

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 22 – 3 juni – 43e jaargang

De achterin dit nummer afgedrukte KNMG-discussienota inzake levenbeëindigend handelen bij zwaar-defecte pasgeborenen had als bijlage een beschouwing van Mw. Mr. W. R. Kastelein over de juridische aspecten van levensbeëindiging bij pasgeborenen. Mr. Kastelein constateert, in die – als artikel in dit nummer van Medisch Contact opgenomen – beschouwing dat de huidige juridische politieke situatie niet bijdraagt aan een open houding van de beroepsgroep.

Het Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg aan de Rotterdamse Universiteit maakt samen met drie andere instituten studie van de kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op borstkanker. Deze eerste in een reeks van kosten-effectiviteitsanalyses heeft de bevinding opgeleverd dat het verantwoord én kosten-effectief is in Nederland een bevolkingsonderzoek op borstkanker onder vrouwen van 50-70 jaar met een tweejaars interval in te voeren.

Het Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen kent aan B&W en een plaatselijke vestigingscommissie een centrale rol toe in de uitvoering van het vestigingsbeleid. In de praktijk blijkt hun onderlinge verhouding niet steeds voor alle betrokken partijen even duidelijk te zijn. Mr. Drs. J. C. J. Dute, universitair docent bestuursrecht aan de Vrije Universiteit, plaatst enkele juridische kanttekeningen.

Op het vlak van de psychiatrische voorzieningen voltrekt zich een herstructurering. Die werkt ook door naar de psychiatrische afdelingen in onze algemene ziekenhuizen, de PAAZ'en. Dr. P. J. M. van Alphen, psychiater bij de PAAZ-Westelijke Mijnstreek, Maaslandziekenhuis Sittard-Geleen, schetst de situatie nu en zijn verwachtingen voor de nabije toekomst.

In het licht van de tekst van het voorstel van Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de toelichting daarop, houden de bezwaren van Buiting en Van der Mijn tegen de in dat voorstel opgenomen regeling ter zake van voorbehouden behandelingen geen stand. Of toch, Ir. A. P. M. Bersee van WVC? Een discussie.

INHOUD

Juridische aspecten van levensbeëindiging bij pasgeborenen
Mr. W. R. Kastelein - 679

Kosten-effectiviteitsanalyse. Bevolkingsonderzoek op borstkanker. De kosten en effecten
H. J. de Koning, B. M. van Ineveld, G. J. van Oortmarssen en P. J. van der Maas - 683

Vestigingsbeleid en adviescommissie
Mr. Drs. J. C. J. Dute - 688

De PAAZ in de jaren negentig
Dr. P. J. M. van Alphen - 691

Arts en recht. Verschoningsrecht in de hulpverlening. Vonnis rechtbank Maastricht 29 januari 1987. Beschikking rechtbank Haarlem 10 maart 1987 - 693

Discussie. Voorbehouden handelingen in de Wet BIG nader verklaard
Ir. A. P. M. Bersee - 695

Discussienota KNMG-commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen. Levensbeëindigend handelen bij wils-onbekwame patiënten. Deel 1: Zwaar-defecte pasgeborenen - 697

Colofon 674 - Colofon officieel 674 - Hoofredactioneel commentaar 675 - Voorzitterskolom LVSG 676 - Brieven 677 - Praktijkperikel 682 - Boeken 687

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

Bestuur Medisch Contact

Dr. P. van Rosevelt, voorzitter
E. Iwema Bakker, secretaris
Funke Kupperstraat 3, 1068 KL Amsterdam
Mw. G. A. E. Kreek-Wels
R. Bekendam
Dr. J. L. A. Boelen

Redactie Medisch Contact

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

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

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

Abonnementen

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

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

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

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

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

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

Miniatuur uit het Ms. 'Anathomia' van Guido de Vigevano (Guy de Pavie) ± 1345.
Musée Condé, Chantilly.

KNMG LHV LSV LAD LVSG KNMG

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

Dagelijks bestuur

W. H. Cense, voorzitter; Prof. Dr. W. J. Schudel en P. C. H. M. Holland, ondervoorzitters; Mw. M. L. van Weert-Waltman; A. M. C. van de Zandt (voorzitter LHV), J. C. F. M. Aghina (voorzitter LAD), Dr. C. M. T. Plasmans (voorzitter LSV) en Mw. Dr. C. Hermann (voorzitter LVSG), adviseurende leden.

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

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

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC) College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Bibliotheek

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

Stichting Dienstverlening Medici

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

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

Levensbeëindigend handelen bij zwaar-defecte pasgeborenen

Eén van de verschrikkelijke dingen waarmee ouders kunnen worden geconfronteerd is de geboorte van een kind met multiple defecten. Soms is het bij de geboorte al direct duidelijk dat er geen hoop is dat het kind met deze afwijkingen zal kunnen leven, zoals bijvoorbeeld bij anencefalie of het syndroom van Potter. Een andere keer is het niet zeker of het kind levensvatbaar is, maar staat het wel vast dat het leven een ernstig en niet op te heffen lijden met zich zal brengen.

De KNMG heeft in 1985 een Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen ingesteld, met als taak in aansluiting op de standpuntbepaling van het hoofdbestuur met betrekking tot euthanasie een standpunt voor te bereiden ten aanzien van levensbeëindiging bij patiënten die (nog) niet (meer) in staat zijn een verzoek om euthanasie te doen. De commissie heeft ervoor gekozen haar standpunt ten aanzien van de actieve beëindiging van het leven van pasgeborenen in de vorm van een discussienota naar buiten brengen. De tekst hiervan is in dit nummer van Medisch Contact afgedrukt.

Met de stelling van de commissie, dat het onder alle omstandigheden absolute prioriteit geven aan het behoud van leven niet als altijd zinvol medisch handelen kan worden beschouwd en dat het moreel zeer wel verantwoord, ja zelfs geïndiceerd kan zijn, van enigerlei (be)handeling af te zien of een reeds in gang gezette (be)handeling te staken, ook al kan dit de dood van de pasgeborene tot gevolg hebben, zal vrijwel iedereen het eens zijn.

Anders ligt het met de vraag over de actieve levensbeëindiging. Deze valt buiten de discussie over euthanasie, omdat de door de Staatscommissie Euthanasie als een essentieel onderdeel van de omschrijving van euthanasie beschouwde expliciete uiting van de wil van de betrokkene bij pasgeborenen te enen male onmogelijk is. Beslissingen over het leven raken de integriteit van een persoon zodanig dat hierover niet plaatsvervangend door ouders, voogd of anderen mag worden besloten. Iemand als Leenen meent op grond hiervan dat bij pasgeborenen het doden van leven, hoe gebrekkig dat ook is, buiten de normen van onze rechtsorde valt en daarmee altijd ontoe-

laatbaar is¹. De commissie meent echter dat het, als de infauste prognose vaststaat, doch het overlijden niet onmiddellijk kan worden verwacht en er een situatie is ontstaan vanodeloze verlenging en/of verergering van lijden, *inderdaad* moreel verantwoord kan zijn tot actieve levensbeëindiging door middel van toediening van euthanatica over te gaan. Het is jammer dat de commissie de morele rechtvaardiging van deze actieve handeling niet beter onderbouwt. Hier ligt immers de kern van de bezwaren van zowel de tegenstanders van alle actieve levensbeëindiging als van mensen die de wilsverklaring een *conditio sine qua non* achten. Wat rechtvaardigt het actief het leven beëindigen van wilsonbekwame personen? Als iemand ondragelijk en uitzichtloos lijdt, of als er misschien niet zozeer sprake is van lijden maar wel van

Dr. C. Spreeuwenberg

een blijvende inhumane situatie door het ontbreken van uitzicht, hoop, relatie, communicatie en de mogelijkheid eigen keuzen te maken ('onleefbaar leven' in de termen van de commissie), dan acht ik – met als motief compassie – levensbeëindigend handelen *onder bepaalde voorwaarden* geoorloofd. Eén van deze voorwaarden betreft de beoordeling van de onleefbare situatie. Terecht suggereert de commissie, te trachten dit enigszins te objectiveren door met tenminste één andere collega aan een aantal karakteristieken een waarde toe te kennen. Daarnaast dient ook de prognose vast te staan. Zowel uit het oogpunt van rechtsgelijkheid als op medisch-ethische gronden acht de commissie het wenselijk dat neonatologen hierover consensus bereiken.

Een belangrijk punt betreft de vraag hoe de besluitvorming ter zake tot stand komt. Terecht wil de commissie aan de mening van de ouders een groot gewicht toekennen. Zij zijn relationeel en rehtens de meest betrokkenen. De ouders spelen bij het leefbaar maken van leven ook een rol. Naast de waarde van het kind zelf vormen hun draagkracht en op-

vattingen een waarde die in het beslissingsproces ook moet meewegen, vooral als de te verwachten lichamelijke en/of geestelijke gebreken van de pasgeborene niet voor 100% eenduidig vaststaan; de arts past dan bescheidenheid.

Ten aanzien van de vraag of een verklaring van 'natuurlijke dood' mag worden afgelegd bij actieve levensbeëindiging, neemt de commissie geen duidelijk standpunt in: ze stelt dat er geen verschil van mening over bestaat dat een dergelijke verklaring na overlijden door actief handelen niet kan worden afgegeven; tegelijkertijd meent ze dat het niet afgeven geen reële optie is, zolang er geen duidelijkheid en zekerheid is dat er geen strafrechtelijke vervolging zal plaatsvinden. Hoewel dit standpunt zeer wel te begrijpen is, meen ik toch dat de commissie op dit punt consequent had moeten blijven. Het is ongewenst dat een commissie van de KNMG artsen impliciet adviseert onjuiste verklaringen in te vullen. Gezien de verstrekkendheid van het beëindigen van menselijk leven is toetsing en controle noodzakelijk. Daarnaast ben ik er niet zo zeker van dat artsen natuurlijke dood opgeven vanwege de onzekerheid over de verdere rechtsgang. Mw. Mr. W. Kastelein stelt², dat het zeer wel mogelijk is dat artsen rechterlijke toetsing achteraf niet altijd aandurven, doordat sommigen wellicht te snel de mening van de ouders zullen volgen en het handelen daarom de rechterlijke toetsing niet zal doorstaan.

Wil het in de discussienota beschreven zorgvuldige handelen van neonatologen maatschappelijk (dus ook juridisch) worden aanvaard, dan zal dit handelen aan de rechter moeten worden voorgelegd. Indien de neonatologen van de grote academische centra consequent doen wat ze in dezen behoren te doen, zal dit spoedig leiden tot de totstandkoming van een toetsbare en controleerbare procedure. □

1. Leenen HJJ. Nalaten en beëindigen van behandeling bij ernstig gehandicapte pasgeborenen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 863-6.

2. Kastelein WR. Juridische aspecten van levensbeëindiging bij pasgeborenen. Medisch Contact 1988; 43: 679-82.

LVSG-voorzitter Mw. Dr. C. Hermann:

Wordt uw regering de vijand van uw gezondheid?

Enige maanden geleden publiceerde de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur een besluit tot vermindering van ziekenhuisbedden en functie-eenheden specialistische hulp. Het motief hierbij was dat snel en doelmatig vermindering van als overmatig beschouwde bedden- en functiecapaciteit diende plaats te vinden.

Als sociaal-geneeskundigen zijn wij geïnteresseerd in de wisselwerking tussen de mens en zijn omgeving, voor zover van belang voor de gezondheid. Minder bedden in ziekenhuizen en minder specialisten in de regio waar men woont betekenen een belangrijke wijziging van de omgeving. Welke gevolgen voorzien wij voor de gezondheid van de bevolking?

BEDDENREDUCTIE

De laatste decennia heeft een stijging plaatsgevonden van het aantal bedden in ziekenhuizen en verpleeghuizen gezamenlijk. Daarnaast zijn er veranderingen in het specialistisch handelen waardoor de gemiddelde duur van het verblijf in het ziekenhuisbed daalt: geavanceerde onderzoek- en behandeltechnieken, verfijnde vormen van narcose, medicatie in plaats van ligkuren, versneld revalidair regime, etc. Ook zet de tendens meer gebruik te maken van poliklinisch onderzoek, dagbehandeling en terugverwijzing naar de eerste lijn, nog steeds door. Op jaarbasis komen steeds meer bedden leeg te staan.

Beddenreductie lijkt aldus een reëel vervolg op de ontwikkelingen in de specialistische gezondheidszorg. Twee kanttekeningen zijn hierbij noodzakelijk. Waar plaatsingsproblemen en wachtlijsten aanwijsbare tekorten in klinische capaciteit aangeven (bijvoorbeeld neonatologie, orthopedische operaties) is beddenreductie uit den boze. Ook zullen extramurale faciliteiten én werkwijzen aanwezig moeten zijn om de intramurale taken over te nemen: hebben huisarts, wijkverpleging en gezinszorg de benodigde speelruimte?

FUNCTIEREDUCTIE

Het leegstaande bed is aanwezig, maar zijn er ook leeglopende specialisten? Hoe komt de

staatssecretaris tot de beschouwing dat er overbodige specialistische zorg is? Termen als 'overbodig onderzoek', 'onnodige verwijzingen' en 'te dure geneesmiddelen', roepen vragen op. Is onderzoek waarbij géén afwijking werd gevonden – maar waarbij de patiënt wél opgelucht was, omdat de gevreesde aandoening werd uitgesloten – overbodig? Is een verwijzing naar de specialist voor het routinematig verrichten van een ingreep die in de praktijk van de huisarts slechts een paar keer per jaar voorkomt, onnodig? Is een goedkoop geneesmiddel waarvoor de particuliere patiënt op initiatief van de staatssecretaris nu veel méér dan de kostprijs betaalt, te duur? Zijn er feiten waaruit blijkt dat de hoeveelheid werk die specialisten verrichten afneemt?



Landelijke registratiegegevens geven géén daling te zien in het totaal van eerste consulten, poliklinische ingrepen, klinische behandelingen en aantallen medebehandelingen. Het aantal verwijzingen, dat wil zeggen eerste consulten, neemt zelfs toe. Wel is er relatief een daling te constateren in het aantal vervolgsconsulten; met andere woorden: er wordt over het algemeen sneller terugverwezen. De stellingname 'te veel functie-eenheden = te veel aanwezige specialisten', klopt ook niet met het feit dat de gemiddelde werkweek van zowel de specialist als de assistenten wel en niet in opleiding ver boven de 40 uur ligt. Functiereductie lijkt aldus allerminst een reëel vervolg op actuele ontwikkelingen. Welke gevolgen zou deze ingreep met zich meebrengen voor de gezondheid van de bevolking? Directe gegevens ontbreken, maar we kunnen een globale schatting maken. Gegevens van de uitvoeringsorganen van de Ziektewet

laten zien dat van de 5,5 miljoen ziekmeldingen op jaarbasis van alle Nederlandse werknemers ongeveer 15% gevallen van meer dan een maand betrof, waarbij contact met de specialist waarschijnlijk is. Ouderen en arbeidsongeschikten zullen wellicht vaker ziek zijn, jongeren en zelfstandigen wellicht minder vaak. De langdurige ziektegevallen veroorzaken ongeveer tweederde van alle arbeidsverzuim (9%). Uit onderzoek is bekend, dat bij langdurig zieken de totale ziekteduur voor ongeveer een vijfde uit wachttijd binnen het gezondheidszorgsysteem bestaat; reeds nu gaat derhalve ongeveer 1% van de totale loonsom verloren door wachttijd.

Reductie van de 'functie specialist' met 7,5%, zoals voorgesteld, betekent dat er per jaar een achterstand van drie tot vier weken ontstaat, die steeds verder loopt. De beroepsbevolking is langer afwezig door ziekte, gezinszorg en andere ondersteuning schieten steeds meer te kort; mensen blijven lang wachten op hulp en zorg die nu redelijk toegankelijk is. Ziekte van het bewegingsapparaat en ziekte van het circulatie-apparaat, reeds nu belangrijke oorzaken van langdurig verzuim, komen door vermindering van de aantallen orthopedisch chirurgen en cardiologen steeds ongunstiger uit. Macro-economisch zullen de kosten van dit alles een veelvoud gaan betekenen van de beoogde besparing door de functiereductie.

En de gezondheid van de bevolking? Neen, om die te bevorderen had WVC toch de collectieve preventieve zorg versterkt? Die versterking mag belangrijk zijn voor de sociale geneeskunde, als er een tekort aan zorg is wordt voorzorg een farce!

Mw. Dr. C. Hermann,
voorzitter LVSG

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

ZIEKENHUIS EN AUTOMATISERING

De automatisering in de Nederlandse ziekenhuizen staat over het algemeen op een vrij laag niveau. Voor zover ziekenhuizen al enige zaken hebben geautomatiseerd, blijkt in een aantal gevallen zowel hard- als software verouderd te zijn, zodat naar een volgende generatie moet worden uitgekeken.

In het verleden zijn de medici in het algemeen nauwelijks betrokken geweest bij het realiseren van automatisering, terwijl anderzijds ook door hen daarvoor nauwelijks enige belangstelling is getoond. Juist omdat nu een aantal ziekenhuizen zal moeten overschakelen naar nieuwe systemen, lijkt het moment gekomen waarop de artsen meer belangstelling gaan tonen.

In de toekomst zal de automatisering van steeds meer belang zijn bij de dagelijkse gang van zaken in het ziekenhuis, ook bij de behandeling van patiënten. Het is daarom dat ik de collegae zou willen oproepen zich actief voor dit onderwerp te gaan interesseren, aangezien anders de situatie dreigt dat men in de toekomst opgescheept zit met een systeem dat voor de specialist van weinig nut is, terwijl er veel betere systemen bestaan.

Bij bestudering van de thans in gebruik zijnde ziekenhuisinformatiesystemen wordt duidelijk dat de meeste van deze systemen puur zijn gericht op administratieve taken ten behoeve van het ziekenhuis. Het gevolg is, dat aan taken die voor de specialist nuttig zouden kunnen zijn geen aandacht werd besteed en, wat nog veel erger is, door de opbouw van de systemen zullen die taken ook in de toekomst niet kunnen worden verricht.

Enkele in gebruik zijnde systemen zijn inderdaad patiëntgericht, meer of minder gebruikersvriendelijk.

In welk opzicht kan het ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) belangrijk zijn voor de specialist en omgekeerd?

Het ZIS kan de specialist vele gegevens omtrent de patiënt verstrekken, zowel algemene als naam, adres, etc., als speciële, zoals laboratorium, röntgen, etc., en budgettaire gegevens. De specialist kan het ziekenhuis veel informatie verstrekken, zoals financiële, organisatorische, therapeutische en diagnostische gegevens. Daarnaast bestaat de mogelijkheid tot interne, eventueel externe berichtgeving via de computer.

Het is dus duidelijk dat automatisering een zaak is waar ziekenhuis en specialist gezamenlijk bij zouden moeten zijn betrokken. Voor een goede automatisering is allereerst een goede organisatie binnen de ziekenhuisstructuur nodig en daarnaast een goede samenwerking tussen ziekenhuis en de daarin werkenden.

BRIEVEN

Opleiding en motivering zijn belangrijke zaken, wil het systeem goed kunnen werken.

