat reeds om die reden de arts niet tot euthanasie had mogen overgaan.

14. Met betrekking tot de euthanasie van de heer I vermeldt de klacht hetgeen is opgenomen in de beslissing van het college van eerste aanleg:

Het derde geval betreft de heer I, gebo-

ren in 1918. Deze was sinds omstreeks 1983 ziek. Hij was in behandeling bij een reumatoloog en een longarts. Enige jaren geleden was de diagnose SLE gesteld.

Op 3 juni 1990 heeft de arts de patiënt voor het eerst bezocht. Deze zei dat hij dood wilde. De arts heeft contact gezocht met de huisarts en de beide hierboven genoemde artsen. Dezen deelden allen mee niet aan levensbeëindiging te willen meewerken. De arts heeft nadien nog twee keer contact gehad met de huisarts, die bij haar standpunt bleef. Zij vond, evenals de specialisten, de patiënt lichamelijk vrij goed.

In een van de gesprekken met de patiënt heeft de arts verteld over een passage uit het boekje 'Zorg jij dat ik niet meer wakker wordt?' Die passage betrof een manier tot zelfdoding met behulp van een hoeveelheid medicijnen (slaapmiddelen) waardoor de patiënt in coma zou raken en waarbij de dood zou intreden door verstikking met behulp van een plastic zak met elastiek. De patiënt heeft toen gevraagd of de arts bij de zelfdoding niet bij hem zou kunnen komen zitten. Daarop reageerde de arts positief. Op 18 juni wilde de patiënt een eind aan zijn leven maken.

De arts is rond 21.00 uur naar de woning van de patiënt gegaan. Rond 21.30 uur heeft zij gevraagd of hij nog steeds dood wilde. Na een bevestigend antwoord heeft de patiënt zelf het papje met de medicijnen gepakt en opgegeten. Daarna nam hij nog drie borrels. Toen de arts merkte dat de patiënt suf werd, heeft zij hem gezegd de plastic zak over het hoofd te doen. Dat deed hij. Hij hield zijn linkerhand tussen zak en keel. Na enige tijd zakte die hand en sloot de plastic zak. Omstreeks 22.05 uur overleed de patiënt.

In het geval van de heer I is, naast het centrale bezwaar, tevens niet voldaan aan de voorwaarde dat er sprake moet zijn van een terminale fase van een ziekteproces, waarin geen verbetering is te verwachten. Ook is er niet voldaan aan de voorwaarde dat een andere deskundige en onafhankelijke dient te worden geraadpleegd, waarbij de casus gedetailleerd moet worden besproken. Tenslotte is niet voldaan aan de eis dat het handelen van de arts bij de levensbeëindiging lege artis moet zijn; begeleiding van een vorm van zelfdoding, waarbij de patiënt door verstikking met een plastic zak overlijdt, past een arts niet.

15. Het Centraal College is van oordeel, dat niet kan worden gezegd dat de arts niet als arts aanwezig zou zijn geweest bij de heer I. Zij is als vertrouwensarts van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie ingeschakeld, zij heeft contact gehad met de behandelend artsen over euthanasietoepassing bij de heer I en zij

had geen andere persoonlijke contacten met de heer I dan als arts. Bij de levensbeëindiging had de arts curare bij zich om zo nodig te gebruiken.

Als arts heeft zij de heer I advies gegeven over de zelfdoding. Zij was in eerste aanleg zelf van oordeel dat niet voldaan is aan de voorwaarden waaronder kan worden geoordeeld dat een arts zorgvuldig handelt door bij levensbeëindiging behulpzaam te zijn. In hoger beroep voert zij aan dat er sprake zou zijn van balanszelfdoding. Het Centraal College gaat ervan uit dat zij hulp heeft verleend bij zelfdoding. Dat de heer I mogelijk zelfs ook suicide had kunnen plegen zonder hulp van de arts, doet er niet aan af dat haar aanwezigheid voor de heer I kennelijk op zijn besluit en de wijze van uitvoering daarvan van beslissende betekenis is geweest.

16. Zoals reeds overwogen, acht het Centraal College een ontwikkeling waarbij een aantal artsen zich in het bijzonder met euthanasie bezig houdt niet wenselijk.

Toch zal het Centraal College volstaan met de in eerste aanleg opgelegde maatregel. Als niet-behandelend arts dient de arts uiterst terughoudend te zijn bij het medewerken aan euthanasie/hulp bij zelfdoding. Bij voorkeur moet de behandelend arts, die de patiënt kent, over de euthanasiewens beslissen. De arts dient ook te beseffen, dat zij als vertrouwensarts binnenkomen- de door actieve bemoeienissen in wezen een andere rol gaat spelen dan als vertrouwensarts.

17. Evenals het college van eerste aanleg acht het Centraal College in het algemeen belang bekendmaking van deze uitspraak aangewezen.

18. Mitsdien wordt als volgt beslist:

### **Rechtdoende in hoger beroep:**

*Bevestigt de beslissing waarvan beroep met wijziging en aanvulling van gronden.*

Bepaalt dat deze beslissing met inachtneming van het in artikel 13b eerste lid van de Medische Tuchtwet bepaalde, wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door toezending aan Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht met verzoek tot plaatsing.

Aldus gegeven in Raadkamer op 3 februari 1994 door mr B. Pronk, voorzitter; prof. dr P. Jongerius, dr J.G.M. Jordans, prof. dr H.K.A. Visser, K.W. Woltering, leden-geneeskundigen; in tegenwoordigheid van mr H.J. Sluyters-Hamburger, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van donderdag 16 juni 1994 in tegenwoordigheid van de secretaris. •

# Zonder overleg patiëntencasus gebruikt voor boek

Uitspraak College voor Medisch Tucht recht te Eindhoven d.d. 28 maart 1994

**H**ET COLLEGE VOOR Medisch Tucht recht te Eindhoven heeft het navolgende overwogen en beslist in de klachtzaak van A, wonende te B, klaagster, tegen C, hoogleraar heekunde te D, wonende te D, verweerder.

Het college heeft kennis genomen van het klaagschrift, van het verweerschrift, van de repliek en de dupliek, en van de daarbij gevoegde produkties.

De klacht is behandeld op de zitting van 28 maart 1994, waarbij zijn gehoord klaagster en haar echtgenoot, bijgestaan door mr E, advocaat te F, en verweerder, bijgestaan door mr G, advocaat te D. Mr E heeft pleitnotities overgelegd.