Een enkel voorbeeld om duidelijk te maken waarom sommige systemen wel en andere niet voldoen aan de verwachtingen van de specialist: Opbouw van de gegevensopslag is bepalend voor de mogelijkheid tot efficiënt opvragen. De data moeten zowel in verticale zin als in horizontale zin snel kunnen worden opgevraagd. Om dit te verduidelijken: indien gegevens van een bepaalde patiënt worden gevraagd, moeten niet alleen bijvoorbeeld de verslagen van röntgenfoto's onder elkaar te voorschijn komen (verticale 'query'); de specialist moet alle gegevens van een bepaalde periode kunnen vragen, dus laboratoriumgegevens, pathologieverslagen en röntgenfoto's (horizontale 'query').

Belangrijk bij dit alles is het gegevensbeheer: wie mag wat waarmee en hoe is de privacy gewaarborgd?

Uit deze heel summiere opsomming wordt wel duidelijk dat het belang van de specialist, en uiteindelijk van de patiënt, zeer nauw bij de automatisering is betrokken en dat het derhalve hoog tijd wordt dat ook de medici en niet alleen de kantoor mensen zich met de automatisering gaan bemoeien.

Dokter, let op uw saeck.

Beverwijk, april 1988
Prof. Dr. R. P. Hermans

AUTOMATISERING VAN DE HUISARTSPRAKTIJK

Met belangstelling hebben wij 'Automatisering van de huisartspraktijk' ('Uit de Verenigingen', MC nr. 16/1988, blz. 509) gelezen. Het lijkt ons een goede zaak dat de voorzitters van NHG en LHV waarschuwen tegen al te grote haast bij de aanschaf van hele automatiseringssystemen. Het gaat hierbij immers om vele tienduizenden guldens voor systemen waarvan we nog niet weten wat we er in de toekomst mee willen; bovendien leveren genoemde systemen de huisarts voorlopig meer werk op dan ze hem besparen.

Ook de polemiek die collega Cromme uit Twello, deels terecht, in hetzelfde nummer voert (MC nr. 16/1988, blz. 486) heeft onze volle aandacht. Voor het feit dat iemand geld van een leverancier aanneemt om zodoende diens produkten aan te prijzen zijn hoger geplaatst immers van hun functie ontheven. Zowel de LHV als Cromme verliezen echter,

in hun blinde automatiseringsdrift, geleidelijk aan het contact met de basis. Er wordt gespeeld op de angst, ons aangepraat door automatiseringsdeskundigen, dat we straks zonder computer analfabeet zullen zijn. En het is deze angst die de Nederlandse huisarts in de armen van de software-huizen drijft. En daar wordt dan maar meteen een heel systeem verkocht, dat van alles en nog wat kan automatiseren. Maar de Nederlandse huisarts wil en kan helemaal niet alles automatiseren. Hij kan eigenlijk niet eens met een toetsenbord omgaan. Wat de LHV en Cromme willen is iemand die nog niet eens kan fietsen met een raket naar de maan sturen. En dat gaan we dan ook: naar de maan.

De LHV meldt trots dat wel zevenhonderd huisartsen een voorlichtingscursus over automatisering hebben gevolgd. Hoeveel van hen zullen ook werkelijk een heel automatiseringssysteem kopen? Nederland telt bijna zesduizend huisartsen, heren! En die willen helemaal niet automatiseren: die willen gewoon hun vak uitoefenen.

Wat men wél wil, is het sleurwerk automatiseren. Het schrijven van de particuliere rekeningen: dat mag een computer doen. Dat kan ook vrij eenvoudig, zonder dat je meteen alles van automatiseren hoeft te weten en zonder dat je meteen allerlei dure hardware hoeft aan te schaffen.

Het bovenstaande is ingegeven door ervaringsfeiten. Wij hebben de afgelopen weken in den lande nascholingsavonden gegeven voor huisartsen die alleen het vervelende werk willen automatiseren. Wij demonstreerden een goedkoop en gebruikersvriendelijk programma dat loopt op een eenvoudige MSX-computer, door onwetenden een spelletjescomputer genoemd. En daar blijkt de Nederlandse huisarts wel enthousiast over.

LHV keer terug naar uw basis!

Son/Heeze, mei 1988
M. H. J. Kroon, huisarts
Dr. D. J. Kroon

Naschrift LHV

De LHV onderschrijft de mening van de schrijver, dat het merendeel van de huisartsen (thans) nog niet is geïnteresseerd in het automatiseren van de 'groene kaart'.

In de toekomst zal de 'meerwaarde' van automatisering in de huisartsgeneeskunde moeten blijken. Hiervoor heeft het NHG samen met de LHV het zogeheten NUT-project opgezet, waarin deze 'meerwaarde' zal worden geëvalueerd.

Voor velen zal vooralsnog de automatisering niet meer betekenen dan het verlichten van routinematige (administratieve) arbeid. Anderen, met name de leden van de gebruikersvere-

nigingen, zien echter grote kwalitatieve voordelen in de automatisering.

Het beleid van de LHV is erop gericht, daar waar automatisering plaatsvindt richting te geven en te toetsen aan het vastgestelde WCIA-referentiekader. Het zou echter jammer zijn als huisartsen nu hun administratie automatiseren met behulp van apparatuur met erg beperkte mogelijkheden om straks tot de ontdekking te komen dat dit apparaat te klein en te langzaam is voor andere toepassingen.

Utrecht, mei 1988

Mr. R. J. A. Hogenhuis

VROUWELIJKE HUISARTS TE BEDREIGEND

Bij mijn telefoontje in verband met een week-endwaarneming (via het waarneembureau aan mij doorgegeven) klonk meteen al een aarzeling door: 'Ik wacht nog even de andere reacties af . . . U hoort nog van mij.' Twee weken later belt de echtgenote van de huisarts mij op met de mededeling dat de waarneming niet doorgaat, omdat de waarneemgroep bezwaar heeft tegen een vrouw; de vestiging van veel vrouwelijke huisartsen de laatste tijd wordt als bedreigend ervaren. Zij is het niet eens met de gang van zaken, maar het is al heel ongebruikelijk een waarnemer dienst te laten doen, dus . . .

Veel mannelijke collega's vinden de voorkeur van veel vestigingscommissies voor een vrouwelijke huisarts erg onredelijk. Deze ervaring versterkt mijn indruk dat mannen bij de vestigingsprocedure meer kans maken, doordat er of een openlijke voorkeur voor een mannelijke collega bestaat, of een aantal eisen wordt gesteld aan bijvoorbeeld de achterwacht waar aan mannen vaker kunnen voldoen.

Zwolle, april 1988

Tineke Polman, waarnemend huisarts

REUMAZORG

In het artikel 'Reumazorg' in MC nr. 16/1988, blz. 497, bepleiten de auteurs Van der Korst en Meegdes een uitbreiding van het aantal reumatologen. Indien zij hadden volstaan met te wijzen op een onaanvaardbare werkdruk, had dit pleidooi ook bij mij volledige sympathie ge oogst; met overwerkte reumatologen kunnen we tenslotte niet verder. Nu onderbouwing plaatsvindt met onder meer een verwijzing naar een schatting van 3 miljoen Nederlanders die klachten zouden hebben van reumatische aard, komt de zaak wat moeilijker te liggen.

Er wordt in het artikel niet aangegeven waar het getal vandaan komt en waar de relatie ligt met het aantal gewenste reumatologen. 'Klachten van reumatische aard' betreft een weinig scherp afgebakend klachtenpatroon waar men in zijn algemeenheid weinig beleid op kan bouwen. Er wordt in het artikel boven-

dien aangegeven dat het coderingsgedrag van de Nederlandse arts te wensen overlaat en dat inventarisatie van diagnoses en therapieën verre van volmaakt is. Waarschijnlijk praten we dus over 3 miljoen mensen die zelf van mening zijn klachten te hebben van reumatische aard, wat ze ook mogen bedoelen. Aangenomen mag worden dat het hier voornamelijk klachten betreft aan het bewegingsapparaat.

Ik ben van mening dat we voorzichtig moeten zijn met het hanteren van getallen als we verbetering van de volksgezondheidszorg nastreven. Het lijkt mij regelrecht onjuist het emotioneel beladen begrip 'reuma' te verbinden aan blijkbaar vrij algemene klachten. Het artikel lijkt me onbedoeld een pleidooi voor een versterking van de eerste lijn, waar kritisch wordt geselecteerd en waar veel mensen kunnen worden gerustgesteld over de aard van hun aandoening. Deze geruststelling zal beter slagen door het vermijden van het woord 'reuma' dan wanneer onvermijdelijk moet worden gesproken over 'lichte reuma' of 'een beetje reuma'. Er zou wellicht een discussie op gang moeten komen over wat we onder reuma dienen te verstaan. Beperken we ons tot reumatoïde artritis, dan wordt het al aanzienlijk duidelijker. Voor andere ziektebeelden hebben we ook een naam.

Maastricht, mei 1988

A. J. van der Linden, orthopeed

Naschrift

In de reactie van Prof. Van der Linden is een aantal onderwerpen aan de orde. Op enkele daarvan zullen we hier kort ingaan:

Allereerst het hanteren van getallen. Inderdaad, we moeten voorzichtig zijn met het hanteren van getallen, als we verbetering van de volksgezondheidszorg nastreven. Dit te meer aangezien de aanwezige kwantitatieve informatie nogal wat hiaten vertoont en de kwaliteit ervan ook niet altijd even goed is. Toch ontkomt men, zoals trouwens in iedere bedrijfstak, niet aan het gebruik van enige cijfers om bepaalde ontwikkelingen op een rijtje te zetten ter eventuele bijstelling in het beleid. In globale zin hebben wij dit in het artikel gedaan. Meer niet. Trouwens, het getal van 3 miljoen Nederlanders met klachten van reumatische aard is een schatting, afkomstig van het Epidemiologisch en Preventief Onderzoek Zoetermeer en werd als zodanig ook genoemd in de TV-uitzending 'Van harte beterschap', een documentaire van de NOS op 2 maart jl. over reuma.

Ten tweede het aantal reumatologen. Wij bepleiten in concrete zin niet een uitbreiding van het aantal reumatologen. Wij constateren alleen, dat er grote verschillen aanwezig zijn tussen wat de Nederlandse Vereniging van Rheumatologen en WVC als wenselijk achten: een uitbreiding versus een inkrimping. In het artikel is geen relatie gelegd tussen vraag en aanbod.

Tenslotte het begrip 'reuma'. Klachten van reumatische aard: Prof. Van der Linden neemt

gezien de grote aantallen mensen aan dat het voornamelijk klachten betreft aan het bewegingsapparaat. Dit behoeft niet altijd reumatisch te zijn. Er zou wellicht een discussie op gang moeten komen over wat we onder reuma dienen te verstaan. Of deze discussie meer duidelijkheid zou kunnen geven, valt te betwijfelen. De essentie, waar het om gaat, is echter wel duidelijk. Er is een grote groep van mensen met klachten van reumatische aard, die moeten worden geholpen, zo mogelijk zo dicht mogelijk bij huis in de eerste lijn en indien dit niet meer mogelijk is in de tweede lijn.

In het artikel hebben wij aangegeven, dat voor een optimale reumazorg samenwerking tussen verschillende disciplines essentieel is. Ook de inbreng van de orthopedie is daarbij onontkoombaar, nu, maar ook in de komende jaren. Overigens zijn wij met Prof. Van der Linden van mening, dat verbetering van de kennis van reumatische ziekten in de eerste lijn wenselijk is.

Loosdrecht, mei 1988

Prof. Dr. J. K. v.d. Korst

ing. J. G. Meegdes

ONWETENSCHAPPELIJK?

Dat Dr. Aakster in een in MC nr. 17/1988, blz. 517, geplaatste brief als commentaar op mijn brief in MC nr. 11/1988, blz. 326, toegeeft dat er voor hem onbekende 'onfrisse praktijken' onder alternatief-geneeskundigen plaatsvinden, lijkt mij symptomatisch voor zijn pleidooi voor alternatief-geneeskundigen: hij is gewoon slecht op de hoogte (welk verwijt hij Dr. Renckens maakte), maar dan van al het kaf onder het alternatieve koren. Omdat hier sprake is of kan zijn van meer kaf dan koren, is een kritische benadering, zoals Dr. Renckens voorstaat, zinvol voor de patiënt en de patiëntenzorg in Nederland. Medische toetsingscriteria en eventueel toetsing door vergelijkende godsdienstwetenschappers omtrent het gelóóf in middelen, therapieën en gezondheidsgoeroes, wier aantal in Nederland groeit, lijkt me zinvoller dan pleidooien uit de medische sociologie. Het is de vraag of Dr. Aakster wetenschappelijk serieus wil worden genomen, als hij zichzelf én de medische wetenschap niet serieus neemt als hij een wetenschappelijke afwijzing van zijn werk als 'loftuiting' weergeeft. In hoeverre moeten ook advertenties over 'homeopathie en koffie' door medici serieus worden genomen, als deze collegae elke wetenschappelijke benadering of kritiek afwijzen, ook door het paradigma van de zelfspot, waardoor men zich onbereikbaar en ontoetsbaar en bij verdere progressie oncorrigeerbaar opstelt in het nadeel van de patiënt?

Leeuwarden, mei 1988

Drs. P. Roos, arts

Juridische aspecten van levensbeëindiging bij pasgeborenen

SITUATIESCHETS

De neonatologie is een nog relatief jong subspecialisme van de kindergeneeskunde. De morele vragen die zich voordoen bij de zorg rond pasgeborenen zijn van recente datum. Op de juridische vragen die daarbij opdoemen bestaan dan ook geen pasklare antwoorden. Het recht vormt immers de weerslag van een bepaalde maatschappelijke consensus. Het is de vraag of deze consensus op het gebied van de neonatologie al bestaat.

Op die gebieden waar (nog) geen maatschappelijke consensus bestaat, geschiedt de rechtsvorming via de rechter. Bij vragen rond leven en dood zal dit vaak de strafrechter zijn. Recent bleek bij een patiënt in onomkeerbaar coma dat ook de burgerlijke rechter een rol kan spelen. Bij pasgeborenen zal dit in nog sterkere mate het geval kunnen zijn, aangezien het altijd om minderjarigen gaat. Het Burgerlijk Wetboek en de daarin geregelde ouderlijke macht is daarbij in het geding. Vragen ten aanzien van de reikwijdte van de ouderlijke macht en de gebondenheid van de behandelend arts aan de wensen van de ouders doemen daarbij op: wie beslist of beslissen uiteindelijk?

Vanzelfsprekend is ook tuchtrechtelijke toetsing allerminst uitgesloten. Daarbij zal worden getoetst aan de medische standaard.

Er zijn bij levensvragen rond pasgeborenen derhalve *verschillende rechtssoorten* aan de orde. Dit maakt een beantwoording van die vragen niet eenvoudiger. Deze studie heeft dan ook in de eerste plaats een informierend en oriënterend karakter. Getracht zal worden de in Nederland heersende juridische inzichten zoveel mogelijk weer te geven, zonder daarbij bij voorbaat een expliciete keuze te willen maken.

AAN DE ORDE ZIJNDE VRAGEN

Bij (te vroeg en/of) ernstig lichamelijk of geestelijk gehandicapte pasgeborenen komt voor de behandelend arts respectievelijk het behandelteam en de ouders de vraag aan de orde of moet worden geprobeerd het kind in leven te houden. In de discussies rond levensbeëindiging

Mr. W. R. Kastelein

Deze bijdrage van Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretaris KNMG, is als bijlage verschenen bij de discussienota inzake levensbeëindigend handelen bij zwaar-defecte pasgeborenen (zie blz. 697). Uit dien hoofde is de doelstelling ervan eerder oriënterend en informierend dan opiniërend. Dat is, gezien het prille stadium waarin de discussie onder juristen over de problematiek van de neonatologie zich nog bevindt, ook welhaast onvermijdelijk. Eén onderdeel is in deze bijdrage niet expliciet aan de orde, aangezien de nota zelf daar aan een hoofdstuk wijdt, te weten de problematiek van de overlijdensverklaring.

is de laatste jaren in het strafrecht een aantal rechtsvragen beslist waar het ging om patiënten die in staat waren een verzoek om euthanasie te doen. Onder bepaalde nauw omschreven voorwaarden heeft de Hoge Raad in een individueel geval levensbeëindiging op uitdrukkelijk verzoek van betrokkene niet strafbaar geacht. Om dit te kunnen beoordelen is toetsing echter wel noodzakelijk. Kort gezegd komt het erop neer dat wordt getoetst of zich naar wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen een situatie voordoet welke als een noodtoestand mag worden aangemerkt, dan wel de uitvoering van euthanasie is geschied onder invloed van een drang waaraan de arts geen weerstand hoefde te bieden (objectieve respectievelijk subjectieve overmacht). In feite wordt door deze terminologie mede getoetst aan de voorwaarden die de lagere rechter en de beroepsorganisatie al eerder voor zorgvuldige euthanasie hadden gesteld, namelijk: een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt zelf, een duurzaam verlangen naar de dood, een ondragelijk en uitzichtloos lijden, en het inroepen van tenminste één onafhankelijk collega in consult. Het ziet ernaar uit dat toe-

komstige wetgeving deze voorwaarden zal sanctioneren.

Voorts is er in de literatuur en voorstellen tot wetgeving overeenstemming over de zogenaamde 'schijn gestalten' van euthanasie die niet onder de werkingssfeer van het Wetboek van Strafrecht vallen, maar worden geacht tot het normale medisch handelen te worden gerekend, ook al kunnen zij de dood van de patiënt tot gevolg hebben. Dit geldt voor het op verzoek van de patiënt staken of niet aanvangen van een medisch geïndiceerde behandeling, voor het geven van stervenshulp, bijvoorbeeld door het verstrekken van medicijnen die de dood kunnen bespoedigen maar met het oogmerk pijn te verlichten, of voor het staken of niet aanvangen van een medisch zinloze behandeling.

Bij de categorie van de pasgeborenen is veel van deze theorie niet (rechtstreeks) toepasbaar, aangezien de patiënt zelf niet in staat is zijn wil te uiten. Er kan derhalve niet worden voldaan aan de zorgvuldigheidsvereisten voor euthanasie. Het op verzoek van de patiënt niet aanvangen of staken van een op zich medisch geïndiceerde behandeling is evenmin aan de orde. Ook het geven van medicijnen om pijn te verlichten met als ongewild nevengevolg de dood zal minder snel voorkomen, aangezien pasgeborenen hun pijn nauwelijks of niet kunnen aangeven. Het staken of niet aanvangen van een behandeling die in medisch opzicht zinloos is, kan wel aan de orde zijn. Daarbij is het een gegeven dat er tussen medici niet altijd overeenstemming bestaat over wat in medisch opzicht zinloos is. Bovendien vormt de aanwezigheid van ouders een complicerende factor.

POSITIE OUDERS

De geboorte van een kind heeft een juridische betekenis. Daaraan worden rechtsgevolgen toegekend. Vanaf de geboorte is het kind drager van rechten en plichten. Uit dien hoofde heeft het kind recht op bescherming van zijn leven en recht op een adequate medische behandeling. Aangezien het pasgeboren kind zelf deze rechten nog niet kan uitoefenen, worden zijn ouders of voogden in het algemeen geacht dat te doen. Dit

maakt de positie van de pasgeborene juridisch gezien duidelijker, maar ook gecompliceerder dan die van andere patiënten die hun wil niet kunnen uiten. De ouders sluiten als wettelijk vertegenwoordigers namens het kind een behandelingsovereenkomst met de arts. De wetgever gaat ervan uit dat de wettelijk vertegenwoordigers het gezag over het kind uitoefenen en namens het kind optreden. Schieten zij daarin te kort, dan is het mogelijk kinderbeschermingsmaatregelen te treffen; dit kan het geval zijn bij ongeschiktheid of onmacht om het kind te verzorgen of op te voeden, bij misbruik van de ouderlijke macht of bij grove verwaarlozing, of indien het kind met lichamelijke of geestelijke ondergang wordt bedreigd.

Het voorontwerp van Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst gaat ervan uit dat toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger(s) noodzakelijk is voor de uitvoering van een behandelingsovereenkomst ten behoeve van een minderjarige. In de Memorie van Toelichting wordt over een mogelijk verschil van mening tussen wettelijk vertegenwoordigers en behandelend arts (in dit geval de twee contractspartijen) niet meer opgemerkt dan dat in een concreet geval een kinderbeschermingsmaatregel kan worden getroffen. Vanaf 16 jaar is de minderjarige volgens dit voorontwerp bekwaam zelf en ook zonder toestemming van zijn wettelijk vertegenwoordiger een behandelingsovereenkomst aan te gaan. Indien de minderjarige tussen de 12 en 16 jaar oud is, kan de behandelend arts zonder toestemming van de wettelijk vertegenwoordigers een verrichting uitvoeren in die gevallen dat dat in het belang van het kind en kennelijk noodzakelijk moet worden geacht. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid wil deze mogelijkheden ook voor kinderen beneden de 12 jaar openhouden.

De positie van de ouders kan op basis van het Burgerlijk Wetboek als sterk worden omschreven. In feite prevaleert hun visie over wat goed is voor een (jong) kind, tenzij zij voor het kind levensbedreigende beslissingen nemen of anderszins blijken geven van ongeschiktheid voor de opvoeding en verzorging (BW art. 241 e.v., 254 e.v., 266 e.v.).

POSITIE ARTS

De arts behoort op grond van het door hem afgesloten behandelingscontract zorg te dragen voor een adequate medi-

sche behandeling. Voor het uitvoeren van verrichtingen is toestemming van de patiënt en/of diens wettelijk vertegenwoordigers nodig (art. 1653 d voorontwerp van Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst). Dat neemt niet weg dat de arts een eigen medische verantwoordelijkheid heeft en niet kan worden verplicht tot een behandeling die hij in medisch opzicht niet zinvol acht.

Een behandeling dient medisch geïndiceerd te zijn, anders kan ze zelfs ontaarden in mishandeling. In het algemeen zal de praktijk zijn dat de arts in overleg met de patiënt bepaalt welke behandeling voor hem de meest geëigende is. In het geval dat de patiënt daarover zelf niet kan oordelen zal dit overleg plaatsvinden met de wettelijk vertegenwoordiger. Wat echter te doen als arts en patiënt van mening verschillen? Daarbij zijn er verschillende mogelijkheden.

a. Het is mogelijk dat de arts een behandeling geïndiceerd acht, terwijl de patiënt die behandeling niet wenst. In de literatuur en (toekomstige) wetgeving wordt aangenomen dat de patiënt het recht heeft een behandeling te weigeren, ook als de patiënt ten gevolge hiervan overlijdt. Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt prevaleert boven de medische indicatie. Dit kan in zeer uitzonderlijke gevallen voor de arts met zich brengen dat hij de behandelingsovereenkomst verbreekt aangezien hij dit niet met zijn geweten kan verenigen en/of de wel door de patiënt gewenste behandeling niet geïndiceerd acht. Beëindiging van het contract zal wel altijd op zorgvuldige wijze dienen te geschieden: de patiënt krijgt de gelegenheid een andere arts te zoeken en in de tussentijd blijft hij niet verstoken van de noodzakelijke zorg.

In het geval dat de toestemming niet door de patiënt zelf maar door zijn wettelijk vertegenwoordigers moet worden gegeven, ontstaat er een complicatie. Het kan immers zo zijn dat de wettelijk vertegenwoordigers geen toestemming wensen te geven voor een behandeling die de arts wel medisch noodzakelijk acht. In het geval dat het gaat om een noodzakelijke behandeling die geen uitstel gedooft, kan dit aanleiding zijn voor het aanvragen van een kinderbeschermingsmaatregel. Daarmee is het juridische probleem wellicht wel opgelost maar het intermenselijke allerminst. Een dergelijke maatregel zal derhalve alleen als uiterste kunnen worden ingeroepen.

b. Een tweede mogelijkheid is dat de patiënt respectievelijk de wettelijk verte-

genwoordigers behandeling wensen, terwijl de arts dit medisch gezien zinloos acht. Wettelijk vertegenwoordigers kunnen de arts evenmin als de patiënt zelf dat zou kunnen, dwingen tot een behandeling die de arts medisch gezien niet geïndiceerd acht. Wel staat het de patiënt en/of zijn wettelijk vertegenwoordigers vrij zich tot een andere arts te wenden en met hem een contract te sluiten.

'Medisch geïndiceerd'

Tot nu toe wordt er hier van uitgegaan dat vaststaat wat medisch geïndiceerd is en wat niet. Vaak zal dat met name bij ernstig gehandicapte pasgeborenen niet zonder meer een gegeven zijn. Bovendien bestaat er binnen de beroepsgroep zelf niet altijd overeenstemming over wat medisch gezien zinvol is en wat niet. Behandeling van pasgeborenen zal meestal door een team geschieden, waardoor verschillende opvattingen binnen het behandelteam ook nog een rol kunnen spelen.

Vanuit het recht is dit medisch dilemma maar zeer ten dele te beantwoorden. Geëist mag worden, dat een gehandicapte pasgeborene dezelfde rechtsbescherming geniet als anderen. Dit houdt een erkenning in van het feit dat een pasgeborene een eigen belang heeft bij zijn leven. In het algemeen mag worden aangenomen dat ouders dat belang behartigen; medici past in dat kader terughoudendheid. Bij ernstige meningsverschillen zal wellicht uiteindelijk de rechter een beslissend oordeel moeten uitspreken. Bij (gerechtelijke) toetsing vooraf is het echter de vraag of dat een oplossing biedt. Welke keuze heeft de rechter bovendien, en welke criteria reikt de medische stand hem zelf aan? Uitgaande van de huidige jurisprudentie van de Hoge Raad inzake euthanasie mogen wij immers aannemen dat de rechter bij een toetsing grote waarde zal hechten aan de normen die de medici zelf aanleggen bij beslissingen over leven en dood.

Zolang er strikt medische criteria worden gehanteerd, is het uitgangspunt dat de besluitvorming van de arts zal worden gerespecteerd. Zo zal niemand het een arts aanrekenen dat hij een pasgeborene niet meer opereert als het kind redelijkerwijs geen kans heeft om in leven te blijven (kansloos of 'geen reële overlevingskans'-prognose). Een operatie die dan het leven wellicht wel iets rekt, maar niet meer dan dat, kan dan uitblijven; sterker nog: in feite is een dergelijke operatie niet

toegestaan, aangezien ze medisch gezien niet zinvol is. Dat neemt niet weg dat er wellicht humane argumenten kunnen zijn om het leven van het kind te rekken om de ouders meer tijd te geven afscheid te nemen en het rouwproces in te gaan. Toch is dit een gevaarlijke weg, aangezien het belang van de ouders daarbij in feite boven dat van het kind wordt gesteld; het kind heeft immers geen baat bij uitstel. Een dergelijke behandelwijze lijkt dan ook alleen aanvaardbaar als mag worden aangenomen dat het kind hierdoor niet langer lijdt dan noodzakelijk.

Als het kind wel een gerede levenskans heeft, zal de arts ook alles in het werk moeten stellen om het in leven te houden; dat is immers medisch zinvol. Als de ouders daarvoor geen toestemming wensen te geven kan uiteindelijk een kinderbeschermingsmaatregel nodig zijn. Het feit dat een kind geestelijk gehandicapt is, mag bijvoorbeeld op zichzelf geen reden zijn om een somatisch defect niet te verhelpen. Met andere woorden: een mongooltje dient dezelfde medische zorg te krijgen als een geestelijk volwaardig kind; met welk recht zou een geestelijk gehandicapte immers deze zorg kunnen worden onthouden?

De werkelijke problemen ontstaan, als niet goed is te voorspellen of een kind een reële levenskans heeft. Soms wordt daaraan de vraag gekoppeld, of de wijze waarop het kind in leven wordt gehouden wel leven mag worden genoemd. Een oordeel over de zin van het leven, de kwaliteit van het leven en de menswaardigheid van het leven kan dan snel binnensluipen. Extra complicatie is dan nog, dat er bijzonder weinig tijd kan zijn om het besluit tot al dan niet behandelen te nemen en dat een dergelijk besluit achteraf moeilijk of niet is terug te draaien.

De paradoxale situatie kan dan ontstaan dat een behandeling wordt ingezet die geenszins het vereiste minimumresultaat oplevert, maar die niet meer is terug te draaien zonder actief levensbeëindigend ingrijpen, dit terwijl niet ingrijpen in het begin tot gevolg had gehad dat het kind was overleden. Gezien het slechte resultaat van de behandeling van het kind was achteraf bezien het niet aanvangen van de behandeling op medische gronden verdedigbaar geweest. De relatief positieve prognose die men in eerste instantie had, is niet uitgekomen. De vraag moet dan worden gesteld, of het de arts moet zijn toegestaan actief levensbeëindigend in te grijpen zonder dat dat juridische consequenties heeft. Als hij deze uit-

komst immers van tevoren had geweten, zou de behandeling nooit zijn begonnen. De keerzijde van de medaille is, dat soms wordt besloten geen behandeling in te stellen omdat dat medisch gezien zinloos lijkt, terwijl de pasgeborene vervolgens tegen de verwachting in niet (onmiddellijk) overlijdt. Ouders krijgen dan weer hoop en dringen aan op behandeling. De oorspronkelijk slechte prognose komt niet uit. Alsnog behandelen kan het kind wellicht in leven houden, maar ten koste waarvan? Toch zal het ook hier soms nodig blijken te zijn de oorspronkelijke gedragslijn bij te stellen en alsnog te behandelen; dat betekent niet dat de eerst gekozen gedragslijn fout was en onder de categorie ernstige verwaarlozing of mishandeling kan worden geschaard.

Bij de hierboven omschreven twijfelgevallen zal de ene arts wellicht tot een andere besluitvorming komen dan de andere. Een zekere willekeur is daarbij, naar te vrezen valt, niet volledig uit te sluiten. Daarom dienen aan het besluitvormingsproces zelf, waar het immers gaat over leven en dood, zware eisen te worden gesteld; dit geldt zowel voor de consultatie van (onafhankelijke) collegae als voor het overleg met de ouders.

De Nederlandse samenleving zal een zekere vrijheid van betrokken partijen bij het nemen van deze beslissingen moeten aanvaarden. Dat neemt echter niet weg dat er minimumgrenzen zijn waarvan het niet acceptabel is dat ze worden overschreden. De beste garantie om die grenzen te bewaken is een zorgvuldige en open overlegprocedure (toetsing vooraf) en zo nodig een rechterlijke toetsing achteraf.

IN HET GEDING ZIJND RECHT

Welke rechtssoorten kunnen in het geding zijn en wat kunnen de consequenties daarvan zijn?

Strafrecht

Het strafrecht beschermt en handhaaft de orde in onze samenleving. Bij actief levensbeëindigend handelen is het strafrecht in het geding. Hij die opzettelijk en met voorbedachten rade iemand van het leven berooft, maakt zich juridisch gezien schuldig aan moord. Ook bij passief handelen respectievelijk nalaten kan het strafrecht in het geding zijn. Hij aan wiens schuld de dood van een ander te wijten is, maakt zich eveneens aan een misdrijf schuldig. Nederlandse jurispru-

dentie over zaken waar levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt zelf aan de orde is geweest op een wijze die binnen de beroepsgroep zorgvuldig wordt geacht, is er niet.

Op zich moet het niet uitgesloten worden geacht dat levensbeëindiging bij zwaar defecte pasgeborenen op een zorgvuldige wijze door de strafrechter in een individueel geval niet strafbaar wordt geacht of slechts met een symbolische straf zal worden beledigd. Begrijpelijkerwijs voelt niemand ervoor zich voor een proefproces in deze zin te lenen. Op zich is dat jammer, aangezien de vorming van jurisprudentie belangrijk is voor artsen en patiënten. Bovendien bestaat het gevaar dat artsen uiteindelijk te snel geneigd zijn om de mening van de ouders te honoreren omdat zij een rechterlijke toetsing achteraf niet aandurven en derhalve niet het risico durven te nemen dat ouders achteraf gaan klagen. Dit kan althans een rol spelen als men de ouders werkelijk bij de besluitvorming betreft, iets wat in toenemende mate gebeurt en op grond van de in het Burgerlijk Wetboek geregelde ouderlijke macht ook vereist en uit menselijke overwegingen gewenst is. Dat betekent echter niet dat ouders over leven en dood van hun kind kunnen beslissen naar het hen goedgevindt. Ook ouders kunnen overigens eventueel als medeplichtigen strafrechtelijk worden vervolgd.

In het geval dat het gaat om het niet aanvangen of staken van medisch zinloos handelen, is het strafrecht naar huidige jurisprudentie niet in beeld; dit ervan uitgaande dat andere criteria, zoals de zin van het leven, geen rol spelen. Als er inderdaad sprake is van levensbeëindiging of het veroorzaken van de dood is het afgeven van een verklaring van natuurlijk overlijden juridisch gezien niet juist; zie hiervoor paragraaf 6 van de discussienota.

Tuchtrecht

De tuchtrechter kan met levensbeëindiging in aanraking komen doordat de inspecteur voor de Volksgezondheid of een direct belanghebbende, bijvoorbeeld een familielid, bij het medisch tuchtcollege een klacht indient tegen de behandelend arts(en). Er wordt in het tuchtrecht getoetst of er sprake is geweest van vrouwenondermijning (moderner: te kort schieten in zorg), of van nalatigheid waardoor ernstige schade is ontstaan, of van grove onkunde. Tuchtrechtelijke toetsing is mogelijk

naast en los van strafrechtelijke of civielrechtelijke toetsing. Afgaande op de jurisprudentie ten aanzien van euthanasie, zal de medische tuchtrechter elk individueel geval toetsen. Aan het vereiste van een wilsverklaring van de patiënt zelf is daarbij tot nu toe vastgehouden. Aangenomen mag worden, dat het tuchtcollege meer nog dan de strafrechter de normen van de medische ethiek en wetenschap als uitgangspunt bij zijn toetsing zal nemen. De uitkomst van een tuchtrechtelijke toetsing is bijzonder moeilijk te voorspellen; het tuchtcollege zal waarschijnlijk getuigen-deskundigen oproepen en groot belang hechten aan de gevolgde procedure.

Civil recht

De behandelingsovereenkomst tussen arts en patiënt respectievelijk de vertegenwoordigers van de patiënt is onderhevig aan de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek. Van deze overeenkomst kan derhalve nakoming worden gevorderd en is beëindiging door opzegging of ontbinding mogelijk. In het geval van wanprestatie (of onrechtmatige daad) is bovendien het vergoeden van materiële en eventueel immateriële schade mogelijk. In de Verenigde Staten, West-Duitsland en Engeland heeft dat geleid tot 'wrongful life'- en 'wrongful birth'-acties tegen artsen of ouders; slechts eenmaal is in een dergelijk geval schadevergoeding toegekend.

Het kind en/of de ouders kunnen in theorie claimen dat het kind nooit had mogen worden geboren respectievelijk niet in

leven had mogen worden gehouden, respectievelijk op foutieve wijze in leven is gehouden. Schadevergoedingsacties lijken op dit moment in de Nederlandse situatie niet waarschijnlijk, maar toch niet uitgesloten. Het is dan de vraag of een beroepsaansprakelijkheidsverzekering wel dekking biedt. Ook vóór is het in beginsel mogelijk de burgerlijke rechter een oordeel uit te laten spreken. In de zaak van de comapatiënt waarin dat is gebeurd, heeft dat niet tot veel resultaat geleid. De strafrechtelijke dreiging is daarmee bovendien nog niet opgelost.

BESLUIT

Bij pasgeborenen kan geen sprake zijn van euthanasie, aangezien er geen verzoek van de patiënt zelf aan levensbeëindiging ten grondslag kan liggen. Ouders kunnen dat verzoek niet namens het kind doen. Het staken of niet aanvragen van een medisch gezien zinloze behandeling kan wel aan de orde zijn.

Probleem is dat medici soms van mening verschillen over wat medisch gezien zinvol is en wat niet. Binnen de beroepsgroep bestaan daarover verschillende opvattingen. Dit maakt de term 'medisch zinloos' moeilijk in absolute zin hanteerbaar. Het introduceren van nieuwe termen, zoals 'kansloos' of "geen reële overlevingskans"-prognose lossen dit probleem niet op. Bovendien moeten er met name bij pasgeborenen beslissingen worden genomen binnen een zeer korte tijdspanne; prognoses, toch al moeilijk binnen de medische wetenschap, blijken dan niet altijd uit te komen. Zonder dat

dat strafrechtelijke consequenties heeft, zouden artsen de vrijheid moeten hebben in dergelijke gevallen hun beleid in overleg met de wettelijk vertegenwoordigers bij te stellen, ook als dat in uitzonderingsgevallen zou kunnen leiden tot actieve levensbeëindiging. Toetsing vooraf en desgewenst toetsing achteraf is daarbij van groot belang.

Niet alleen in medische kring, maar ook in juridische kring bestaat geen overeenstemming of en, zo ja, in welke gevallen levensbeëindigend handelen is geoorloofd. Sommigen sluiten elk actief levensbeëindigend handelen uit, aangezien de patiënt zelf hierom niet kan vragen of omdat men tegen elk levensbeëindigend handelen is, anderen menen dat daarvoor wel mogelijkheden dienen te zijn. Bovendien is er in Nederland geen jurisprudentie op dit gebied waarbij enig houvast kan worden gevonden. Er bestaat derhalve een situatie van grote rechtsonzekerheid. Het risico daarvan is dat men niet openlijk over de problematiek durft te praten en dat de gehanteerde criteria voor buitenstaanders ondoorzichtig zijn. Een opener procedure *zonder* strafrechtelijke dreiging zou mogelijk moeten zijn. Verantwoording kunnen en willen afleggen tegenover de samenleving is immers van essentieel belang in zaken waar het gaat om leven en dood. De huidige juridische en politieke situatie draagt echter niet bij aan een open houding van de beroepsgroep. □

PRAKTIJKPERIKELLEN

Een verhaal in twee afleveringen

Patiënt krijgt op een recept van de longarts voor 200 capsules (becotide) S 3ddl er slechts 180 afgeleverd. Na overleg met mij, zijn huisarts, eist hij bij de apotheek de resterende twintig capsules op. Hij krijgt ze na flink aandringen ook, maar met een aanvullende nota, inclusief opnieuw de afleveringskosten (f 12,10; patiënt is particulier).