Op grond van de inhoud van de stukken en de verklaringen ter zitting is het navolgende vastgesteld:

Verweerder is hoofd van de afdeling Heelkunde van het H, en hoogleraar aan de I te D. Hij houdt zich in het bijzonder bezig met de behandeling van posttraumatische dystrofiëpatiënten. Hij heeft op verzoek van de J, in verband met een cursus die hij gaf voor het L te D, een boek samengesteld, bestemd als cursusboek voor behandelaars, zoals artsen en paramedici. Het boek, getiteld: K, onder redactie van C, is door L in 1992 uitgegeven. De uitgave omvatte een groter aantal exemplaren dan strikt nodig was voor de cursus. De J heeft zelf een aantal van de boeken afgenomen. Het boek heeft aandacht gekregen in de media, en L heeft een aantal exemplaren rechtstreeks aan geïnteresseerde aanvragers verkocht. Volledigheidshalve wordt vermeld, dat het boek geen enkel commercieel doel heeft gediend. Noch auteurs, noch de hoofdredacteur hebben enige vergoeding ontvangen. De meeropbrengst boven de productieprijs is door L geschonken aan de J.

Verweerder heeft in het boek een bijlage opgenomen waarin een patiëntencasus wordt beschreven, die dient "als een oefening over diagnostiek en behandeling van een PD-patiënt". Voor die cursus heeft verweerder de ziektegeschiedenis van klaagster gebruikt. Hij heeft de in de cursus verwerkte gegevens ontleend aan hetgeen hem uit hoofde van zijn arts-patiëntrelatie met haar bekend was geworden. Hij heeft vooraf aan/van klaagster geen toestemming gevraagd/verkregen om tot publikatie over te gaan.

## Klacht

Klaagster is van mening, dat verweerder door de publikatie van de ziektegeschiedenis in de vorm waarin dit is geschied en zonder haar toestemming zijn beroepsgeheim heeft ge-

schonden, waardoor het vertrouwen in de stand der geneeskundigen is ondermijnd.

Verweerder bestrijdt de klacht, stellende dat hij door de publikatie zijn beroepsgeheim niet heeft geschonden, laat staan in zodanige mate dat daarmee het vertrouwen in de stand der geneeskundigen zou zijn ondermijnd.

## Beoordeling

Het college stelt voorop, dat sinds jaar en dag de publikatie van authentieke ziektegeschiedenissen is erkend en wordt gebezigd als een waardevolle methodiek voor de ontwikkeling van de medische wetenschap en praktijk, maar tevens dat het belang van medische publikaties, al dan niet in de vorm van gevalbeschrijvingen, de op de behandelend arts rustende verplichting tot geheimhouding niet opheft. Zonder toestemming van de patiënt zal derhalve slechts dan tot publikatie van diens ziektegeschiedenis mogen worden overgegaan, indien in de casus zodanige verhullingen worden aangebracht dat zij, naar redelijke verwachting, voor derden niet herleidbaar is naar de persoon van de desbetreffende patiënt toe.

Naar het oordeel van het college is hieraan door verweerder in het onderhavige geval genoegzaam voldaan, doordat hij de overgenomen gedeelten van de brieven die hij uit de correspondentie van de medische behandelaars heeft geselecteerd, geheel heeft geanonimiseerd met verwijdering van alle plaatsbepalingen, en buiten de casus heeft gelaten het uiterlijk waarneembare feit van amputatie.

Het college kan klaagster derhalve niet volgen in haar standpunt, dat verweerder door de publikatie van de ziektegeschiedenis jegens haar zijn beroepsgeheim heeft geschonden. Daaraan vermag niet af te doen, dat volgens klaagster kort na de publikatie een medebestuurder van het regionaal bestuur van de J haar heeft opgebeld met de vraag of zij wellicht de patiënte was over wie de casus handelde. Kennelijk werd de mogelijkheid onderkend dat de casus klaagster betrof, maar niet méér dan dat. Reacties van derden waaruit klaagster heeft moeten opmaken dat zij klaagster in de casus hebben herkend, zijn door haar niet gesteld, noch anderszins gebleken.

Het college kan klaagster wel volgen waar zij stelt, dat zij - onvoorbereid als zij was op de behandeling van haar ziektegeschiedenis in de uitgave van verweerder - danig is geschrokken, toen zij de casus las en zichzelf daarin herkende. Uiteraard zal de publicist van een ziektegeschiedenis, zoals verweerder, erop bedacht zijn de casus niet zo-

zeer te denatureren dat zij de betekenis van een authentiek en functioneel verslag verliest, maar hij dient er tegelijk op bedacht te zijn dat, zoals klaagster terecht opmerkt, de patiënt zelf al snel tot herkenning zal kunnen komen of een sterk vermoeden zal kunnen hebben vanwege enkele typerende samenkomende details. Door aan dit laatste voorbij te gaan en doordat hij "zelfs niet de moeite heeft genomen vooraf met haar erover te praten", is naar het oordeel van het college verweerder jegens klaagster te kort geschoten in voorkomendheid en wellevendheid, zonder dat daarbij evenwel kan worden gesproken van een voor enige tuchtrechtelijk maatregel in aanmerking komend handelen. Het college is wel van oordeel, dat het aanbeveling verdient de regels voor publikatie van een casus in medische literatuur in diere voege aan te scherpen dat er in geval van aannemelijke kans op herkenning door de patiënt zelf of een persoon uit de kring van intimi, van tevoren overleg tussen auteur en patiënt plaatsvindt om consensus te bereiken over de meest geschikte vorm van publikatie.

Het vorenoverwogene leidt tot de conclusie, dat de klacht ongegrond moet worden verklaard, maar dat een vergoeding aan verweerder uit 's Rijks kas als bedoeld in artikel 69 van het Reglement Medisch Tucht recht en oplossing van geschillen niet voor toewijzing vatbaar is.

Het komt het college van algemeen belang voor, dat deze beslissing met inachtneming van het bepaalde in artikel 13 b, eerste lid van de Medisch Tucht wet, op de hierna aangegeven wijze wordt bekendgemaakt.