Een andere patiënt krijgt van mij een recept voor 4 vaginaal-tabletten. Zij krijgt echter, bij dezelfde apotheek, een driedaagse kuur (3 vaginaaltabletten) plus een ééndaagse kuur, ook nog van een andere sterkte. Voor het ziekenfonds betekent dat tweemaal een verstrekking.

Tot zover dit verhaal over de kosten- en kwaliteitsbewaking in een bepaalde apotheek. De betrokken apotheker heeft het veranderen van een door een arts voorgeschreven recept kennelijk zeer snel in de bedrijfsvoering weten op te nemen.

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

Kosten-effectiviteitsanalyse

Bevolkingsonderzoek op borstkanker

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen in Nederland. Per jaar krijgen in Nederland ongeveer 7.500 vrouwen borstkanker, terwijl jaarlijks ongeveer 3.000 vrouwen aan de ziekte overlijden. Uit deze cijfers valt op te maken dat de ziekte lang niet altijd dodelijk hoeft te verlopen.

Met moderne mammografie zijn tumoren in de borst reeds te detecteren bij een doorsnede van een halve centimeter. Behandeling in een dergelijk vroeg stadium leidt tot een aanzienlijke verbetering van de prognose. Periodiek onderzoek van vrouwen met behulp van mammografie lijkt dus een voor de hand liggende methode om de sterfte aan borstkanker te verminderen. Over de oorzaken van borstkanker is te weinig bekend om effectief primaire preventie te kunnen bedrijven.

Op verschillende plaatsen in de wereld bestaan proefprojecten waarbij vrouwen op grote schaal worden uitgenodigd om zich periodiek te laten onderzoeken op borstkanker. Van vier van deze projecten zijn de resultaten over voldoende jaren gepubliceerd om conclusies te kunnen trekken. Het betreft hier de 'randomized controlled' HIP-studie in New York uit de jaren zestig¹, de 'randomized controlled' Kopparberg/Oestergotland-studie in Zweden², en de Nederlandse studies in Utrecht en Nijmegen^{3,4}; de laatste twee zijn in 1974/1975 gestart. De resultaten van deze studies wijzen alle in dezelfde richting: vrouwen van boven de 50 jaar die deelnemen aan bevolkingsonderzoek op borstkanker lopen een geringere kans aan borstkanker te overlijden. Bovendien zijn er geen aanwijzingen dat bij de vrouwen bij wie borstkanker is ontdekt de sterfte aan andere oorzaken groter zou zijn; stellige berichten hierover die de laatste tijd in de landelijke pers circuleren en het tegendeel beweren, berusten op een onjuiste interpretatie van de resultaten van deze studies.

Twintig jaar geleden zouden deze conclusies misschien voldoende zijn geweest om tot grootscheepse invoering van bevolkingsonderzoek over te gaan. Tegenwoordig is dat echter niet meer het geval. Daar zijn verschillende redenen

H. J. de Koning,
B. M. van Ineveld,
G. J. van Oortmarssen en
P. J. van der Maas

Het Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg aan de Rotterdamse Erasmus Universiteit maakt samen met drie andere instituten studie van de kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op borstkanker. Deze eerste in een reeks van kosten-effectiviteitsanalyses heeft de bevinding opgeleverd dat het verantwoord én kosten-effectief is in Nederland een bevolkingsonderzoek op borstkanker onder vrouwen van 50-70 jaar met een tweejaars interval in te voeren. Namens de projectgroep daarover: de arts H. J. de Koning, de econoom Drs. B. M. van Ineveld, de wiskundige Ir. G. J. van Oortmarssen en de arts-epidemioloog Prof. Dr. P. J. van der Maas; allen zijn aan het instituut in Rotterdam verbonden, de laatste leidt het onderzoek.

voor. In de proefprojecten zijn vrouwen in bepaalde leeftijdsgroepen met bepaalde intervallen onderzocht. Het is echter niet uit te sluiten dat de effecten niet voor alle leeftijdsgroepen even gunstig zijn of dat langere intervallen tussen de onderzoeken tot een bijna even gunstig resultaat leiden. Een langer interval betekent geringere kosten. Tevens moet niet alleen naar de gewenste effecten – onder andere sterftereductie – worden gekeken, maar ook naar ongewenste effecten – bijvoorbeeld overdiagnostiek – en naar de mogelijkheden deze ongewenste effecten te beperken. Voordat tot invoering kan worden overgegaan, dient derhalve een afweging te worden gemaakt tussen de omvang van de gewenste en ongewenste effecten enerzijds en de te maken en te besparen kosten anderzijds. Een goed uitgewerkte methode om zo'n afweging kwantitatief te onderbouwen is de kosten-effectiviteitsanalyse (KEA)⁵.

Een kosten-effectiviteitsanalyse voor bevolkingsonderzoek op borstkanker wordt momenteel uitgevoerd door het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit te Rotterdam, in samenwerking met de Katholieke Universiteit Nijmegen, de Rijksuniversiteit Utrecht en de Rijksuniversiteit Groningen. Het onderzoek geschiedt in opdracht van het ministerie van WVC en de Ziekenfondsraad. Het rapport met de eerste resultaten is in oktober 1987 gepubliceerd⁶.

Een aantal van de belangrijkste bevindingen uit het rapport wordt hier weergegeven. Achtereenvolgens worden in dit artikel besproken: de kosten van bevolkingsonderzoek, de kosten van nadere diagnostiek en therapie, en de effecten. Hierna worden kosten en effecten aan elkaar gerelateerd en volgen er conclusies.

WERKWIJZE

In een kosten-effectiviteitsanalyse is het belangrijk een voldoende lange evaluatieperiode te hanteren. Aangezien de effecten van bevolkingsonderzoek veel later optreden dan de te maken kosten zijn twee fases onderscheiden. In de berekeningen wordt ervan uitgegaan dat het bevolkingsonderzoek operationeel is van 1988 tot 2015. Om alle effecten van deze periode te kunnen traceren worden de effecten tot het jaar 2088 doorgerekend. Het bevolkingsonderzoek wordt vanaf 1988 geleidelijk ingevoerd. De opbouw-fase vergt een aantal jaren, vanwege de benodigde opleidingscapaciteit en het aanbod aan personeel. Een gefaseerde invoering is tevens noodzakelijk om de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek te kunnen waarborgen.

De omvang van het bevolkingsonderzoek wordt bepaald door het aantal jaarlijks uit te voeren onderzoeken. Over het algemeen mag men verwachten dat de kosten per onderzoek enigszins variëren naarmate er meer onderzoeken per jaar worden uitgevoerd. Dit maakt het noodzakelijk de kosten voor bevolkingsonderzoek van verschillende omvang te schatten. Een aantal varianten is in deze analyse uitgewerkt.

In dit artikel wordt de nadruk gelegd op de resultaten van een opzet die aansluit bij de adviezen van de Gezondheidsraad en van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid^{7,8}. Deze hebben geadviseerd om alle vrouwen tussen hun 50e en 70e jaar in totaal tienmaal uit te nodigen voor een mammografie, met een tweejaars interval. Hiernaast zijn drie andere varianten uitgewerkt, met respectievelijk vijf, vijftien en twintig uitnodigingen in dezelfde leeftijdsgroep; dit betekent een interval van respectievelijk 4, 1½ en 1 jaar tussen de onderzoeken. Bij alle varianten wordt verondersteld dat gemiddeld 70% van de vrouwen gehoor geeft aan de uitnodigingen, een percentage dat is gebaseerd op de ervaringen in Nijmegen en Utrecht.

De vergrijzing van de bevolking in de komende decennia is van invloed op het aantal vrouwen dat wordt uitgenodigd. Bij de variant met een tweejaars interval bedraagt het aantal onderzoeken dat jaarlijks in het hele programma wordt uitgevoerd in 1995, het jaar waarin de opbouwfase is voltooid, 525.000. Ten gevolge van de vergrijzing loopt dit aantal op tot 770.000 onderzoeken in het jaar 2015.

KOSTEN

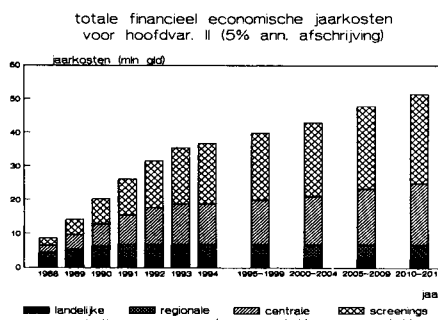
Kosten van landelijk bevolkingsonderzoek

Bij de kostenschattingen van het bevolkingsonderzoek zijn vier organisatieniveaus onderscheiden:

1. de screeningseenheid, waar de foto's worden gemaakt en ontwikkeld;
2. de centrale eenheid, waar de foto's worden beoordeeld;
3. het regionaal samenwerkingsverband, dat verantwoordelijk is voor het uitnodigen van de vrouwen en voor de regionale coördinatie;
4. de landelijke organisatie, waartoe bestuur, opleiding, medisch-technische controle en evaluatie behoren.

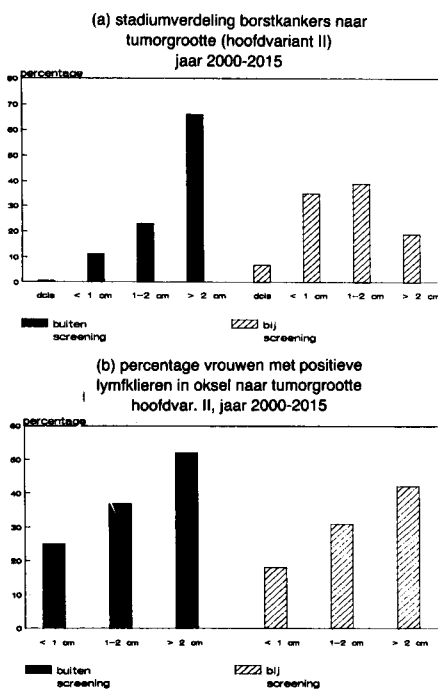
Figuur 1 toont het verloop in de tijd van de verwachte financiële jaarkosten van het bevolkingsonderzoek volgens eerdergenoemde opzet. In het eerste jaar bedragen deze 8 miljoen gulden. Ze lopen op tot ongeveer 40 miljoen gulden per jaar in 1995. Op dat moment is de opbouw van het bevolkingsonderzoek voltooid en bedragen de kosten gemiddeld 73 gulden per onderzoek. In de figuur is tevens de verdeling van de kosten over de verschillende organisatieniveaus weergegeven.

Figuur 1. Geschatte jaarlijkse financiële kosten van bevolkingsonderzoek op borstkanker.



De kosten zijn uitgesplitst naar organisatieniveau. Vrouwen van 50-70 jaar worden tienmaal uitgenodigd met een tweejaars interval. Kosten in prijzen van 1988.

Figuur 2. Verdeling van twee parameters die van invloed zijn op de keuze van primaire therapie van borstkanker in de situatie met en zonder bevolkingsonderzoek.



(a) procentuele verdeling van borstkankers naar tumorgrootte,
(b) percentage vrouwen met positieve lymfklieren in de oksel per tumorgrootte.

Tabel 1. Jaarlijkse financiële kosten van diagnostiek en therapie voor borstkanker in Nederland in 1989 zonder bevolkingsonderzoek.

nadere diagnostiek	71,5
primaire chirurgie/radiotherapie	76,0
adjuvante therapie	6,1
therapie wegens metastasen/ incurabele primaire tumor	92,3
totaal	245,9

Kosten nadere diagnostiek en behandeling

Nadere diagnostiek. Wanneer er op grond van de mammografie een verdenking op borstkanker bestaat, zal de vrouw nader worden onderzocht. Deze nadere diagnostiek vormt geen onderdeel van het bevolkingsonderzoek zelf, maar vindt elders in de gezondheidszorg plaats. Bij de nadere diagnostiek volgen artsen en klinieken zeer uiteenlopende procedures. In de therapie van borstkanker bestaan ook variaties. In deze analyse is een soort 'landelijk gemiddeld schema' afgeleid voor zowel de nadere diagnostiek als de therapie. De schema's hebben als oogmerk tot een aannemelijke schatting te komen van de uit diagnostiek en therapie voortvloeiende kosten. In de situatie zonder bevolkingsonderzoek vindt ook nadere diagnostiek en therapie plaats, veelal na doorverwijzing via de huisarts; in de analyse zijn hiervan schattingen gemaakt.

De essentie van het bevolkingsonderzoek is, die vrouwen aan te wijzen die mogelijk of waarschijnlijk (een vroeg stadium van) borstkanker hebben. Een gunstige verhouding tussen de percentages fout-positieven en fout-negatieven wordt derhalve nagestreefd. Voor vrouwen in de leeftijdsklasse 50-70 jaar is in de analyse uitgegaan van een voorspellende waarde van 60% in vervolgrondes; dat wil zeggen dat in vervolgrondes bij 60% van de doorverwezen vrouwen ook daadwerkelijk borstkanker wordt vastgesteld. In de eerste ronde van bevolkingsonderzoek bedraagt de positief voorspellende waarde ongeveer 40%.

De gemiddelde kosten voor diagnostiek en therapie zijn geschat met behulp van de tarieven, die voor de verschillende verrichtingen gelden. Op deze wijze is berekend dat in Nederland in de huidige situatie zonder bevolkingsonderzoek jaarlijks aan nadere diagnostiek in verband met (mogelijke) borstkanker 72 miljoen gulden wordt uitgegeven (zie *tab. 1*). In de volgende fase van het onderzoek wordt ernaar gestreefd tarieven te vervangen door werkelijk gemaakte kosten.

Behandeling. De therapie van borstkanker is opgesplitst in de primaire behandeling en de eventuele behandeling na verloop van tijd wegens metastasering. Bij de primaire behandeling is onderscheid gemaakt tussen vier vormen van behandeling:

- borstsparende therapie (radiotherapie integraal onderdeel);
- borstamputatie;
- borstamputatie met postoperatieve radiotherapie;
- adjuvante therapie (medicamenteus).

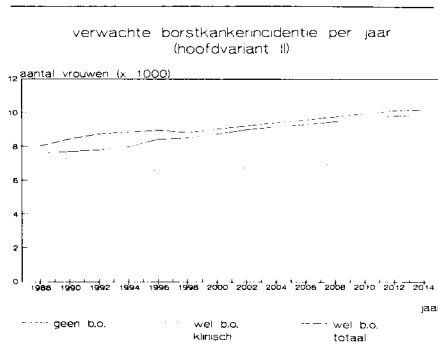
Om tot schattingen te komen over de verschillende vormen in de huidige situatie zonder bevolkingsonderzoek is mede gebruik gemaakt van gegevens van de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg (SIG) over de jaren 1983-1985 en van protocollen van integrale kankercentra. Met behulp van de gegevens over gescreende en niet-gescreende vrouwen in Nijmegen en Utrecht is een overzicht verkregen van de te verwachten therapieverschuivingen bij de invoering van landelijk bevolkingsonderzoek.

De aard van de gekozen chirurgische ingreep en van de eventuele radiotherapie hangt vooral samen met de tumorgrootte en het aantal positieve lymfklieren in de oksel. Fig. 2 toont een overzicht van beide parameters in de situatie van tweejaars bevolkingsonderzoek voor vrouwen in de leeftijdsgroep 50-70 jaar en in de huidige 'klinische' situatie. Door bevolkingsonderzoek worden gemiddeld kleinere tumoren ontdekt en is het aantal positieve lymfklieren in de oksel kleiner bij een gegeven tumorgrootte. Bij de kosten van de therapie vormen vooral de kosten van de behandeling van het gemetastaseerd mammacarcinoom een belangrijk gegeven. Wanneer bevolkingsonderzoek leidt tot een reductie van de sterfte aan borstkanker, dan is dit vooral dankzij het feit dat metastasering wordt voorkomen. Op deze manier is berekend dat op dit moment in Nederland de totale kosten voor de therapie van borstkanker tenminste 174 miljoen gulden per jaar bedragen. Daarvan gaat meer dan de helft naar de behandeling van vrouwen met een gemetastaseerd mammacarcinoom (zie tab. 1). De invloed van bevolkingsonderzoek op de kosten van nadere diagnostiek en therapie wordt verderop besproken ('Verhouding kosten en effecten').

EFFECTEN

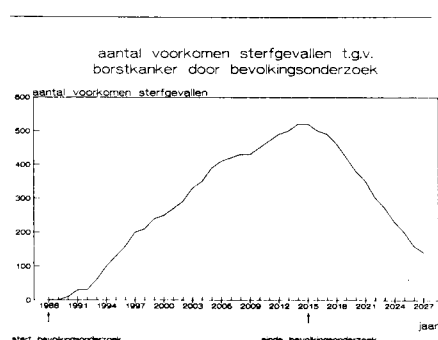
Voor de berekening van de effecten is gebruik gemaakt van de studies van de vier eerder genoemde proefprojecten. Naast de analyse van gepubliceerde resultaten is voor dit project een groot aantal gegevens uit Utrecht en Nijmegen opnieuw bijeengebracht en door ons be-

Figuur 3. Verwachte aantallen nieuwe gevallen van borstkanker in Nederland, voor de situatie zonder bevolkingsonderzoek en met bevolkingsonderzoek.



Vrouwen van 50-70 jaar worden tienmaal uitgenodigd met een tweejaars interval. Tevens is aangegeven hoeveel borstkankers klinisch worden gediagnostiseerd, in de aanwezigheid van bevolkingsonderzoek (wel b.o. klinisch).

Figuur 4. De jaarlijkse aantallen in Nederland door bevolkingsonderzoek voorkomen sterfgevallen ten gevolge van borstkanker.



Opbouwfase van 1988-1995 en beëindiging bevolkingsonderzoek in 2015. Vrouwen van 50-70 jaar worden tienmaal uitgenodigd met een tweejaars interval.

Tabel 2. Overzicht van de belangrijkste gunstige en ongunstige effecten van bevolkingsonderzoek op borstkanker in absolute aantallen.

'ONGUNSTIG'	
uitnodigingen	21,2 miljoen
screeningen	14,6 miljoen
fout-positieven leidend tot biopsie	30.800
extra ontdekte borstkankers	3.200
ductaal carcinooma in situ	4.100
'GUNSTIG'	
afname mammografie via huisarts	460.000
afname spontane nadere diagnostiek	169.000
toename borstsparende therapie t.o.v. borstamputaties	20.600
vermindering metastasen behandeling	12.300
voorkomen sterfgevallen	12.300
gewonnen levensjaren	197.000

Vrouwen van 50-70 jaar worden tienmaal uitgenodigd met een tweejaars interval.

werkt; zo zijn de resultaten van de drie meest recente projecten (Nijmegen, Utrecht en Zweden) op vergelijkbare wijze geanalyseerd.