## Beslissing

*Verklaart de klacht ongegrond;*

Wijst af het verzoek van verweerder om toekenning van een vergoeding zoals voorzien in artikel 69 van het Reglement Medische Tucht recht;

Bepaalt dat deze beslissing met inachtneming van het bepaalde in artikel 13b, lid 1 van de Medische Tucht wet wordt bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met verzoek tot plaatsing aan de redacties van het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Medisch Contact.

Aldus beslist op 28 maart 1994 door mr A.A.S.M. Aerden, plaatsvervangend voorzitter, mr dr H. Sluzewski en C.E. Metz, leden-geneeskundigen, R. Vergoesen en dr C.W.G.M. Frenken, plaatsvervangend leden-geneeskundigen, in aanwezigheid van mr L.C.A.M. Pessers, secretaris. •

## Uitspraak Raad van Beroep

*Opneming/uitsluiting in waarnemingsregeling***K N M G***Samenvatting RvB 925/01/93*

Het conflict betrof de vraag of de verzoekende huisarts al dan niet moest worden toegelaten tot deelname (op basis van wederkerigheid) aan de regeling voor de avondwaarneming van de andere ter plaatse gevestigde huisartsen, verweerders. De waarneming was ter plaatse als volgt geregeld: de weekendwaarneming was georganiseerd door de zogeheten grote waarnemingsgroep, waarbij alle plaatselijke huisartsen waren aangesloten. De avond- en vakantiewaarneming binnen deze grote waarnemingsgroep was georganiseerd in enkele kleine waarnemingsgroepen. De verzoekende huisarts was wel in de grote waarnemingsgroep opgenomen voor de weekendwaarneming, maar niet in één van de kleine waarnemingsgroepen voor de avond- en vakantiewaarneming.

In het verleden had de verzoekende huisarts wel deelgenomen aan een der kleine waarnemingsgroepen, doch daaraan was na een periode van arbeidsongeschiktheid ten gevolge van surmenage en alcoholproblemen een einde gekomen. Sindsdien namen de collegae van een kleine waarnemingsgroep eenzijdig voor de verzoekende huisarts de avonddienst waar wanneer deze dat wenste. Verweerders meenden dat er nog steeds sprake was van alcoholmisbruik en disfunctioneren en weigerden daarom hem op basis van wederkerigheid op te nemen in de avondwaarneming binnen hun kleine waarnemingsgroep.

De Districtsraad was van oordeel dat, nu de verzoekende huisarts door zijn collega's wel opnieuw was toegelaten tot deelname op basis van wederkerigheid aan de weekendwaarneming binnen de grote waarnemingsgroep, hij ook moest worden toegelaten tot deelname op basis van wederkerigheid aan de avondwaarneming binnen één van de kleine waarnemingsgroepen.

Tegen deze beslissing werd door verweerders beroep ingesteld. In hun beroepsschrift voerden zij aan, dat zij voldoende in de waarnemingsbehoefte van de verzoekende huisarts hadden voorzien door hem op basis van wederkerigheid te laten deelnemen aan de weekendwaarneming binnen de grote waarnemingsgroep en voorts eenzijdig voor hem waar te nemen gedurende de avonduren wanneer hij dat wenste.

De Raad van Beroep stelde voorop, dat - zoals ook de Districtsraad terecht als uitgangspunt had genomen - ingevolge de regels voor opneming in respectievelijk uitzetting uit de

waarnemingsregelingen, zoals gepubliceerd in de KNMG-gedrageregels voor artsen, een huisarts die lid is van de KNMG en zich heeft gevestigd met inachtneming van de wettelijke voorschriften, de gedragsregels van de KNMG en de vestigingsregels van de LHV, er in beginsel jegens de andere ter plaatse gevestigde huisartsen die KNMG-lid zijn, recht op heeft volledig en op basis van wederkerigheid te worden opgenomen in de tussen dezen van kracht zijnde waarnemingsregeling. Afwijking van dit in beginsel bestaande recht kan volgens de Raad van Beroep slechts in uitzonderingsgevallen mogelijk en geoorloofd worden geacht, indien daartoe zwaarwegende redenen bestaan. Op grond van de stukken en hetgeen was gebleken bij de mondelinge behandeling ter zitting was de Raad van Beroep in dit geval tot de overtuiging gekomen dat de persoonlijke verhoudingen tussen partijen ernstig en blijvend waren verstoord. Een verplichting van verweerders om de verzoekende huisarts op basis van wederkerigheid te laten deelnemen aan de avondwaarnemingsregeling binnen één van de kleine waarnemingsgroepen kon naar het oordeel van de Raad van Beroep slechts leiden tot verdere ernstige conflicten tussen partijen, hetgeen afbreuk zou doen aan de kwaliteit van de patiëntenzorg ter plaatse. De Raad van Beroep liet daarbij in het midden de vraag aan wie van partijen het ernstig verstoord zijn van de onderlinge persoonlijke verhoudingen in overwegende mate viel te verwijten. Het feit dat de verzoekende huisarts wel op basis van we-

derkerigheid was toegelaten tot de weekendwaarneming binnen de grote waarnemingsgroep achtte de Raad van Beroep geen doorslaggevend argument om hem ook op basis van wederkerigheid toe te laten aan de avondwaarneming binnen één van de kleine waarnemingsgroepen. Door verweerders was voldoende aannemelijk gemaakt dat deelname op basis van wederkerigheid aan de avondwaarneming binnen een kleine waarnemingsgroep een aanmerkelijk intensiever contact met zich meebrengt met een aanmerkelijk grotere kans op conflicten tussen de tot deze groep behorende artsen en de verzoekende huisarts dan dat geval is bij de weekendwaarneming in de grote waarnemingsgroep. De Raad van Beroep vernietigde de uitspraak van de Districtsraad en wees het verzoek van de verzoekende huisarts alsnog af. De Raad van Beroep gaf bovendien partijen het dringende advies om te trachten over de tussen hen bestaande conflicten en irritaties heen te stappen en te streven naar een op den duur volledige deelname op basis van wederkerigheid aan de waarnemingsregeling zoals die tussen de plaatselijke huisartsen bestond, met inbegrip van de avond- en vakantiewaarneming binnen de zogenoemde kleine waarnemingsgroepen. Daarbij werd aan partijen in overweging gegeven een bemiddelings-/begeleidingscommissie in het leven te roepen die hen hierin zou kunnen bijstaan en werden aanwijzingen gegeven voor de wijze waarop een dergelijke commissie zou kunnen worden samengesteld. •

**Kandidaatstelling****L A D**

Als kandidaat voor de functie van afgevaardigde en plaatsvervangend afgevaardigde ter ledenvergadering der LAD wordt door het bestuur der LAD voorgedragen:

**Bundeling X**

*Artsen (assistent) werkzaam in algemene dienst in instellingen*

J.A. den Ouden, Noordwijk

J.H.J. Gehéniau, Nieuw Vennep, plv. afgevaardigde

**Bundeling XII**

*Huisartsen en assistent-huisartsen*

mw F.N.M. Langens, Amersfoort  
mw H.G.K. Arps, Den Haag  
mw T.M.C. Cohen Stuart, Rotterdam

**Bundeling XV**

*Artsen niet genoemd onder sub I t/m XIV*

M.M. Schonk, Huissen

mw M.F. Boon, Amsterdam, plv. afgevaardigde

*Tegenkandidaten kunnen 4 weken na deze publikatie schriftelijk aan de secretaris van de vereniging worden medegedeeld (conform artikel 8 lid 4 van het huishoudelijk reglement van de LAD). •*



# Jaarverslagen Commissies van Beroep 1993

## K N M G

### Algemeen

De drie Commissies van Beroep als bedoeld in het Huishoudelijk Reglement der KNMG, de artt. 1031, 1082 en 1129, hebben in 1993 negen beslissingen genomen, die hieronder zullen worden besproken.

Prof.dr J.C. Birkenhäger verzocht aan het einde van het jaar te mogen terugtreden. In zijn plaats is door het Discipline-overlegorgaan van de Medische Wetenschappen van de Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten als lid benoemd het plaatsvervangend lid prof.dr J.N. Homan van der Heide. Als nieuw plaatsvervangend lid werd benoemd prof.dr N.F.Th. Arts.

### Commissie van Beroep Medische Specialisten

In dit jaar kwamen er zes beroepen binnen, waarvan er drie zijn ingetrokken; tevens liep er nog één zaak uit 1992. Deze zaak en twee van de binnengekomen zaken hebben geleid tot de hierna besproken beslissingen. Aan het einde van de verslagperiode liep nog één zaak.

#### S 1993-1 (mislukte opleiding)

In de in 1992 pro forma aangetekende beroepszaak kwam in mei het aanvullend beroepschrift binnen. Het betrof een moeizaam verlopen opleiding. Er was een aantal negatieve beoordelingen en herbeoordelingen. Betrekkelijk positieve beoordelingen waren voorzichtig gesteld en mondden uit in een voorstel de opleiding te verlengen of te verplaatsen. Uiteindelijk had de opleiding meer dan tien jaar geduurd en vond de arts dat hij klaar was. Hij had, naar eigen mening, ruimschoots aan de gestelde eisen voldaan. Er was echter geen positieve verklaring van zijn opleider als bedoeld in art. A 23 van Besluit no. 2-1966.

Eén van de argumenten die de appellant naar het oordeel van de Commissie van Beroep ten onrechte aanvoerde, was dat de opleiding alleen moest worden beoor-

deeld aan de hand van de bijzondere eisen. Daarbij zag hij over het hoofd dat de algemene opleidingseisen de eis stellen, dat de arts in staat is het specialisme zelfstandig naar behoren uit te oefenen.

Deze zaak voegt zich in de rij van eerdere zaken betreffende een mislukte opleiding. Het betreft soms tragische gevallen van te kort schieten van communicatie tussen opleider en assistent. Vaak schuwt de opleider een hard oordeel en is de assistent doof voor hints. Soms kan het de assistent nauwelijks worden verweten dat hij de opleiding jarenlang heeft voortgezet, en soms is het zelfs zo dat hij daartoe is aangezet door goed bedoelde adviezen. Zachte heelmeeesters maken stinkende wonden ...

Al dit soort bijzonderheden kan echter niet wegnemen, dat erkenning en inschrijving niet kan en mag worden toegestaan aan artsen ten aanzien van wie niet - uiteindelijk - een positief oordeel kan worden uitgesproken. De Commissie van Beroep overwoog:

"Bij de beoordeling van een beroep als het onderhavige moet ervan worden uitgegaan dat de SRC in beginsel gerechtigd is registratie te weigeren, indien de opleider van oordeel is dat de assistent-geneeskundige niet geschikt en/of in staat moet worden geacht het specialisme zelfstandig naar behoren uit te oefenen nadat de opleiding is beëindigd. Dit is, voor zover hier van belang, alleen anders indien in een gegeven geval aan de gang van zaken die tot het ontbreken van een positief oordeel heeft geleid, formeel of inhoudelijk zodanige gebreken kleven dat de SRC in redelijkheid niet kan volstaan met te constateren dat bedoeld positief oordeel ontbreekt. Een zodanig geval doet zich hier echter niet voor."

De Commissie van Beroep gaat stap voor stap na of de opleiding mogelijk formeel of inhoudelijk zodanige gebreken vertoont dat een andere beslissing genomen had moeten worden, in plaats van zonder meer te weigeren de arts in te schrijven. De marge waarin de Commissie van Beroep zich beweegt bij de beoordeling van een en ander is breed, maar per saldo

verklaarde de commissie het beroep toch ongegrond.

#### S 1993-2 (mislukte opleiding)

Deze zaak verschilt wat de essentie betreft nauwelijks van de voorgaande. Natuurlijk waren de omstandigheden verschillend, maar er waren toch ook zeer opvallende overeenkomsten en de beslissing kwam op hetzelfde neer.

#### S 1993-3 (beroep tegen korte verlenging opleidingsbevoegdheid)

Nog niet eerder heeft de Commissie van Beroep moeten oordelen over de vraag of beroep mogelijk is tegen de verlenging van opleidingsbevoegdheid (het opnieuw verlenen van opleidingsbevoegdheid) met een periode korter dan vijf jaar. Statuten noch Huishoudelijk Reglement bieden ter zake een beroepsmogelijkheid, doch de commissie is niettemin zorgvuldig nagegaan of hierbij mogelijk sprake is van een verzuim. De conclusie van dit onderzoek is, dat het ontbreken van een beroepsmogelijkheid in dezen niet onaanvaardbaar is. De opleider houdt natuurlijk wel een beroepsmogelijkheid als de SRC hem na de korte erkenning niet opnieuw zou erkennen.