Voor effectschattingen zijn mathematische modellen onontbeerlijk gebleken. In dit project is gebruik gemaakt van het MISCAN-simulatiepakket; dit is een door het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg ontwikkeld pakket computerprogramma's, dat speciaal is gericht op de evaluatie van bevolkingsonderzoek en andere medische interventies⁹.

Fig.3 toont een belangrijk resultaat van de analyse, namelijk de verwachte aantallen nieuwe gevallen van borstkanker met en zonder bevolkingsonderzoek. Bij de eerste ronde van bevolkingsonderzoek moet worden gerekend op een relatief groot aantal nieuw ontdekte gevallen van borstkanker. Na de opbouwfase stabiliseert de situatie zich op een niveau dat iets hoger ligt dan wanneer er geen bevolkingsonderzoek zou zijn en borstkanker vooral op grond van klachten wordt ontdekt. Door de geleidelijke invoering van het bevolkingsonderzoek wordt deze piek van de eerste ronde echter uitgesmeerd over een aantal jaren, zoals duidelijk in de figuur is te zien (bovenste onderbroken lijn).

Het grootste verschil tussen de situatie met en de situatie zonder bevolkingsonderzoek treedt op in 1992. Dit is van belang voor de te verwachten behoefte aan chirurgische en radiotherapeutische capaciteit. In de analyse wordt ervan uitgegaan dat de opbouw ook binnen de regio's geleidelijk verloopt. Uit de figuur is tevens te zien hoe de totale borstkankerincidentie over de gehele periode stijgt onder invloed van de vergrijzing van de bevolking.

Figuur 4 geeft een beeld van de ontwikkeling van het aantal sterfgevallen dat door bevolkingsonderzoek wordt voorkomen. Het effect van bevolkingsonderzoek neemt geleidelijk toe tot het jaar 2015, waarin het bevolkingsonderzoek in deze analyse wordt beëindigd. De bereikte sterftereductie neemt na 2015 weer geleidelijk af. Wanneer de sterftereductie op haar hoogtepunt is bedraagt ze ongeveer 12% van de totale sterfte aan borstkanker, ofwel ongeveer 500 verminderde sterfgevallen per jaar. Zo worden in de gehele onderzochte periode in totaal 12.300 sterfgevallen voorkomen, hetgeen resulteert in circa 200.000 gewonnen levensjaren.

In een kosten-effectiviteitsanalyse wordt

de mogelijkheid geschapen de gunstige en ongunstige effecten af te wegen tegen de kosten en besparingen die samengaan met een bepaalde voorziening. In dit artikel wordt de nadruk gelegd op de belangrijkste gezondheidswinst van bevolkingsonderzoek, namelijk gewonnen levensjaren.

Tab. 2 geeft een overzicht van enkele andere gunstige en ongunstige effecten van het bevolkingsonderzoek met tien uitnodigingen, die impliciet ook in deze analyse zijn meegenomen. Zo zal men bij de invoering van landelijk bevolkingsonderzoek relatief frequenter borstsparend kunnen gaan behandelen; dit is een uitermate belangrijk effect voor de vrouw bij wie borstkanker wordt ontdekt. In deze fase van het onderzoek is nog niet getracht een kwantificering te maken van de effecten op de kwaliteit van leven. Wel is het vrijwel zeker dat bij het meewegen van een dergelijke factor de balans ook positief voor bevolkingsonderzoek zal uitvallen.

KOSTEN-EFFECTEN

De te maken kosten zijn evenals de te realiseren effecten over verschillende jaren verspreid. In een kosten-effectiviteitsanalyse wordt rekening gehouden met een tijdvoorkeur; dit betekent dat relatief minder belang wordt gehecht aan zowel effecten als kosten die verder in de toekomst liggen dan aan kosten en effecten op korte termijn. Een methode om deze tijdvoorkeur tot uiting te brengen is discontering.

In dit onderzoek wordt uitgegaan van de door de overheid voorgeschreven disconteringsvoet van 5%¹⁰. Wanneer dit percentage wordt toegepast, dan bedragen de totale kosten van het landelijke screeningsprogramma over deze evaluatieperiode 608 miljoen gulden voor de eerder voorgestelde opzet met een tweejaars interval. Daar staat 184 miljoen gulden aan besparingen tegenover. Deze besparingen worden vooral veroorzaakt door de minder frequente behandeling van metastasen (sterftereductie) en de minder frequent noodzakelijke nadere diagnostiek als gevolg van het bezoeken van de huisarts of specialist.

Het bevolkingsonderzoek 'verdient zichzelf' zo voor ongeveer een derde terug. De verschillkosten van het gehele programma, te weten de extra kosten van bevolkingsonderzoek minus de besparingen in kosten van diagnostiek en therapie, bedragen 424 miljoen gulden, beke-

Tabel 3. Kosten en effecten van vier varianten van bevolkingsonderzoek (b.o.) op borstkanker.

	I	II	III	IV	geen b.o.
aantal uitnodigingen per vrouw	5	10	15	20	—
totaal aantal onderzoek (milj.)	3,7	7,3	10,3	13,0	—
VERSCHILKOSTEN IN MILJOENEN GULDENS					
bevolkingsonderzoek	347	608	817	1.049	—
nadere diagnostiek n.a.v. screening	68	98	110	123	—
nadere diagnostiek buiten b.o.	-148	-219	-243	-267	1.506
primaire therapie	39	57	63	71	1.729
metastasenbehandeling/ incurabele prim. tumor	-79	-120	-140	-156	1.701
totaal verschillkosten	227	424	608	819	4.936
gewonnen levensjaren (duizendtallen)	28,4	43,8	51,5	57,5	—
kosten/levensjaar (duizendtallen)	8,1	9,7	11,8	14,2	—
marginale kosten/levensjaar (duizenden guldens)	8,1	12,1	25,8	34,9	—

Vrouwen van 50-70 jaar worden respectievelijk vijf (I), tien (II), vijftien (III) en twintig (IV) keer uitgenodigd.
Disconteringsvoet 5%.

ken over de gehele periode van analyse (1988-2088; zie tab. 3).

Om deze kosten te kunnen vergelijken met de effecten, worden die effecten (belangrijkste winst: gewonnen levensjaren) met hetzelfde percentage gediscoteerd. Dan blijkt dat de kosten-effectiviteitsverhouding 9.700 gulden per gewonnen levensjaar bedraagt. Tabel 3 maakt tevens de kosten en effecten zichtbaar van de drie andere varianten, met respectievelijk vijf, vijftien en twintig uitnodigingen voor de leeftijdsgroep 50-70 jaar.

De marginale kosten-effectiviteit wordt onderaan in de tabel gegeven. Bij een intensivering van een programma zullen veelal zowel de kosten als de effecten toenemen. Bij het bepalen van de marginale kosten-effectiviteit wordt een variant met meer onderzoeken vergeleken met een minder intensieve variant. De meerkosten van de intensievere variant worden vergeleken met de, ten gevolge van het frequenter screenen, aantallen extra gewonnen levensjaren. De marginale kosten-effectiviteitsratio is dan het verhoudingscijfer tussen de extra kosten en de extra gewonnen levensjaren.

We zien in de tabel dat bij de kleinste omvang van bevolkingsonderzoek de verschillkosten per gewonnen levensjaar 8.100 gulden zijn, maar voor de tweede variant 9.700 gulden. Dit betekent dat de extra levensjaren die met de tweede variant worden gewonnen ten opzichte van de kleinere variant aanzienlijk meer kosten dan 9.700 gulden. Blijkens de tabel

bedragen deze marginale kosten per gewonnen levensjaar 12.100 gulden. Dit is de marginale kosten-effectiviteitsratio van de tweede variant ten opzichte van de eerste.

In de tabel is te zien dat de marginale kosten-effectiviteit bij meer dan tien uitnodigingen sterk toeneemt. Dat betekent dat bij een nog korter screeningsinterval veel meer kosten worden gemaakt om een zelfde opbrengst, in termen van gewonnen levensjaren, te bereiken dan bij een minder frequent programma. Uit het oogpunt van kosten-effectiviteit lijkt de door de Gezondheidsraad voorgestelde variant derhalve een goede keuze.

KOSTEN-EFFECTIEF?

Het is mogelijk een vergelijking met buitenlandse cijfers over kosten-effectiviteit te maken, maar dit moet met grote omzichtigheid worden gedaan. Overzichten van kosten-effectiviteitsverhoudingen zijn gegeven door Williams en door Torrance^{11, 12}. Een bedrag van 9.700 gulden per gewonnen levensjaar is in ieder geval niet ongunstig in vergelijking met de kosten-effectiviteit van de behandeling van (ernstige) hypertensie bij mannen van 40 jaar, van thuisdialyse en van sommige vormen van coronaire bypass-chirurgie: deze voorzieningen komen elk vier- tot zesmaal duurder uit.

Voor Nederland waren tot voor kort vrijwel geen gegevens beschikbaar over de kosten-effectiviteit van gezondheidszorgvoorzieningen en medische ingrepen. Resultaten van de kosten-effectiviteitsanalyse van het nierfunctievervangingsprogramma in Nederland zijn onlangs bekend geworden¹³, evenals de resultaten van een kosten-effectiviteitsanalyse op baarmoederhalskanker¹⁴. Uit een vergelijking met deze laatste resultaten blijkt dat de kosten per gewonnen levensjaar voor een kleine omvang van bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker reeds minstens tweemaal zo hoog zijn als die voor een tweejaars bevolkingsonderzoek op borstkanker. Dat betekent dat bij bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker slechts de helft aan gewonnen levensjaren kan worden gewonnen, uitgaande van dezelfde kosten als bij bevolkingsonderzoek op borstkanker.

DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

Een kosten-effectiviteitsanalyse kan een belangrijke bijdrage leveren aan een goede besluitvorming over het invoeren van

bepaalde medische voorzieningen. Enerzijds geeft een dergelijke analyse gedetailleerd inzicht in de verschillende effecten van een voorziening als bevolkingsonderzoek op borstkanker. Anderzijds wordt een zo volledig mogelijk beeld gegeven van de organisatie en de hieraan verbonden kosten. Voor het maken van vergelijkingen met andere gezondheidszorgvoorzieningen is het vaststellen van marginale kosten-effectiviteitsratio's onontbeerlijk.

Men moet zich realiseren dat idealiter een kosten-effectiviteitsanalyse geen eenmalig onderzoek is. Ze dient ter ondersteuning van een beleidskeuze, maar draagt ook een meer continu karakter. Immers, voor het bereiken van een bevredigend resultaat van een landelijk bevolkingsonderzoek op borstkanker dient men te zijn verzekerd van een optimale kwaliteit van het gehele proces. Ook in de toekomst dient derhalve een continue 'bewaking' van het proces te zijn gegarandeerd. Regelmatig moeten zowel de kosten als de effecten van het programma worden geëvalueerd en via kosten-effectiviteitsanalyses eventueel worden bijgesteld.

Uit deze analyses en gepubliceerde data kan in ieder geval worden geconcludeerd, dat bevolkingsonderzoek op borstkanker in de vorm als voorgesteld door de Gezondheidsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een

kosten-effectieve voorziening is. Het lijkt derhalve verantwoord een begin te maken met de landelijke invoering van zo'n bevolkingsonderzoek op borstkanker. Voor de directe kwaliteitsbewaking van de screeningsdiagnostiek is het wenselijk een continue monitoring van het bevolkingsonderzoek te hebben.

Naast de directe kwaliteitsbewaking van de screeningsmammografie dient te worden voorzien in een continue landelijke evaluatie van het gehele programma door samenwerking van deskundigen van verschillende disciplines. □

Het *onderzoeksteam* voor de analyse van de kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op borstkanker was als volgt samengesteld: Prof. Dr. P. J. van der Maas; Drs. B. M. van Ineveld; Ir. G. J. van Oortmarssen; H. J. de Koning, arts; Drs. J. Th. N. Lubbe; Prof. Dr. Ir. J. D. F. Habbema; E. Birnie; Ir. A. T. Geerts; A. E. de Bruyn; Dr. H. J. A. Collette; Dr. J. J. Rombach; Dr. A. L. M. Verbeek; Drs. H. Straatman; Dr. J. H. C. L. Hendriks; en Prof. Dr. W. J. A. van den Heuvel.

Het *rapport*: 'De kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op borstkanker' is te bestellen bij het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, tel. 010-4087714.

Literatuur

1. Shapiro S, Venet W, Strax Ph, Venet L, Roeser R. Ten-to-fourteen year effect of screening on breast cancer mortality. *J Nat Cancer Inst* 1982; 69: 349-55.
2. Tabar L, Gad A, Holmberg LH, Lungquist U, Eklund G, Pettersson F et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. Randomised trial from the Breast Cancer Screening Working Group of the Swedish National Board of Health and Welfare. *Lancet* 1985; i: 829-32.
3. Collette HJA, Day NE, Rombach JJ, Waard F de. Evaluation of screening for breast cancer in a non-randomised study (the DOM-project) by means of a case-control study. *Lancet* 1984; i: 1224-6.
4. Verbeek ALM, Hendriks JHCL, Holland R, Mravunac M, Sturmans F, Day NE. Reduction of cancer mortality through mass screening with modern mammography: first results of the Nijmegen project 1975-1981. *Lancet* 1984; i: 1222-4.
5. Drummond MF. *Principles of Economic Appraisal in Health Care*. Oxford/New York: Oxford University Press, 1980.
6. Maas PJ van der, Ineveld BM van, Oortmarssen GJ van, Koning HJ de et al. De kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op borstkanker. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, oktober 1987.
7. Gezondheidsraad. *Vroege opsporing van borstkanker*. 1987.
8. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Advies Organisatie Bevolkingsonderzoek Borstkanker*. Zoetermeer, 1987.
9. Habbema JDF et al. A simulation approach to cost effectiveness and cost benefit calculations of screening for early detection of disease. *Eur J Oper Res* 1987; 29: 159-66.
10. Klaassen LH. *Studiegroep Discontering: De rol van de disconteringsvoet in het beleid*. 's-Gravenhage: Ministerie van Financiën, 1985.
11. Williams A. Economics of coronary artery bypass grafting. *Br Med J* 1985; 291: 326-9.
12. Torrance GW. Measurements of Health State Utilities for Economic Appraisal. *J Health Econ* 1986; 5: 1-30.
13. Charro FT de. *Kosten-effectiviteitsanalyse van het nierfunctievervangingsprogramma in Nederland*. Dissertatie. Delft: Eburon, 1988.
14. Habbema JDF et al. *De kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker*. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, mei 1988.

J. H. van Bommel en C. M. A. W. Festen (red). *Medische informatica; vernieuwingen in de geneeskunde*. Subcommissie Medische Informatica van de Commissie Geneeskunde van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, 1987. 79 blz. ISBN 90 6984 018 9. Prijs: f 20,—.

'Medische informatica; vernieuwing in de geneeskunde' is het rapport van de Subcommissie Medische Informatica (SMI) van de Commissie Geneeskunde van de KNAW. De voornaamste taak van deze subcommissie was het doen van aanbevelingen voor de verdere ontwikkeling van de medische informatica in samenhang met de medische statistiek, de medische beslistkunde en de epidemiologie. Dit rapport valt in twee delen uiteen. Het eerste gedeelte bestaat uit zes hoofdstukken en geeft achtereenvolgens een globale beschrijving van het aandachtsveld, de randvoorwaarden voor een verdere ontwikkeling van de medische informatie en de verdere uitbouw van de medische informatie in respectievelijk onderwijs, onderzoek en toepassingen. Het tweede gedeelte van het rapport be-



vat bijlagen, waarin onder meer voor elk van de gebieden onderwijs en onderzoek een tabel is opgenomen met daarin de bijdragen die verschillende vakgroepen aan de Nederlandse faculteiten op die gebieden leveren.

De SMI stelt in haar rapport dat medische informatica en aanverwante methodologische vakgebieden een steeds grotere rol zullen gaan spelen in de geneeskunde. In haar aanbevelingen besteedt de subcommissie veel aandacht aan het onderwijs. Zij stelt dat de medische informatica een belangrijke plaats in het medisch curriculum moet gaan innemen en dat het niveau van artsen met betrekking tot kennis en vaardigheden duidelijk moet worden vastgesteld. De SMI geeft aan hoe dit kan worden gerealiseerd in de opleiding tot basisarts, maar ook in het AIO/OIO, de specialisten- en de huisartsopleidingen; ook komt de bijdrage van de medische informatica in het PAOG aan de orde.

Met betrekking tot het onderzoek adviseert de

subcommissie een verdere stimulering en afstemming, zowel landelijk als binnen faculteiten, om zodoende expertise te bundelen en binnen de diverse faculteiten specialistische kennis op te bouwen.

Het rapport geeft een goed overzicht van wat er momenteel op het gebied van de medische informatica en de aanverwante vakgebieden in Nederland aan onderwijs en onderzoek plaatsvindt. Voor de ontwikkeling van het vakgebied is het goed dat dit rapport is verschenen. Het dient in de huidige discussie over het disciplineplan geneeskunde te worden betrokken.

Voor de werkzaamheden van de praktiserend arts zal dit rapport niet direct van belang zijn. Degenen die belangstelling hebben voor de (technologische) ontwikkelingen binnen de geneeskunde vinden in het rapport een overzicht van de huidige ontwikkelingen aan de Nederlandse universiteiten op het gebied van de medische informatica en tevens een visie van de betrokkenen op de ontwikkelingen van dit vakgebied in de toekomst.

Jan L. Talmon

Vestigingsbeleid en adviescommissie

Sinds 1 februari 1986 is het aan huisartsen verboden zich te vestigen zonder vergunning van B&W. Bij de uitvoering van dit vestigingsbeleid is een belangrijke rol weggelegd voor een adviescommissie waarin alle bij de eerstelijnszorg betrokken partijen zijn vertegenwoordigd. Deze commissie dient in adviserende zin te worden betrokken bij alle aspecten van het gemeentelijk vestigingsbeleid. Meer in het bijzonder hoort zij de aanvrager van de vergunning en brengt zij over elke aanvraag advies uit aan B&W. De verhouding tussen B&W en de adviescommissie blijkt voor de betrokkenen niet altijd duidelijk te zijn; in dit artikel wil ik daarom vanuit een juridische invalshoek hierop enig licht werpen.

INSTELLING COMMISSIE

De adviescommissie dient op grond van art. 56 tweede lid Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) formeel te zijn ingesteld door B&W. De opvatting dat deze bevoegdheid toekomt aan de gemeenteraad is dan ook onjuist¹. De algemene regeling in de Gemeentewet op grond waarvan vaste commissies van advies en bijstand aan B&W door de raad (op voorstel van B&W) moeten worden ingesteld, wijkt in dit opzicht voor de bijzondere regeling in de WVG.