### Commissie van Beroep Sociale Geneeskunde

In 1993 werden geen zaken aan de Commissie van Beroep voorgelegd.

### Commissie van Beroep Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde

In dit jaar kwamen vier beroepen binnen. Tevens liepen nog twee zaken uit 1992. Deze zes zaken hebben geleid tot de volgende beslissingen.

#### H 1993-1 (in Engeland opgeleide huisarts, EEG-recht)

Het EEG-recht wordt regelmatig ingeroepen door huisartsen die in het buitenland zijn opgeleid en menen dat zij, omdat zij in dat buitenland wel mogen praktiseren, alleen al om die reden in Nederland moeten worden erkend. In dit geval

ging het om iemand met een Nederlands artsexamen die in Engeland was opgeleid tot huisarts en die op grond van die opleiding inderdaad als huisarts in Nederland was ingeschreven, maar die daarna niet als huisarts ging werken. Na vijf jaar werd de arts van het register afgevoerd. De arts meende, dat dat niet in overeenstemming was met de EEG-regelgeving, omdat op grond daarvan erkenning van iemand die in het bezit is van een diploma van een erkende opleiding uit een EEG-lidstaat niet zou mogen worden geweigerd. Dat is wel juist, doch niet helemaal. De commissie overwoog: Naar luid van genoemd artikel 8 lid 2 (van EEG-Richtlijn 86/457, dBK) dient iedere lidstaat de daar bedoelde certificaten te erkennen door daaraan op zijn grondgebied "dezelfde rechtsgevolgen te verbinden" als aan, kort gezegd, de diploma's die hijzelf afgeeft. Er is geen reden om aan te nemen dat die gelijkstelling in rechtsgevolgen niet geldt als het gaat om de toepassing van de - in het belang van de volksgezondheid opgenomen - bepaling, dat een in het register ingeschrevene door de HVRC uit het register kan worden uitgeschreven indien hij gedurende vijf jaar niet regelmatig als huisarts werkzaam is geweest (artikel 1122 lid 1 onder a HR).

#### *H 1993-2 (overgangsrecht verpleeghuisartsen)*

Het beroep in deze zaak werd aangetekend door een arts die de HVRC weigerde in te schrijven in het register van erkende verpleeghuisartsen. Het beroep werd aanvankelijk 'pro forma' ingediend en pas in 1993 inhoudelijk onderbouwd. De Commissie van Beroep accepteert in het algemeen deze gang van zaken, zolang daarmee geen wezenlijke belangen worden geschaad.

De arts meende in aanmerking te moeten komen voor toepassing van de overgangsbepalingen, die achter artikel 1134 van het Huishoudelijk Reglement zijn opgenomen. De arts had na zijn artsexamen in 1989 vakantiewaarnemingen gedaan in een verpleeghuis. Daarna was hij gedurende het hele jaar 1990 als arts-assistent werkzaam op de geriatrie afdeling van een academisch ziekenhuis. Begin 1991 was hij als arts in een verpleeghuis gaan werken.

Het nieuwe hoofdstuk XVIC van het Huishoudelijk Reglement, waarin de Verpleeghuisgeneeskunde bij de regeling

terzake van de Huisartsgeneeskunde is opgenomen en de HRC werd omgedoopt in de HVRC, is in werking getreden op 15 maart 1990. Dat was dus de cruciale datum voor toepassing van de overgangsregeling. De vraag was dus: was de arts op die datum wel of niet "aaneengesloten op het terrein van de verpleeghuisgeneeskunde werkzaam"? De vraag werd toegespitst op de vraag, of werk op een geriatrie afdeling van een academisch ziekenhuis gelijk te stellen is met werk op het terrein van de verpleeghuisgeneeskunde. De Commissie van Beroep was van oordeel dat dat niet het geval is.

#### *H 1993-3 (selectie, continue zorg)*

De vraag wat precies onder een huisarts moet worden verstaan, blijft moeilijkheden opleveren.

Een huisarts zag zijn inschrijving in het register beëindigd, omdat hij in een dienstverband (waarvoor inschrijving als erkende huisarts overigens voorwaarde was) medische hulp bood aan personeel van zijn onderneming en bepaalde groepen van andere personen. Getoetst aan de Herziene Richtlijnen 1987 konden de werkzaamheden van de arts niet worden gekwalificeerd als "werkzaam zijn als huisarts". Met name was er in de ogen van de HVRC ten aanzien van geen enkele patiënt sprake van de vereiste continue zorg. De arts voelde zich ernstig gedupeerd, met name omdat hem net een full-time aanbod tot deelname in een huisartspraktijk was aangeboden. De Commissie van Beroep oordeelde: "De arts verleent de in de Herziene Richtlijn 1987 bedoelde algemene medische zorg alleen ten aanzien van een betrekkelijk kleine groep voornamelijk buitenlandse mannen, van wie mag worden aangenomen dat zij niet jonger zijn dan 18 en niet ouder dan 40, door de arts ter zitting omschreven als "ruige jongens". Alle overige medische zorg verleent de arts incidenteel en bij wijze van 'eerste opvang' aan personen die een andere arts als huisarts hebben. Op grond hiervan komt de Commissie van Beroep tot het oordeel dat de werkzaamheden van de arts, hoe waardevol ook, niet kunnen worden beschouwd als werkzaamheden van een huisarts."

#### *H 1993-4 (huisarts in Rome?, EEG-recht)*

Wederom een zaak gebaseerd op het

EEG-verdrag en de daarop gebaseerde regelgeving in diverse Richtlijnen. De arts in deze kwestie was indertijd als huisarts gaan werken, nog voordat er een afzonderlijke huisartsopleiding bestond en nog voordat erkenning en registratie was ingevoerd. Daarna had hij gedurende een aantal jaren ander werk gedaan. Van 1984 tot 1992 had hij als arts in Rome gewerkt. Na terugkeer in Nederland vroeg hij erkenning en inschrijving als huisarts, hetgeen door de HVRC werd geweigerd. De HVRC baseerde deze beslissing op een formele uitleg van EEG-Richtlijnen, doch zag daarbij, naar het oordeel van de Commissie van Beroep, over het hoofd dat het EEG-verdrag in beginsel het recht van vestiging waarborgt. Overwogen werd:

"In de huidige overgangsperiode (namelijk zolang er in Italië nog geen huisartsopleiding bestaat, dBK) staat het Nederland vrij artsen met een Nederlands artsdiploma die noch in Nederland, noch in enige andere lidstaat van de EEG de voor het in Nederland als huisarts kunnen functioneren voorgeschreven opleiding hebben gevolgd, niet zonder meer als huisarts te erkennen. Immers mag een lidstaat, bij gebreke van harmonisatie van de voorwaarden voor de toegang tot een beroep, vaststellen welke kennis en bekwaamheden voor de uitoefening van dat beroep vereist zijn en de overlegging verlangen van een diploma waaruit het bezit van die kennis en bekwaamheden blijkt. Dat neemt evenwel niet weg, dat de HVRC niet kon volstaan met de constatering dat erkenning en inschrijving van de arts niet door toepasselijke Richtlijnen geboden werd en dat derhalve erkenning en inschrijving van de arts als huisarts eerst zou kunnen plaatsvinden na het volgen van de voorgeschreven opleiding. Krachtens de artikelen 5 en 52 van het EEG-Verdrag hebben onderdanen van alle EEG-lidstaten immers een gewaarborgd recht van vestiging, dat, naar het tweede lid van artikel 52 bepaalt, de toegang tot werkzaamheden anders dan in loondienst omvat. De lidstaten moeten maatregelen treffen om de nakoming van de uit het EEG-verdrag voortvloeiende verplichtingen te verzekeren en dienen zich te onthouden van alle maatregelen welke de verwezenlijking van de doelstellingen van het EEG-Verdrag in gevaar kunnen brengen. Indien in nationale voorschriften geen rekening gehouden wordt met door een

• CSG • CHVG • SRC • SGRC • HVRC •

betrokkene reeds in een andere lidstaat verworven kennis en bekwaamheden, kan dit tot gevolg hebben dat het gewaarborgde recht van vestiging wordt belemmerd: daarom zal rekening gehouden moeten worden met diploma's, certificaten en andere titels die de betrokkene met het oog op de uitoefening van hetzelfde beroep in een andere lidstaat heeft verworven, door de uit die stukken blijken de bekwaamheden te vergelijken met de in de nationale regeling verlangde kennis en ervaring. Wanneer in het kader van dit vergelijkend onderzoek blijkt dat de uit de buitenlandse diploma's, certificaten of andere titels blijken de kennis en bekwaamheden slechts gedeeltelijk overeenkomen met de in de nationale regeling gestelde eisen, mogen de nationale autoriteiten beoordelen of en in hoeverre praktische beroepservaring, hetzij in het land van herkomst (in casu Italië), hetzij in het gastland (in casu Nederland), voor het vereiste bewijs, dat ontbrekende kennis is verworven, kan volstaan.

"De Commissie van Beroep stelt vast, dat de HVRC in casu weliswaar uitvoerig met de arts heeft gesproken over zijn praktijkervaring in Italië, doch niet een vergelijkend onderzoek heeft uitgevoerd, als in het bovenstaande bedoeld. Met name blijkt uit de motivering van de beslissing waarvan beroep niet dat dit aspect door de HVRC in haar overwegingen is betrokken. De Commissie acht weinig aannemelijk dat de arts in de ogen van de HVRC een belangrijk deel van de noodzakelijke kennis en bekwaamheden zou missen, indien hij inderdaad in Italië gedurende meer dan vier jaar huisarts is geweest, gelet op de uit artikel 3 van Besluit CHG nr. 1-1984 blijken de gedachte dat de kennis en bekwaamheden van artsen van buiten de EEG, die in het buitenland zijn opgeleid en daar, zonder specifieke huisartsopleiding huisarts zijn geworden en vier jaar zijn gebleven, gelijkwaardig geacht worden met de hier de lande vereiste kennis en bekwaamheden."

*R 1993-5 (voldoende waarnemingen?)*  
Ten aanzien van een huisarts van wie de HVRC in 1990 al vond dat zijn werkzaamheden niet in overeenstemming waren met de Herzene Richtlijnen 1987, had de HVRC een bepaalde periode gesteld waarbinnen deze arts zijn werkzaamheden daarmee in overeenstemming zou kunnen brengen. Aan het

einde van die periode was de HVRC van oordeel dat de werkzaamheden nog steeds niet in overeenstemming waren met de Richtlijnen. In concreto bleek het te gaan om het aantal weken dat de arts waarnemingen verrichtte. De Richtlijnen stellen als minimum 26 weken in vijf jaar, waarbij waarnemingen van korter dan twee weken niet meetellen. De arts kwam niet op meer dan ruim de helft.

#### *H 1993-6 (voldoende waarnemingen?)*

Ook in deze zaak ging het om het tellen van weken waarnemingen. De arts had vijf jaar geleden drie weken waargenomen en vier jaar geleden nog eens negen weken, doch daar was het bij gebleven. Naar aanleiding van kritiek van de arts op het beleid van de HVRC, die onvoldoende rekening zou houden met de belangen van huisartsen die zijn aangewezen op het doen van waarnemingen, overwoog de Commissie van Beroep: "De HVRC heeft ter zitting haar beleid als volgt toegelicht: In de Richtlijnen is er rekening mee gehouden dat het moeilijk kan zijn om als huisarts aan de slag te komen. De Richtlijnen zijn niet alleen gericht op inhoudelijke eisen, maar ook op het conjuncturele aspect. Basiseis is de mate waarin iemand als huisarts werkzaam is. Een beperkte verlenging wordt weleens verleend, maar in de omstandigheden van dit geval was daarvoor geen aanleiding. Na 1989 is de arts opgehouden met alle waarnemingen. Daaruit valt te concluderen, aldus de HVRC, dat de arts - die met de Richtlijnen op de hoogte was - niet in voldoende mate actief bij het vak betrokken is geweest.

De Commissie van Beroep is van oordeel dat de HVRC in redelijkheid kon oordelen dat er, gezien de omstandigheden van dit geval, geen reden was op het verzoek van de arts om een beperkte verlenging in te gaan."