SAMENSTELLING COMMISSIE

Volgens art. 56 derde lid WVG dient de commissie 'in elk geval' te bestaan uit vertegenwoordigers van de huisartsen, aanverwante beroepen, gebruikers en verzekerders. De wet staat toe dat ook personen uit andere kringen in de commissie worden benoemd. Zo komt het regelmatig voor dat in de commissie een vertegenwoordiger van B&W, bijvoorbeeld een wethouder, is opgenomen². Of dit toelaatbaar is hangt mijns inziens in belangrijke mate af van de visie die men heeft op het karakter van het adviesorgaan. Hoogendijk-Deutsch onderscheidt in het algemeen drie soorten adviesfuncties³: het verschaffen van feitelijke informatie (deskundigenadvies), het bieden van rechtswaarborgen (semi-rechterlijk advies), en inspraak en overleg (representatie-advies). Vooral bij de eerste twee adviesfuncties is een onafhankelijke positie van het adviesorgaan

Mr.Drs. J. C. J. Dute

Het Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen kent aan B&W en een plaatselijke vestigingscommissie een centrale rol toe in de uitvoering van het vestigingsbeleid. In de praktijk blijkt hun onderlinge verhouding niet steeds voor alle betrokken partijen even duidelijk te zijn. Mr.Drs. J. C. J. Dute, universitair docent bestuursrecht aan de Vrije Universiteit, plaatst enkele juridische kanttekeningen.

ten opzichte van de instantie waaraan advies wordt uitgebracht van groot belang; dit is in veel mindere mate het geval bij inspraak en overleg, en het is juist deze functie die naar mijn oordeel voorop staat bij de commissie ex art. 56 WVG.

De wet schrijft niet de getalsmatige verhouding tussen de diverse groeperingen voor. Bij afwezigheid of ondervertegenwoordiging van één of meer van de betrokken partijen kan de commissie evenwel worden beschouwd als onevenwichtig samengesteld. Dit is te meer het geval als aan één groepering, bijvoorbeeld de huisartsen, een meerderheidspositie is gegeven. Besluiten van B&W die op basis van adviezen van een dergelijke commissie zijn genomen, lopen het risico in beroep te worden vernietigd. Hetzelfde kan worden gezegd indien in een commissie van één groepering slechts één categorie is vertegenwoordigd, indien bijvoorbeeld van de huisartsen alleen vertegenwoordigers van de reguliere, socialistisch werkende huisartsen zijn opgenomen. Een en ander dient natuurlijk te worden beoordeeld in het licht van de feitelijke situatie in de gemeente; ook de omvang van de commissie moet hierbij in ogenschouw worden genomen.

BESLISSINGSBEVOEGDHEID

De wet heeft B&W aangewezen als het bestuursorgaan dat bevoegd is in het kader van het vestigingsbesluit beslissingen te nemen, bijvoorbeeld over de bepaling van de gezamenlijke capaciteit aan huisartsen, over de verlening van een vergunning boven het aantal dat uit de reken-

norm voortvloeit (boventallige vergunning) of over de vraag aan wie de vergunning wordt verleend.

Hieruit vloeit voort dat B&W in alle opzichten voor de beslissing verantwoordelijk zijn. Voor zover B&W een advies van de commissie aan hun beslissing ten grondslag leggen, strekt deze verantwoordelijkheid zich ook uit tot de inhoud van dit advies. De stelling dat ten aanzien van de adviezen van de commissie aan B&W 'geen enkele beoordelingsmarge toekomt, maar integendeel volstrekte volgzzaamheid past' is volgens de Arob-rechter dan ook 'onhoudbaar'⁴: B&W beslissen, de commissie adviseert. Had de wetgever dit anders gewild, dan had zij de commissie wel aangewezen als (mede)beslissend orgaan.

BELEIDSVRIJHEID

De vraag of B&W enige beoordelingsmarge toekomt in relatie tot de adviescommissie, moet worden onderscheiden van de vraag naar de beleidsvrijheid van B&W. De vraag of B&W beleidsvrijheid hebben, moet worden bezien in relatie tot de rechter. Het gaat er dan om in hoeverre B&W in hun besluitvorming zijn gebonden aan normen en criteria die door de wet worden gesteld. Indien de wet de beslissing volledig dicteert, is er geen beleidsvrijheid. De rechter gaat dan in een eventuele beroepsprocedure volledig na of de wet juist is uitgelegd en toegepast – een voorbeeld hiervan is de vaststelling van de gezamenlijke capaciteit aan huisartsen; de berekening van de capaciteit wordt door de rechter zo nodig geheel overgedaan. Hooguit is er een – van beleidsvrijheid wel te onderscheiden – kleine beoordelingsmarge met betrekking tot de vaststelling en de juridische kwalificatie van de feiten; zo werd een assistent van een huisarts die had opgegeven slechts maximaal twee dagen in de week te willen werken, aangemerkt als een gevestigd huisarts met 800 patiënten, hetgeen de rechter 'niet onredelijk' vond⁵.

Indien de wet aan een bestuursorgaan een bevoegdheid verschafft, terwijl niet of niet geheel wordt aangegeven hoe deze bevoegdheid moet worden gebruikt, is er sprake van beleidsvrijheid. Dit is het geval bij de afgifte van een boventallige vergunning, al moet ook daarbij aan bepaalde wettelijke criteria zijn voldaan.

Zo moet er voor de toepassing van art. 6 derde lid Besluit 'naar verwachting sprake zijn van een aanmerkelijke groei van de bevolking binnen een korte termijn'. Dit voorbeeld geeft al aan dat het bij beleidsvrijheid steeds gaat om een kwestie van meer of minder. De omvang van de beleidsvrijheid wordt uiteindelijk bepaald door de rechter. Een absolute vrijheid om te beslissen is er nooit, aangezien een in beleidsvrijheid genomen beslissing steeds moet voldoen aan de eisen die worden gesteld door de zogeheten algemene beginselen van behoorlijk bestuur. Zo moeten beslissingen van een bestuursorgaan zorgvuldig worden voorbereid en adequaat worden gemotiveerd; ook mogen zij niet willekeurig zijn. Van een bestuursorgaan mag worden verwacht dat het van zijn vrije bevoegdheden een stelselmatig gebruik maakt.

KEUZE UIT KANDIDATEN

Indien er ruimte is voor een nieuwe huisarts, hebben B&W beleidsvrijheid met betrekking tot de keuze die uit de verschillende kandidaten voor de vestigingsvergunning kan worden gemaakt. Deze beleidsvrijheid wordt overigens mede bepaald door de marktsituatie: dient slechts één kandidaat zich aan, dan is het met de beleidsvrijheid gedaan (afgezien van de plaats van vestiging).

Volgens de Arob-rechter mogen B&W bij de keuze uit de kandidaten inhoudelijke criteria hanteren, zolang deze 'als terzake dienend kunnen worden aangemerkt'⁶. Wanneer is dat het geval? In genoemde uitspraak hadden B&W een voorkeur voor een vrouwelijke, niet-traditioneel werkende huisarts. Er kunnen ook andere criteria worden gehanteerd, zoals een voorkeur voor bepaalde samenwerkingverbanden, het bevorderen van kleinere praktijken, het behoren tot een etnische minderheid⁷, de signatuur en specifieke ervaring (bijvoorbeeld verloskundige ervaring).

Deze inhoudelijke criteria kunnen worden neergelegd in een nota, op basis waarvan telkens bij een openvallende vestigingsplaats een profielschets kan worden opgesteld. Ook kan ad hoc een profielschets worden opgesteld. Nota en/of profielschets dienen aan de commissie ter advisering te worden voorgelegd, waarna zo nodig bijstelling volgt. Willen B&W van deze adviezen (en van eventuele andere ingewonnen adviezen) afwijken, dan zal een deugdelijke motivering niet mogen ontbreken. B&W dienen hun beleid goed te onderbouwen. Dit

geldt ook voor de feiten die aan het beleid ten grondslag worden gelegd. Een simpele verwijzing naar de behoefte van de bevolking, zonder dat daar enig onderzoek naar heeft plaatsgevonden, wordt door de rechter niet aanvaard⁸.

Algemene beleidscriteria en/of profielschetsen kunnen overigens ook worden opgesteld door de adviescommissie, waarna ze vervolgens door B&W worden vastgesteld. Dit maakt geen verschil: eenmaal vastgesteld vormt het beleidskader het uitgangspunt voor de commissie bij de beoordeling van de individuele aanvragen.

RECHTSKARAKTER REGELS

In veel gemeenten wordt het beleid van B&W, samen met een aantal procedurele bepalingen, neergelegd in wat wordt genoemd een vestigingsregeling. Deze benaming wekt de indruk dat het hier gaat om bindende wettelijke voorschriften, waarvan onder geen beding kan worden afgeweken. Dit is echter onjuist, aangezien aan B&W een dergelijke regelstellende bevoegdheid niet toekomt. B&W kunnen hun beleidsvrijheid opvullen met regels, maar het bijzondere karakter van deze regels brengt mee dat daarvan in bijzondere omstandigheden dient te worden afgeweken. Dit ligt uiteraard anders voor zover bepaalde regels slechts een herhaling vormen van voorschriften uit het Vestigingsbesluit. Van belang is verder dat de beleidsregels van B&W niet in strijd mogen zijn met de wet.

Juridisch is een bekrachtiging van de beleidsregels door de gemeenteraad niet van belang. Het gaat immers om een eigen bevoegdheid van B&W. Ook de gemeenteraad is niet bevoegd om wettelijke regels over het vestigingsbeleid vast te stellen. De WVG verschaft hiervoor niet de basis, terwijl de raad op dit punt ook geen gebruik kan maken van zijn wetgevende bevoegdheid op grond van de Gemeentewet⁹.

OMVANG ADVIESBEVOEGDHEID

In een aantal gemeenten is aan de adviescommissie slechts een beperkte taak toegekend, bijvoorbeeld alleen advisering over vergunningaanvragen. Uit art. 56 tweede lid WVG kan echter worden opgemaakt dat B&W met de adviescommissie overleg moeten voeren over alle aspecten van het vestigingsbeleid. B&W kunnen deze wettelijk vastgelegde adviesbevoegdheid niet beperken.

TOETSING ADVIES

Uit het feit dat B&W verantwoordelijk zijn voor de te nemen beslissing vloeit voort dat dit college het advies niet zonder meer kan overnemen: B&W zijn verplicht het advies te toetsen. Dit betreft niet alleen de gevolgde procedure, maar ook de inhoud van het advies en de gegeven motivering. Het advies moet daarom ook zodanig zijn opgesteld dat B&W in staat zijn een dergelijke toetsing te verrichten – zo voldoet een advies over de opvulling van een opengevallen vestigingsplaats, waarin alleen de naam en het adres van de voorgedragen kandidaat en diens regeling van de waarneming is opgenomen (eventueel met een summier onderbouwing) niet aan deze eis. Het advies zal mijns inziens een overzicht moeten geven van alle kandidaten, waarbij wordt aangegeven waarom juist de voorgedragen persoon meer dan de andere kandidaten aan de profielschets voldoet.

Van een dergelijke uitgebreide rapportage kan niet worden afgezien met een beroep op de privacy van de sollicitanten. In een andere context heeft de Arob-rechter daarover geen enkel misverstand laten bestaan. Toen de staatssecretaris van (destijds) CRM zich erop beriep dat hij niet kon beschikken over de gegevens waarop een bepaald medisch advies steunde, in verband met het medisch beroepsgeheim, oordeelde de Arob-rechter dat hij desalniettemin 'kennis behoort te nemen van de gegevens welke deze deskundigen tot hun zienswijze hebben geleid (. . .)'; de staatssecretaris diende te kunnen (laten) beoordelen 'of uit het medisch onderzoek de juiste conclusies zijn getrokken'¹⁰. Daargelaten of deze uitspraak uit een oogpunt van patiëntenrechten wel zo gelukkig is, is er vooralsnog geen reden om aan te nemen dat de rechter anders zal oordelen over de omvang van de rapportage van de vestigingscommissie.

BEVOEGDHEID TOT AFWIJKEN

De eigen verantwoordelijkheid van B&W brengt niet alleen mee dat dit college de gegeven adviezen moet toetsen, maar ook dat het van de adviezen van de commissie kan afwijken, 'mits de afwijking toereikend is gemotiveerd'¹¹. Of dit het geval is, staat ter beoordeling van de rechter. Een grond om het advies van de commissie niet te volgen kan bijvoorbeeld zijn gelegen in het feit dat één of

meer aanvragers van de vergunning niet zijn gehoord. Indien B&W een dergelijk gebrekkig advies aan hun beslissing ten grondslag zouden leggen, wordt in een beroepsprocedure hun beslissing vrijwel zeker vernietigd; dit is zelfs het geval indien er vanwege overcapaciteit geen enkele ruimte lijkt te zijn voor een nieuwe huisarts. Het feit dat de rechter de nalatigheid van een adviescommissie in dit opzicht een enkele maal door de vingers heeft willen zien (het besluit van B&W werd wel vernietigd, maar de gevolgen bleven in stand) betekent nog niet dat 'gemeenten als het gebied vol is alle vergunningaanvragers bij wijze van spreken per kerende post kunnen afschrijven'¹². In alle gevallen zal de aanvrager van de vergunning in de gelegenheid moeten worden gesteld te worden gehoord; dat dit horen soms niet meer dan een formaliteit is, doet aan de wettelijke plicht niet af.

Een andere grond om van het advies van de vestigingscommissie af te wijken kan zijn gelegen in het feit dat de voorgedragen persoon niet voldoet aan de profielschets dan wel dat een andere kandidaat hieraan beter voldoet. Naar mijn oordeel dienen B&W bij de toetsing van de voordracht van de vestigingscommissie aan de profielschets wel enige terughoudendheid te betrachten. Pas als duidelijk blijkt dat de voorgedragen kandidaat hieraan niet voldoet of dat een andere kandidaat hieraan beter voldoet, is er reden om het advies niet te volgen: een andere opvatting reduceert de adviescommissie tot een soort uitvoerend comité.

In dergelijke gevallen ligt het in de rede dat B&W nader advies vragen aan de commissie, om haar in de gelegenheid te stellen het geconstateerde gebrek te herstellen. Wel dient daarbij rekening te worden gehouden met het feit dat de beslissing over de verlening van de vergunning is gebonden aan wettelijke termijnen. De adviescommissie heeft maximaal drie maanden de tijd, terwijl B&W binnen zes weken na verzending van het advies op het verzoek om vergunning dienen te beslissen. De rechter houdt aan deze termijnen strikt de hand¹³. Overschrijding van deze termijnen levert een (zogeheten fictieve) weigering van de vergunning op, waartegen een Arob-bezwaarschrift kan worden ingediend. Dit ontnemt overigens B&W niet het recht alsnog een beslissing te nemen op het verzoek om een vergunning.

ANDERE ADVIEZEN

Het staat B&W in beginsel vrij, niet alleen het advies van de vestigingscommissie maar ook van andere instanties, zoals een PHV of een patiëntenvereniging, in te winnen. Onder omstandigheden kunnen deze adviezen voor B&W aanleiding zijn om van het advies van de vestigingscommissie af te wijken. Het verdient mijns inziens aanbeveling de vestigingscommissie in alle gevallen in de gelegenheid te stellen zich over deze nader uitgebrachte adviezen uit te laten. Niet alleen door haar wettelijke verankering, maar ook door haar samenstelling moet de vestigingscommissie als de 'primus inter pares' onder de adviseurs worden beschouwd. In haar advies dient zij de andere adviezen te kunnen meewegen.

SLOT

Natuurlijk is de verhouding B&W-adviescommissie niet geheel in strikt juridische regels te vangen. Deze verhouding kan ook per gemeente verschillen. Hoofdzak is dat de beide hoofdrolspelers in het plaatselijke vestigingsbeleid elkaar au sérieux nemen. B&W moeten de adviescommissie de ruimte geven voor haar functie als overleg- en inspraakorgaan en haar niet tot ambtelijke voorpost degraderen. De adviescommissie dient B&W in de gelegenheid te stellen de verantwoordelijkheid te nemen die uit de beslissingsbevoegdheid voortvloeit. De juridische normering bedoelt daaraan bij te dragen. □

Literatuur

1. Schuurman MIM, Wessels AB. Het huisartsenvestigingsbeleid in de praktijk. Medisch Contact 1988; 43: 199-203.
2. TK 19287 nr 4, 9.
3. Hoogendijk-Deutsch SV. Advisering in het bestuursrecht, Preadvies Vereniging voor administratief recht LXXX. Alphen a/d Rijn: Tjeenk Willink, 1978, 20-5.
4. Vz Afd rechtspraak RvS 23 juni 1987. De Gemeentestem 6844 nr 5.
5. Afd rechtspraak RvS 26 februari 1987. AB 1988, 174 met noot J. C. J. Dute.
6. Zie 4.
7. Vgl. vz Afd rechtspraak RvS 5 november 1987 no R03.87.5728. Weekoverzicht Raad van State 1988 Afd rechtspraak R.36.
8. Zie 4.
9. KB 9 september 1981. Stb 654, Ars Aequi 1982, 142-7, met noot M. C. B. Burkens.
10. Afd rechtspraak RvS 19 december 1977. AB 1978, 157.
11. Zie 4.
12. Vanderheijden PSP. Jurisprudentie vestigingsbeleid huisartsen; een tussenbalans. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1988; 12: 85.
13. Vz Afd rechtspraak RvS 31 maart 1987. KG 1987, 227.

Hulpverlening aan artsen

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

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

LANDELIJKE CONTACTPERSONEN

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

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

Dr. P. Lens, huisarts, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden, tel. 071-275311 (toestel 4680) of 023-245362

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

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

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

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

CONTACTPERSONEN REGIO TWENTE

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

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

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

ANONIEME DOKTERS

Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705

De PAAZ in de jaren negentig

De oudste psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) in Nederland bestaat al weer ruim een halve eeuw (Arnhem, 1931). Vooral in de jaren zestig en zeventig is het aantal PAAZ'en sterk toegenomen. In het begin van de jaren zeventig heeft een reeks publikaties, rapporten en nota's de mist rond de PAAZ'en mede doen optrekken. In het daarop volgende decennium verschenen een dissertatie waarin het accent valt op de organisatiestructuur¹, een boek in de NcGv-reeks waarbij in feite het kostenaspect centraal wordt gesteld², en een referentiekader PAAZ oftewel reglementering ten behoeve van kwaliteitscontrole vanwege de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid³. De tijden veranderen, de financiële rek is eruit en er zijn forse verschuivingen binnen de (geestelijke) gezondheidszorg op komst. Op het ogenblik vindt een herstructurering van de psychiatrische voorzieningen plaats door middel van het systeem van erkenningen en verstrekkingen (klinisch psychiatrische hulp, poliklinische hulp, psychiatrische deeltijdbehandeling). De dynamische ontwikkeling van de PAAZ is hiermee zeker niet tot staan gekomen. Mede aan de hand van enkele cijfers wordt in dit artikel een schets gegeven van de huidige situatie. Vervolgens worden de verwachtingen voor de nabije toekomst aangeduid.

ACTUELE SITUATIE

PAAZ'en zijn kleinschalige en laagdrempelige afdelingen met een bescheiden behandelingspakket, evenwichtig verspreid over het land, waarvan de activiteiten duidelijk zijn verweven zowel met die van de andere medische specialismen als met die van de partners binnen RIGG-verband. De PAAZ'en zijn vooral bedoeld als een eerste, weinig stigmatiserende en betrekkelijk kortdurende behandelingsmogelijkheid voor een vrij grote en gedifferentieerde patiëntenpopulatie⁴.

De meest recente literatuurgegevens over de PAAZ betreffen 1985⁵. Deze laten enige vergelijking toe met andere intramurale instellingen: zie tabel. De ex artikel 7 KZ-wet aangewezen en niet-aangewezen PAAZ'en (respectievelijk 55 en 21 in getal) zijn samengeteld, mede omdat met ingang van 1 januari 1987 de erkenningsbeschikkingen (tijdelijk) zijn

Dr. P. J. M. van Alphen

Op het vlak van de psychiatrische voorzieningen voltrekt zich een herstructurering. Die werkt ook door naar de psychiatrische afdelingen in onze algemene ziekenhuizen, de PAAZ'en. Dr. P. J. M. van Alphen, psychiater bij de PAAZ-Westelijke Mijnstreek, Maaslandziekenhuis Sittard-Geleen, schets de situatie nu en zijn verwachtingen voor de nabije toekomst.

In dit artikel gebruikte afkortingen:

APZ = algemeen psychiatrisch ziekenhuis
FTE = functionele tijdseenheid
GGZ = geestelijke gezondheidszorg
GHIGV = Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid
KZ-wet = Krankzinnigenwet
MFE = multifunctionele eenheid
MFT = multifunctionele tijdseenheid
PAAZ = psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis
PUK = psychiatrische universiteitskliniek
RIAGG = regionale instelling (of: regionaal instituut) voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIGG = regionale instelling voor geestelijke gezondheidszorg

verruimd en onderscheiding nauwelijks relevant is geworden. Het aantal algemene ziekenhuizen met een of andere psychiatrische functie (gemengde afdelingen Neurologie/Psychiatrie, consultatie) ligt iets hoger. Aan de hand van een steekproef (N = 19; 25%) waarbij van een geografisch gerangschikte lijst van Nederlandse PAAZ'en elke vierde telefonisch is benaderd, wordt geschat dat zo'n 160 psychiaters op een PAAZ werkzaam zijn (voor APZ en RIAGG zijn de getallen respectievelijk circa 425 en 325, alle in FTE).

Vergeleken met de cijfers uit 1980⁴, valt op dat het kwantitatieve aandeel van de PAAZ in de intramurale geestelijke gezondheidszorg iets minder is geworden (van 41% naar 34% van de opnamen) maar ook dat het aantal medewerkers per bed bij de PAAZ'en is gedaald, terwijl het in de psychiatrische universiteitsklinieken en de algemeen psychiatrische ziekenhuizen is toegenomen. Nadrukke-

lijk wordt opgemerkt dat het om vrij grove schattingen gaat en dat de cijfers met de nodige omzichtigheid dienen te worden behandeld.

In de loop van de jaren tachtig zijn in de meeste regio's samenwerkingsverbanden voor geestelijke gezondheidszorg (RIGG's) tot stand gekomen respectievelijk in oprichting met een meer of minder bindend karakter. Per medio 1987 is dit het geval in 80% van de regio's. Uit onze steekproef blijkt echter dat niet meer dan 42% van de PAAZ'en daadwerkelijk binnen RIGG-verband opereert.

De patiëntenstromen naar en tussen de genoemde instellingen worden beïnvloed door:

1. veranderingen op macro-niveau (veranderend gezondheidszorgbeleid, vergrijzing én ontgroening, etc.);
2. veranderingen op meso-niveau (met name een niet vrijblijvende samenwerking binnen RIGG-verband en de capaciteit van de diverse voorzieningen);
3. veranderingen op micro-niveau (beschikbaar budget en daarmee samenhangende personeelsformatie, bekendheid van de verwijzer/patiënt met en vertrouwen in de instelling, patiëntenkenmerken, zelfzorg, etc.).

Onderscheid kan worden gemaakt tussen patiëntenstromen naar omvang (1) en naar richting (2, 3). Een verandering van de richting heeft ook te maken met de verdere ontwikkeling van nieuwe 'voordeuren' in het GGZ-circuit (bijvoorbeeld MFE'en en dagbehandeling voor specifieke categorieën patiënten).

Vrijwel alle genoemde factoren komen opnieuw aan de orde bij de bespreking van de psychiatrische functies die PAAZ'en (kunnen) hebben.

VERWACHTINGEN

Het komende decennium zullen de regionale samenwerkingsverbanden op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg verder worden uitgebouwd. Dit impliceert dat binnen RIGG-verband de diverse circuits opnieuw moeten worden bekeken in verband met een nadere afbakening van zorgsystemen, taakverdeling, minder overlap, etc. (regulering). 'Efficiënter werken', liefst mét doelmatigheidsprikkels, 'subspecialisatie' en 'substitutie' zijn de nieuwe trefwoorden.

Concreet betekent een en ander voor:

– *de kliniek*: lage, weliswaar kritische drempel wat betreft het opnamebeleid, selectief echter met betrekking tot de behandeling. De de-institutionalisering c.q. extramuralisatie van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis zal zeker, net als in de Verenigde Staten, leiden tot drukverhoging voor de PAAZ'en; dit geldt in het bijzonder voor de 'frontpsychiatrie'.

Tevens mag een toename worden verwacht van psychogeriatrische stoornissen. Zeker is dat de moeilijkheidsgraad hoger komt te liggen.

Enkele auteurs noemen min of meer typische psychiatrische stoornissen die in het algemeen ziekenhuis voor behandeling in aanmerking komen⁶, te weten psychiatrische problematiek samenhangend met somatische pathologie, alsmede functionele lichamelijke klachten (soma-toforme stoornissen). Het ligt voor de hand voor de behandeling hiervan vooral te denken aan biologische psychiatrie en kortdurende gedrags- respectievelijk directieve therapie, ingebed in een ondersteunend sociotherapeutisch milieu. De continuïteit van zorg zou kunnen worden bevorderd door het zogeheten 'case-management' onder RIGG-regie. Er blijft dus – ook bij opname – steeds een centrale begeleider.

Verwacht wordt dat programma-evaluatie een belangrijke plaats gaat krijgen bij de verdere ontwikkeling van regionale samenwerking.

Verhey voorziet dat men zoveel mogelijk gebruik maakt van gestandaardiseerde en geprotocolleerde diagnostische en therapeutische methoden⁷;

– *de polikliniek*: naast integrale diagnostische screening voor de huisarts zou wellicht mede ten behoeve van de geneeskundige en heelkundige specialismen in het ziekenhuis door een multidisciplinair team specifieke deskundigheid kunnen worden ontwikkeld op het gebied van de onbegrepen lichamelijke klachten. Ook hier dus een meer selecte behandeling, respectievelijk een thematische specialisatie.

Hoe de beleidmakers de patiëntenstromen ook verleggen, in ieder geval is het primaire aandachtsgebied van de PAAZ de interactie van psychiatrische en soma-

* Op de afdeling Ambulante en Sociale Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht loopt een vergelijkend onderzoek tussen psychiatrische dagbehandeling en 24-uursbehandeling; vier typen deeltijdbehandeling worden daarbij onderscheiden: vervanging intramuraal, vervolgbehandeling, uitbreiding ambulant, en dagactivering.

Tabel.

	PAAZ'en (N=76)	PUK'en (N=6)	APZ'en (N=44)
totaal aantal beschikbare bedden	1.843 (7,5%)	533 (2%)	22.478 (90,5%)
gemiddeld aantal beschikbare bedden	26,5	89	511
aantal opnamen	15.057 (34%)	4.100 (9%)	25.639 (57%)
gemiddelde opnameduur*	1,3 mnd	1,3 mnd	3,8 mnd
gemiddeld aantal bezette arbeidsplaatsen	2.000 (7,5%)	790 (3%)	23.702 (89,5%)

PAAZ = psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis; PUK = psychiatrische universiteitskliniek; APZ = algemeen psychiatrisch ziekenhuis.

* Van korter dan één jaar opgenomen patiënten.

Bron: Ketting c.s., 1987.

tische stoornissen. Het totaal aantal poliklinische contacten van de Nederlandse PAAZ'en wordt geschat op 300.000, waarvan ééntiende nieuwe patiënten.

In een klein aantal gevallen, afhankelijk van de regionale situatie en onder andere voortvloeiend uit de bovengenoemde de-institutionalisering, mag ook een verdere uitbouw worden verwacht van de depot- en lithiumpolikliniek ('prikpoli'), inclusief resocialisatie en ondersteunende begeleiding door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van het systeem rondom de chronisch psychotische patiënt (geschat wordt dat momenteel slechts een handjevol PAAZ'en over een reguliere depot- en lithiumpoli beschikt);

– *de deeltijdbehandeling*: niet alleen meer op maat gesneden zorg, bij voorkeur weer op het grensvlak van soma en psyche – ook voor de chronische psychiatrische patiënt – maar tevens zal de komende jaren moeten worden bekeken in hoeverre de diverse vormen van (intramurale) psychiatrische behandeling substitueerbaar zijn*. De hier bedoelde capaciteitsverschuiving van intra- naar semimuraal zou niet alleen kostenbesparend zijn, maar zou ook kunnen bijdragen tot geringere stigmatisering. Overigens werden in 1985 slechts 14 PAAZ'en geteld met deeltijdbehandeling en een relatief klein aantal stoelen, te weten 266; dat is 14% van het totaal aantal erkende plaatsen⁸. In 1987 is het aantal PAAZ'en met deeltijdbehandeling opgelopen tot 21 (28%);

– *de consultatie*: wel de meest specifieke taak van de ziekenhuispsychiatrie, maar toch een deels nog braak liggend gebied. Het aantal consultaanvragen in algemene ziekenhuizen dat in de Nederlandse literatuur wordt opgegeven loopt van min-

der dan 1% tot 2% à 3%, en dat terwijl volgens Rooymans zeker 20% à 25% van de in een algemeen ziekenhuis opgenomen patiënten lijdt aan een psychiatrische stoornis^{1 6}. (Uiteraard zijn deze percentages direct gerelateerd aan de definitie van psychiatrische stoornis.) Een verdere ontwikkeling van de consultatieve en liaisonpsychiatrie is dan ook vanzelfsprekend. Wat de liaisonactiviteiten en de psychohygiënische verantwoordelijkheid betreft, dienen psychiatrie en klinische psychologie (projectgewijs) nauwer samen te werken. Toekomst heeft ook de figuur van de psychiatrisch verpleegkundig consulent.

Nader onderzoek naar drempelverlagende factoren is aangewezen, omdat optimale consultatieve zorg een belangrijk preventief effect kan hebben;

– *de opleiding*: 14 PAAZ'en (18%) zijn betrokken bij de opleiding van co-assistenten; de B-opleiding psychiatrie, verbonden aan een PAAZ, is bijna een witte raaf: welgeteld zijn er sinds jaren niet meer dan 3 (4%).

Op basis van haar typische en specifieke kenmerken en de daarmee samenhangende bijdrage aan de differentiatie in de Nederlandse psychiatrie, behoort de ziekenhuispsychiatrie onderdeel te zijn van de opleiding tot psychiater. Volgens Huyse dient het gat tussen de somatische en de geestelijke gezondheidszorg in de tweede lijn systematisch te worden 'opgevuld'⁹. De PAAZ'en zullen zich juist op dit onderdeel wat duidelijker moeten manifesteren.

CONSEQUENTIES VOOR BELEID

De PAAZ heeft naast het APZ en de RIAGG een eigen functie in de geestelijke gezondheidszorg. Het accent ligt in

een PAAZ vooral op het raakvlak van psychiatrie en somatische geneeskunde, op integrale diagnostiek.

Om voldoende kwaliteit te kunnen bieden is een minimum-afdelingsgrootte nodig (eerder is daarom door ons gepleit voor (sub)regionaal gecentraliseerde PAAZ'en ¹⁾, waarbij het bed alléén als capaciteitsgrootte geen geschikt criterium is. De specifieke regionale situatie bepaalt mede de verdere inkleuring van het takenpakket, maar ieder algemeen ziekenhuis in Nederland dient hoe dan ook tenminste te beschikken over psychiatrische consultatie.

Zover is het echter nog lang niet. Het aantal in algemene ziekenhuizen werkzame psychiaters zal daarvoor in de komende jaren moeten stijgen tot tenminste 200 FTE. Het is daarom van groot belang nú jonge collegae enthousiast te maken voor het werken op een PAAZ door participatie in de opleiding Psychiatrie.

Verwacht wordt dat het aanbod van patiënten voor het GGZ-circuit zal toene-

men en dat de huidige PAAZ-planningsnorm te krap is. (Dit is ook de conclusie van de GHIGV in haar jaarverslag over 1986.)

Differentiatie in de opvang- en behandelingsmogelijkheden binnen RIGG-verband betekent, dat ook de PAAZ zich naast de genoemde basisfuncties meer moet richten op specifieke doelgroepen (ten koste van de generalistische opstelling en de continuïteit van zorg). Programmaevaluatie zal gaan dienen als instrument voor bijstelling van de geboden zorg.

Ook voor de PAAZ geldt: in de beperking toont zich pas de meester. Daarmee kan de PAAZ een duidelijker onderdeel in het netwerk van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen worden. □

De auteur is Drs. H. J. E. Krol (NZI) en Drs. J. Mastboom (NcGv) zeer erkentelijk voor hun kritisch commentaar.

Literatuur

1. Alphen PJM van. Functies en functioneren van een PAAZ. Proefschrift Nijmegen, 1982.
2. Mastboom J, Berghmans R, Zijl P van, Peters L, Mazijk R van. PAAZ in de pas. 1983 (NcGv-reeks 54).
3. Referentiekader PAAZ. Tweede versie. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1985.
4. Alphen PJM van. Ieder Nederlands ziekenhuis zou een psychiatrische afdeling moeten hebben. Het Ziekenhuis 1985; nr. 15: 693-6.
5. Ketting E, Jacobs C, Bijl R. GGZ in getallen 1985. 1987 (NcGv-reeks 101).
6. Rooymans HGM (red). De psychiater in het algemeen ziekenhuis. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema 1984.
7. Verhey FHM. De psychiatrie van het algemeen ziekenhuis. Oratie Rijksuniversiteit Limburg, 1986.
8. Schene A, Lieshout P van, Mastboom J. Deeltijdbehandeling in Nederland. 1987 (NcGv-reeks 108).
9. Huyse FJ. Ziekenhuispsychiatrie: een feit. Metamedia 1987; 66: 287-301.

Arts en recht

Verschoningsrecht in de hulpverlening

Vonnis rechtbank Maastricht 29 januari 1987

Beschikking rechtbank Haarlem 10 maart 1987

Huwelijks- en gezinsproblematiek is een veel voorkomende reden om professionele hulp te zoeken. Daarbij is het van groot belang dat hulpvragers erop kunnen rekenen dat datgene wat zij aan een hulpverlener toevertrouwen niet voor een ander doel wordt gebruikt of aan anderen wordt medegedeeld; dit geldt als de hulpverlener een arts is, maar evenzeer als er namens de arts of in een andere hulpverleningssetting wordt gewerkt.

Huwelijks- en gezinsproblemen leiden ook nogal eens tot juridische procedures. Daarbij komt het vaak voor dat één der betrokkenen een verklaring van de hulpverlener eist of hem bij de rechter als getuige oproept om bepaalde zaken te bewijzen. Het tegemoet komen aan een dergelijk verzoek heeft voor artsen al diverse malen tot een tuchtrechtelijke veroordeling geleid wegens schending van hun beroepsgeheim.

Zoals uit bijgaande uitspraken blijkt erkent zowel de burgerlijke rechter te Maastricht als de strafrechter te Haarlem het beroepsgeheim van hulpverleners, ook als zij geen arts zijn.

Het eerste geval, waarin het recht zich tegenover de rechter op het beroepsgeheim te beroepen zonder meer werd toegekend, betrof een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige werkzaam bij een RIAGG.

In het tweede geval wordt ervan uitgegaan dat maatschappelijk werkers geen zelfstandig verschoningsrecht hebben, maar wel uit hoofde van hun hulpverlenerstaak een recht hebben om te zwijgen, zelfs als dit niet nadrukkelijk van te voren is afgesproken.

Dr. C. Spreeuwenberg
Mw. Mr. W. R. Kastelein

De Arrondissementsrechtbank te Maastricht, Eerste Enkelvoudige Kamer, belast met de behandeling van Burgerlijke Zaken, heeft het navolgend vonnis gewezen:

No. 1418 der rol van 1984.

In zaak X, wonende te Y gedaagde in de hoofdzaak, tevens incidenteel eiser, comparende bij de procureur Mr. Z, tegen:

1. Mw. A, wonende te B, eiseres in de hoofdzaak, tevens incidenteel gedaagde, thans comparende bij de procureur Mr. C;

2. D, wonende te E, gedaagde in het incident; Bij tussenvonnissen van de rechtbank van 29 januari 1987 is partij X, verder te noemen: de man, toegelaten tot bewijslevering door getuigen, waarna de man als te horen getuige heeft opgegeven D, waarop als tijdstip voor het horen van deze getuige is bepaald 2 april 1987 te 9.30 uur.

Op genoemd tijdstip is genoemde getuige verschenen voor de bij voormeld tussenvonnissen aangewezen rechter, ten overstaan van wie het getuigeverhoor diende plaats te vinden, op welk tijdstip D voornoemd, verder te noemen: de getuige, heeft verklaard dat hij zich van het

afleggen van getuigenis wenst te verschonen. De getuige heeft daartoe verklaard dat hij als sociaal-psychiatrisch verpleegkundige verbonden is aan het regionaal instituut voor ambulante gezondheidszorg (RIAGG) te Maastricht en vanuit die functie veelvuldig gesprekken en contacten met partijen heeft gehad, met name over de huwelijksproblematiek van partijen, en voorts dat hij gelet op de vertrouwensfunctie die hij aldus tegenover partijen heeft gehad geen enkele verklaring over het bewijspunt wenst af te leggen.

Het afschrift van het proces-verbaal van getuigenverhoor van de getuige is aan dit vonnis gehecht en de inhoud van dat proces-verbaal moet als hier herhaald en ingelast worden beschouwd.

Ingevolge het tussenvonnis van de rechtbank van 29 januari 1987 luidde het bewijspunt: 'Laat de man toe door getuigen te bewijzen feiten en omstandigheden waaruit kan worden afgeleid dat de duurzame ontwijking van het huwelijk in overwegende mate te wijten is aan de vrouw'.

De getuige is kennelijk voor beide partijen als vertrouwenspersoon opgetreden in zeer persoonlijke en vertrouwelijke aangelegenheden betreffende de huwelijksproblematiek van partijen. Dit brengt mee dat het rechtsbeginsel dat zoveel mogelijk de waarheid aan het licht dient te komen, onder de gegeven omstandigheden moet wijken voor het maatschappelijk belang dat een ieder zich vrijelijk en zonder vrees voor openbaarmaking van het besprokene om advies moet kunnen wenden tot iemand met de functie zoals de getuige heeft.