De Commissie van Beroep sloeg acht op het feit dat de HVRC de inschrijving van de arts, na een eerdere beslissing van uitschrijving, op verzoek van de arts nog met anderhalf jaar had verlengd, hoewel de arts ook toen niet kon wijzen op het vereiste aantal weken waarnemingen in de afgelopen vijf jaar. Daarmee heeft, aldus de Commissie van Beroep, de HVRC er voldoende blijk van gegeven het belang van de arts niet uit het oog te hebben verloren. •

KNMG - COLOFON

### KNMG

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij  
tot bevordering der Geneeskunst  
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht  
tel. 030 - 823911

#### Postadres

Postbus 20051  
3502 LB Utrecht

#### Postgironummer

58083-AMRO banknummer 45 64 48 969

#### KNMG-Informatielijn

030-823339

#### KNMG-antwoordapparaat

030-823201

#### Telefax

030-823326

#### Dagelijks bestuur

R.H. Levi, voorzitter;  
mr J.G.M. Lanphen, ondervoorzitter;  
H. Knock  
F.M.L.H.G. Palmen  
dr G.M.H. Tanke  
mr H.A. Bouwman

#### Secretariaat

Th.M.G. van Berkestijn, secretaris-generaal  
dr R.J.M. Dillmann, secretaris-arts  
mr dr W.R. Kastelein, secretaris-jurist  
R.J. Mulder, secretaris Verenigingszaken en PR  
K. Theunissen, hoofd financieel-economische  
en administratieve zaken

#### LHV

Landelijke Huisartsen Vereniging  
drs Chr. R.J. Laffrèe, algemeen directeur  
mr G.J.M. Venneman, informaticus

#### LSV

Landelijke Specialisten Vereniging  
drs F.W.M. Hol, directeur  
J.H. v. Doorn-Knul, hoofd communicatie

#### LAD

Landelijke vereniging van Artsen  
in Dienstverband  
mr A.W.J.M. van Bolderen, directeur  
mr J.C. Steenbrink, secretaresse

#### LVSG

Landelijke Vereniging van  
Sociaal-Geneskundigen  
A.L.J.E. Martens, directeur  
mr J.A. van Walderveen-van der Louw,  
secretaresse.

#### CC

Centraal College voor de erkenning en registratie van  
medische specialisten  
mr J.C. de Hoog, secretaris  
mr C.S. de Jong, secretaresse

#### CSG

College voor Sociale Geneeskunde  
mr J.C. de Hoog, secretaris  
mr C.S. de Jong, secretaresse

#### CHVG

College voor Huisartsgeneeskunde en  
Verpleeghuisgeneeskunde  
mr J.C. de Hoog, secretaris  
mr C.S. de Jong, secretaresse

#### SRC

Specialisten Registratie Commissie  
dr J. Felderhof, secretaris, bureauhoofd  
mr J.M. Koornneef, hoofd sector visitatie, wnd bureauhoofd

#### SGRC

Sociaal-Geneskundigen  
Registratie Commissie  
mr mr P.A. van Tilburg-Hadders, secretaris  
mr D. Hennevelt-Wolters, secretaresse  
Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.

#### HVRC

Huisarts en Verpleeghuisarts  
Registratie Commissie  
dr L.R. Kooij, algemeen secretaris  
N.F. de Pijper, secretaris  
mr drs E.T. Wismeyer, chef de bureau

#### Bibliotheek

prof. dr M.J. van Lieburg, bibliothecaris  
p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425,  
1012 WP Amsterdam.

#### 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.



## A M B U L A N T

**- 24 NOVEMBER T/M 20 DECEMBER -**  
Nascholingscentrum huisartsen te Rotterdam:  
**De vereniging 'Met Pincet en Penseel' stelt  
werk tentoon van haar leden.**  
*Inlichtingen: Dr H. Eckstein, tel. 02159-30839.*

**- 24 NOVEMBER - DO.**  
Domus Medica te Utrecht:  
**algemene vergadering van de NVMETC met  
als thema 'Wetenschappelijk onderzoek bij  
wilsonbekwamen'** bestemd voor de leden van  
de Medisch Ethische Toetsingscommissies die  
lid zijn van de NVMETC en andere belangstel-  
lenden.  
*Inlichtingen: Secretariaat, mw V.J. Stein-  
Postma, tel. 030-739348.*

**- 24 NOVEMBER - DO.**  
Medische bibliotheek Erasmus Universiteit  
Rotterdam:  
**bijeenkomst**, georganiseerd door de Vereniging  
tot Instandhouding ener Medische Bibliotheek  
en het Rotterdams Medisch Gezelschap; lezin-  
gen 'Uit de geschiedenis der medische boek-  
illustratie' (prof.dr M.J. Lieburg) en 'Multimedia  
in het medisch onderwijs en de medische prak-  
tijk' (prof.dr C.F. van der Klauw).  
*Inlichtingen: prof.dr J. Huisman, tel. 010-  
4187505/dr J. Ridderikhoff, tel. 010-4528069.*

**- 25 NOVEMBER - VR.**  
De Trefkoel dependance Morgenster te Gronin-  
gen:  
**studiedag 'Kind tussen wal en schip'.**  
Doelgroep: jeugdartsen, CB-artsen, hoofd-  
verpleegkundigen.  
*Inlichtingen: drs H.J. Poppen, tel. 050-633099.*

**- 25 NOVEMBER - VR.**  
Hotel de Witte Raaf te Noordwijk:  
**symposium 'De begeleiding van mensen met  
hemofilie en HIV/AIDS'.**  
Doelgroep: AIDS-internisten en verpleegkundig  
AIDS-consulenten, hemofiliebehandelaars en  
verpleegkundigen en psychosociale hulpverle-  
ners.  
*Inlichtingen: NVHP, tel. 020-6599021.*

**- 25 NOVEMBER - VR.**  
Laboratorium voor Fysiologie te Leiden:  
**cursus 'Bloedgroepenantagonismen in de  
zwangerschap: recente ontwikkelingen',**  
georganiseerd door de Boerhaave Commissie.  
*Inlichtingen: Bureau Boerhaave Commissie, mw  
P.C.T. Metz, tel. 071-275290.*

**- 25 EN 26 NOVEMBER - VR./ZA.**  
Koningshof te Veldhoven:  
**Medisch Informatica Congres'94**, georgani-  
seerd door de Nederlandse Vereniging voor  
Medische en Biologische Informatieverwerking  
en de Belgische Vereniging voor Medische  
Informatica.  
*Inlichtingen: VVAA congresservice, tel. 030-  
474450/347.*

**- 26 NOVEMBER - ZA.**  
Ziekenhuis De Baronie te Breda:

**studiedag Society for psychosomatic  
Medicine 'Seksuologisch hulpverleners:  
alleen multidisciplinair?',** bestemd voor  
huisartsen, eerstelijnspsychologen en psycholo-  
gen werkzaam in ziekenhuizen.  
*Inlichtingen: dr J.P.C. Moors, tel. 04192-13456.*

**- 26 NOVEMBER - ZA.**  
Hotel Duinse Polders te Blankenberge:  
**vijfde congres Vrouwen in Geneeskunde,  
focus op preventie: 'Een slimme vrouw  
neemt het voortouw'.**  
*Inlichtingen: Congressecretariaat, C. de Korte,  
tel. 00-03-2811616.*

**- 30 NOVEMBER - WO.**  
De Kunsthal te Rotterdam:  
**symposium 'Het ziekenhuis(gebouw) van  
overmorgen'** ter ere van het 10-jarig bestaan  
van de werkgroep 'Bouwende Ziekenhuizen'.  
*Inlichtingen: Dienst en Opleidingen en Congres-  
sen NZI, mw E. Stolk, tel. 030-739630.*

**- 30 NOVEMBER - WO.**  
Jaarbeurs te Utrecht:  
**themamiddag 'De Wet op de (geneeskundi-  
ge) behandelingsovereenkomst. Nieuwe  
wetgeving in de praktijk'.**  
Doelgroep: onder andere directeuren en  
directiesecretarissen van instellingen, hoofden  
medische dienst, (leidinggevende) artsen.  
*Inlichtingen: Medilex Seminars, tel. 030-  
720977.*

**- 2 DECEMBER - VR.**  
Katholieke Universiteit Nijmegen:  
**PAOG-cursus 'Bloeddruk; meting, interpreta-  
tie en beleid',** bestemd voor bedrijfsartsen en  
verzekeringsgeneeskundigen.  
*Inlichtingen: PAOG, mw G. Willemsen, tel. 080-  
617051.*

**- 7 DECEMBER - WO.**  
Katholieke Universiteit Nijmegen:  
**PAOG-cursus 'Orthopedie van de onderste  
extremiteten',** bestemd voor huisartsen.  
*Inlichtingen: Bureau PAOG, tel. 080-617691.*

**- 7 DECEMBER - WO.**  
De Rode Hoed te Amsterdam:  
**congres 'Vrouwen hoeven niet alles te slik-  
ken. Vrouwen en verantwoord medicijn-  
gebruik'.**  
*Inlichtingen: Congressecretariaat, tel. 03456-  
9844.*

**- 9 DECEMBER - VR.**  
Academisch Ziekenhuis Utrecht:  
**symposium 'Incontinentie bij de vrouw'.**  
Doelgroep: huisartsen, verpleegkundigen (intra-  
en extramuraal), fysiotherapeuten en andere  
geïnteresseerden.  
*Inlichtingen: Congresbureau SCEM, drs  
R.H.A.M. Janssen, tel. 03455-76642.*

**- 13 DECEMBER - DI.**  
Dilegentia te Den Haag:  
**studiedag 'Video-interactievebegeleiding,  
baby's en jonge kinderen'.**  
Doelgroep: verloskundigen, huisartsen,  
kraamwerk en andere belangstellenden.

*Inlichtingen: Stichting Lichaamstaal, mw M.  
Lenarts, tel. 04756-2473.*

**- 13 DECEMBER - DI.**  
Academisch Ziekenhuis Utrecht:  
**studiedag 'Transmurale zorg: in de praktijk  
en in het Blesheuvel-advies'.**  
Doelgroep: zorgverleners in de thuiszorg en in  
ziekenhuizen en beleidsmedewerkers die met  
transmurale zorg te maken hebben.  
*Inlichtingen: mw L. Boonekamp, tel. 030-  
538111.*

**- 16 DECEMBER - VR.**  
Rijksuniversiteit Groningen:  
**3e Anglo-dutch welcome symposium on the  
history of medicine 'The changing nature of  
medical teaching in the nineteenth century'.**  
*Inlichtingen: RUG, mw R. Molanus, tel. 050-  
632860.*

**- 28 DECEMBER - WO.**  
Kennemer Gasthuis te Haarlem:  
**sportmedisch congres 'De losbandige pa-  
tiënt'.**  
Doelgroep: huisartsen, fysiotherapeuten, artsen  
werkzaam in de sportgeneeskunde, orthopedie  
en reumatologie.  
*Inlichtingen: YvH Office Support, tel. 023-  
384746.*

**- 18 JANUARI - WO.**  
Katholieke Universiteit Nijmegen:  
**PAOG-cursus 'Neurologie voor de huisarts',**  
bestemd voor huisartsen.  
*Inlichtingen: Bureau PAOG, mw I. Elbers, tel.  
080-617691.*

**- 20 JANUARI - VR.**  
De Reehorst te Ede:  
**congres 'Chronisch obstructieve longziek-  
ten; huisartsen en longartsen op één lijn'.**  
Doelgroep: huisartsen, longartsen, verpleeg-  
huisartsen en andere geïnteresseerden.  
*Inlichtingen: mw E.J. Kooistra, tel. 033-941814.*

**- 2 FEBRUARI - DO.**  
De Oosterpoort te Groningen:  
**nascholingsdag over trauma's**, georgani-  
seerd door de Centrale Werkgroep Beroeps-  
gezondheidszorg Noord-Holland.  
Doelgroep: bedrijfsartsen en verzekerings-  
geneeskundigen.  
*Inlichtingen: H.W. Post, tel. 058-139735.*

**- 2 FEBRUARI - DO.**  
Academisch Medisch Centrum te Amsterdam:  
**nascholingscursus 'Prenatale diagnostiek:  
vandaag en morgen'.**  
Doelgroep: huisartsen, gynaecologen en kinder-  
artsen.  
*Inlichtingen: Bureau PAOG, tel. 020-5664801.*

**- 8 FEBRUARI - WO.**  
Odeon te Zwolle:  
**studiedag 'Video-interactievebegeleiding,  
babies en jonge kinderen'.**  
Doelgroep: verloskundigen, huisartsen,  
kraamwerk en andere belangstellenden.  
*Inlichtingen: Stichting Lichaamstaal, mw M.  
Lenarts, tel. 04756-2473.*