Het verschoningsrecht waarop de getuige zich hier beroept strekt zich naar moet worden aangenomen met name ook uit tot die feiten en omstandigheden als waarover het probandum in deze zaak gaat, te weten feiten en omstandigheden waaruit eventueel kan worden afgeleid de schuld aan het mislukken van het huwelijk van partijen, zijnde deze tevens feiten en omstandigheden die de getuige van partijen of van een van hen heeft vernomen, waarbij die partij er volledig op heeft vertrouwd en erop mocht vertrouwen dat het medegedeelde nimmer aan derden, wie dan ook, kenbaar zou worden gemaakt.

Derhalve dient beslist te worden als volgt:

Rechtdoende:

Verklaart dat de getuige D het recht heeft zich van het afleggen van getuigenis te verschonen met betrekking tot het als getuige verklaren over feiten en omstandigheden als bedoeld in het dictum van het in deze zaak op 29 januari 1987 gewezen en uitgesproken tussenvonnis.

Aldus gedaan en gewezen door de rechtbank voornoemd, door Mr. Casparie, rechter, plaatsvervangend Lid der Eerste Enkelvoudige Kamer, belast met de behandeling van burgerlijke zaken, en door hem uitgesproken ter openbare terechtzitting van donderdag, de negende april negentienhonderd zeven en tachtig, in tegenwoordigheid van T. Franssen, waarnemend griffier.

De rechter-commissaris belast met de behandeling van strafzaken in de rechtbank te Haarlem heeft de volgende beslissing genomen:

Overwegende:

1. In het kader van het gerechtelijk vooronderzoek in de zaak van L, geboren te U, wonende te N, heeft de rechter-commissaris als getuigen doen oproepen: O, wonende te P, en R, wonende te S.

Beide getuigen hebben aan de oproep gehoor gegeven op 11 februari 1987. Van het op die datum gehouden getuigenverhoor is proces-verbaal opgemaakt, van welk proces-verbaal (met bijlage) een kopie aan deze beschikking wordt gehecht. De inhoud van meergenoemd proces-verbaal wordt geacht hier te zijn ingelast en herhaald.

2. Beide getuigen menen geen getuigenverklaring te moeten afleggen en doen daarbij een beroep op hun verschoningsrecht. De gronden die zij daarvoor aanvoeren zijn vermeld in hun verklaring respectievelijk in de brief van hun raadsman d.d. 6 februari 1987 aan de rechter-commissaris, gehecht aan het proces-verbaal van getuigenverhoor.

3. De rechter-commissaris honoreert het door beide getuigen gedane beroep op verschoningsrecht op navolgende gronden:

4. Beide getuigen zijn als maatschappelijk werker in dienst van de Stichting te T, hierna te noemen: de RIAGG. De RIAGG is een door de overheid gesubsidieerde instelling die zich beweegt op het terrein van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Beide getuigen zijn volgens hun opgave verbonden aan de afdeling Jeugdzorg van de RIAGG, welke afdeling mede is voortgekomen uit vroegere medisch-opvoedkundige bureaus (MOB's) en de jeugdpsychiatrische dienst. Zij werken binnen die afdeling in multidisciplinair verband in een team waaraan ook psychiaters deelnemen, in welk team onder meer behandelplannen worden besproken aan de hand waarvan beide getuigen hun werkzaamheden verrichten. Getuigen hebben gesteld en aannemelijk gemaakt dat zij uit hoofde van hun functie een geheimhoudingsplicht hebben.

5. Zowel de verdachte als zijn dochter hebben hulp gezocht en contact gehad met de RIAGG, op aanraden van de afdeling Jeugdpsychiatrie van het ziekenhuis U, en wel met beide getuigen. Zo waren beide getuigen aanwezig bij een tussen verdachte en genoemde dochter gearrangeerd gesprek in de loop van juni 1986 en

hebben aldus, uitsluitend in hun hoedanigheid van maatschappelijk werkers van de RIAGG, vertrouwelijke mededelingen van vader en dochter ontvangen. Over de inhoud van dit gesprek dienden de beide getuigen een verklaring af te leggen.

6. Het is niet gebleken dat de getuigen vooraf aan vader en dochter hebben meegedeeld dat ten aanzien van het besprokene mogelijk geen geheimhouding zou plaatsvinden bijvoorbeeld ten opzichte van de rechter. Het is dan ook aannemelijk dat de beide getuigen die voor een behoorlijke hulpverlening benodigde vertrouwelijke mededelingen slechts konden verkrijgen in de wetenschap dat die ook tegenover de rechter geheim zouden kunnen worden gehouden.

Het bijzondere belang van adequate hulpverlening dient in dit geval te prevaleren boven het algemene belang van de waarheidsvinding in gerechtelijke procedures. Daaraan doet niet af dat zowel vader als dochter – overigens eerst achteraf – hebben verklaard dat zij er geen bezwaar tegen hebben dat de getuigen een verklaring afleggen.

7. Het voorgaande houdt in dat beide getuigen, ofschoon dit aan maatschappelijk werkers als zodanig niet kan worden verleend, het verschoningsrecht als bedoeld in artikel 218 van het Wetboek van Strafvordering nodig hebben om hun hiervoor omschreven taak naar behoren te kunnen uitoefenen.

In dit verband wordt opgemerkt dat ook de RIAGG aldus kan worden geacht haar taak op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg beter te kunnen verrichten.

8. Op grond van het bovenstaande komt de rechter-commissaris tot de conclusie dat beide getuigen terecht een beroep op het verschoningsrecht hebben gedaan en geen getuigenverklaring behoeven af te leggen in de onderhavige zaak.

Beschikkende:

Verklaart het beroep van de getuigen op hun verschoningsrecht gegrond.

Bepaalt dat de beide getuigen in deze zaak geen getuigenverklaring behoeven af te leggen.

Aldus gedaan door Mr. A. E. Patijn, rechter-commissaris belast met de behandeling van strafzaken in de rechtbank te Haarlem op 10 maart 1987. □

NAALDBANDEN/STEMPELBANDEN

Naaldbanden voor Medisch Contact, waarvan er twee per jaargang nodig zijn, kunnen worden besteld door f 27,50 per band over te maken op girorekening 58083 van de KNMG te Utrecht; vermelden: 'Naaldbanden MC'.

Stempel- of inbindbanden voor Medisch Contact 1987 en eventueel eerdere jaargangen zijn te bestellen bij Handboekbinderij Van Doorn, Lange Nieuwstraat 83, 3512 PE Utrecht, tel. 030-318143. U kunt daar ook uw jaargang(en) Medisch Contact laten inbinden. Voorts zijn via deze firma enkele ingebonden exemplaren van de jaargangen 1981-1985 verkrijgbaar.

Discussie

Voorbehouden handelingen in de Wet BIG nader verklaard

In MC nr. 4/1988, blz. 106, gaven J. M. Buiting en Prof. Mr. W. B. van der Mijl een beschouwing over de in het voorstel van Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) opgenomen regeling ter zake van de voorbehouden handelingen en de verlengde arm. In deze beschouwing formuleren de schrijvers een tweetal bezwaren tegen de voorgestelde regeling. Aangezien het hier gaat om een belangrijk onderdeel van het wetsvoorstel, dat in het veld van de gezondheidszorg grote aandacht heeft, is er alle aanleiding om deze bezwaren nauwkeurig onder de loep te nemen en na te gaan of zij de toets der kritiek kunnen doorstaan.

INHOUD WETSVOORSTEL

Voor het goede begrip volgen hier nogmaals de belangrijkste in het geding zijnde bepalingen van het wetsvoorstel.

In het wetsvoorstel wordt bepaald dat bepaalde handelingen die voor de patiënt een aanmerkelijk risico inhouden, niet buiten noodzaak beroepsmatig mogen worden verricht door anderen dan die daartoe bij de wet bevoegd zijn verklaard. De bevoegdheid tot het verrichten van deze zogenoemde voorbehouden handelingen wordt daarbij verleend aan artsen en – voor zover deze handelingen liggen binnen de grenzen van hun respectieve deskundigheidssterreinen – aan tandartsen, verloskundigen, klinisch chemici en mondhygiënisten.

Ten aanzien van het betrekken van andere, niet-bevoegde beroepsbeoefenaren bij het verrichten van voorbehouden handelingen wordt bepaald dat dit de bevoegde beroepsbeoefenaar is verboden, tenzij redelijkerwijs mag worden aangenomen dat de desbetreffende onbevoegden voldoende bekwaam zijn om bedoelde handelingen naar behoren uit te voeren en, in gevallen waarin zulks redelijkerwijs nodig is, de mogelijkheid tot toezicht door de bevoegde beroepsbeoefenaar op de uitvoering, tot het zijnerzijds geven van aanwijzingen en tot zijn persoonlijke tussenkomst, afdoende is verzekerd. Indien aan deze voorwaarden is voldaan, wordt de door een onbevoegde in opdracht van een bevoegde beroepsbeoefenaar verrichte handeling aangemerkt als een door een daartoe bevoegde verrichte handeling.

BEZWAREN

Het eerste bezwaar dat Buiting en Van der Mijl tegen de voorgestelde regeling aanvoe-

Ir. A. P. M. Bersee

ren betreft het feit dat de klinisch chemici en de mondhygiënisten worden genoemd bij de categorieën beroepsbeoefenaren die bevoegd worden verklaard om voorbehouden handelingen te verrichten. Bij de klinisch chemici gaat het daarbij om de bevoegdheid tot het verrichten van puncties en bij de mondhygiënisten om het maken van röntgenopnamen. Volgens de schrijvers valt uit de tekst van het wetsvoorstel en de Memorie van Toelichting op te maken dat in het gekozen stelsel van het wetsvoorstel een bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen enkel wordt verleend aan categorieën beroepsbeoefenaren die de indicatie stellen tot het verrichten van de desbetreffende handelingen, alsook deze handelingen zelf uitvoeren. Aangezien voornoemde beroepsbeoefenaren volgens de schrijvers zelden of nooit de indicatie stellen tot het verrichten van puncties of het maken van röntgenopnamen, behoren zij op deze terreinen ook niet bevoegd te worden verklaard.

Het tweede bezwaar betreft het feit dat met de in het wetsvoorstel voorziene regeling op het punt van voorbehouden handelingen, een reeks van gevallen waarin in de praktijk op verantwoorde wijze voorbehouden handelingen wordt verricht, niet wordt gedekt. Het gaat daarbij om die gevallen waarin door een bevoegde beroepsbeoefenaar geïndiceerde voorbehouden handelingen zonder diens toezicht worden verricht door (onbevoegde) medewerkers die over de bekwaamheid beschikken om de betrokken handelingen zelfstandig uit te voeren. Als voorbeelden worden enkele activiteiten van verpleegkundigen en radiologisch laboranten genoemd. Aangenomen moet worden dat de redenering van de schrijvers hier is dat in bedoelde gevallen onbevoegdelijk zou worden gehandeld omdat enerzijds de desbetreffende 'uitvoerende' beroepsbeoefenaren in het wetsvoorstel niet worden genoemd bij de categorieën van bevoegd verklaarde beroepsbeoefenaren en anderzijds naar hun oordeel niet wordt voldaan aan de gestelde voorwaarden ter zake van het door onbevoegden verrichten van voorbehouden handelingen (er is geen toezicht van de opdrachtgever). Het is om deze reden dat de schrijvers pleiten voor het volgen van het NRV-advies over dit onderwerp, waarin wordt voorgesteld een nieuw artikel in de wet op te nemen waarin de bevoegdheid tot het zelfstandig uitvoeren van nader te bepalen voorbehouden handelingen op voorschrift van een arts of tandarts door onder anderen ver-

pleegkundigen en radiologisch laboranten wordt vastgelegd.

BEZWAREN NADER BEZIEN

Wat het eerste bezwaar betreft (de klinisch chemici en de mondhygiënisten krijgen ten onrechte bevoegdheden, aangezien zij geen indicatie stellen) zij opgemerkt dat hieraan een niet-correcte interpretatie van het wetsvoorstel en de toelichting ten grondslag ligt.

Anders dan Buiting en Van der Mijl uit deze teksten menen te kunnen opmaken, is het niet zo dat de bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen enkel zou worden verleend aan categorieën beroepsbeoefenaren die ook de indicatie tot deze handelingen stellen. De bevoegdheid wordt in het stelsel van het wetsvoorstel verleend aan die categorieën beroepsbeoefenaren in wier gezagsfeer het verrichten van bedoelde handelingen zich afspeelt en aan wie die handelingen kunnen worden toegerekend. In vele gevallen zullen de desbetreffende bevoegde beroepsbeoefenaren tevens de indicatie stellen, doch dit hoeft niet *per se* het geval te zijn. Voor de klinisch chemicus geldt dat het in het laboratorium verrichten van puncties zich afspeelt binnen zijn gezagsfeer en niet binnen die van de arts die in voorkomende gevallen om een bepaald laboratoriumonderzoek heeft verzocht. Het toerekenen van het handelen van deze beroepsbeoefenaren aan (niet in het laboratorium werkzame) artsen zou dan ook niet reëel zijn. Om deze reden is een eigen bevoegdheid gegeven aan klinisch chemici. Voor de mondhygiënisten (met name in de gevallen waarin zij vrij zijn gevestigd) gelden wat het maken van röntgenopnamen betreft gelijksoortige argumenten.

Anders ligt dat voor bijvoorbeeld verpleegkundigen en radiologisch laboranten die in opdracht van een arts voorbehouden handelingen verrichten. Ook in het geval dat bedoelde beroepsbeoefenaren voldoende bekwaam zijn om in voorkomende gevallen bepaalde voorbehouden handelingen zelfstandig en zonder toezicht te verrichten, is hier geen sprake van een eigen gezagsfeer.

Het als tweede genoemde bezwaar van Buiting en Van der Mijl, dat het wetsvoorstel zou bepalen dat in de gevallen waarin door onbevoegden voorbehouden handelingen worden verricht steeds het toezicht van de opdrachtgever vereist is – hetgeen volgens de schrijvers niet in alle gevallen noodzakelijk is – berust daarbij wederom op een niet-correcte interpretatie van de desbetreffende bepalingen.

In het wetsvoorstel wordt op dit punt slechts gesteld dat bevoegde beroepsbeoefenaren enkel onbevoegden bij het verrichten van voor-

behouden handelingen mogen betrekken indien de *mogelijkheid* tot toezicht afdoende is verzekerd in de gevallen waarin zulks *redelijkerwijs* nodig is. Deze bepaling heeft een aanzienlijk ruimere strekking dan de interpretatie die de schrijvers daarvan geven en vereist geenszins de aanwezigheid van de opdrachtgever in alle gevallen waarin in zijn opdracht voorbehouden handelingen worden verricht. Of de opdrachtgever in een concreet geval toezicht zal dienen te houden, zal onder meer afhangen van de aard van de opdracht en van de bekwaamheid van de met deze opdracht belaste medewerker. De formulering van de desbetreffende bepalingen is derhalve voldoende ruim gekozen om ook van toepassing te kunnen zijn op de door Buiting en Van der Mijn bedoelde situaties waarin het gaat om het zelfstandig en zonder toezicht uitvoeren van voorbehouden handelingen door ter zake bekwame medewerkers.

TENSLOTTE

De conclusie van het voorgaande kan geen andere zijn dan dat, bezien in het licht van de tekst van het wetsvoorstel BIG en de toelichting daarop, de bezwaren van de schrijvers geen stand houden. Aan deze vermeende bezwaren kunnen dan ook geen argumenten worden ontleend die zouden pleiten voor de door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid geadviseerde regeling, waarin geen bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen wordt toegekend aan klinisch chemici en mondhygiënist en waarin de bevoegdheid tot het zelfstandig uitvoeren van voorbehouden handelingen op voorschrift van een arts of tandarts door onder anderen verpleegkundigen en radiologisch laboranten is vastgelegd.

Welke problemen dan wel met de door de Nationale Raad voorgestelde bevoegdheidsregeling zouden worden opgelost, is een vraag die in de inmiddels vele over dit onderwerp gepubliceerde commentaren vooralsnog onbeantwoord is gebleven. Zoveel is in ieder geval zeker, dat hier niet de kwaliteit van de zorgverlening of de rechtspositie van de betrokken beroepsbeoefenaren in het geding zijn. Wat dit laatste betreft kan worden opgemerkt dat er uit een oogpunt van rechtszekerheid ten principale geen verschil is tussen de in het wetsvoorstel voorziene regeling en het voorstel van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en dat er geen sprake is van een vergroting van de aansprakelijkheid van onbevoegden louter door het feit dat zij handelen in het kader van de verlengde arm.

Mag niet duidelijk zijn aan welke bezwaren de door de Nationale Raad voorgestelde regeling tegemoet zou komen, wel duidelijk zijn de bezwaren die aan een dergelijke regeling kleven. Het gaat bij het in opdracht van bevoegde beroepsbeoefenaren verrichten van voorbehouden handelingen immers niet alleen om verpleegkundigen en radiologisch laboranten, maar ook om anesthesiemedewerkers, ziekenverzorgenden, analisten, operatieassistenten en dergelijken. Deze beroepsbeoefenaren ver-

richten een groot aantal voorbehouden handelingen, die zij, al naar gelang de aard van de handelingen, de gezondheidstoestand van de patiënt, de tijdens de basisopleiding, eventuele aanvullende opleidingen en werkervaring verworven bekwaamheden, al dan niet zelfstandig en zonder toezicht van de opdrachtgever kunnen verrichten. In een wettelijke regeling op dit punt zouden derhalve talrijke casusposities dienen te worden omschreven, die bij voortduring zouden moeten worden aangepast teneinde de voortschrijdende ontwikkelingen op dit gebied bij te houden en het gevaar van verstarring te voorkomen. Mag reeds worden betwijfeld of het de wetgever mogelijk is een dergelijke omvangrijke en gedetailleerde regeling op te stellen en afdoende snel aan de

ontwikkelingen in het veld aan te passen, zeker is dat een en ander zich geenszins verdraagt met de geboden terughoudendheid van de overheid ten aanzien van de regelgeving. Veeleer ligt op dit terrein een taak voor de in te stellen Raad voor de beroepen in de individuele gezondheidszorg, waaraan ingevolge het wetsvoorstel wordt opgedragen gedragsregels op te stellen ten aanzien van het betrekken van onbevoegde beroepsbeoefenaren bij het verrichten van voorbehouden handelingen. □

Ir. A. P. M. Bersee is beleidsmedewerker bij WVC, in het bijzonder belast met de totstandbrenging en (te zijner tijd) de uitvoering van de Wet BIG.

Wetgeving niet alleen bestemd voor juristen

J. M. Buiting en
W. B. van der Mijn

Gaarne maken wij van de gelegenheid gebruik te reageren op de stellingname van Bersee.

Waar de heer Bersee spreekt over 'gezagsfeer' sluit dit kennelijk aan bij de vergelijking die in de Memorie van Toelichting wordt gemaakt tussen de verlengde-armconstructie in de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg en die in de strafrechtelijke jurisprudentie in het handelsrecht. Als een patiënt in een ziekenhuis wordt behandeld en hij ondervindt schade die te wijten is aan de onzorgvuldigheid of nalatigheid van een verpleegkundige die (ten dele) toe te rekenen is aan de directie van het ziekenhuis binnen wiens gezagsfeer die verpleegkundige werkzaam is, dan kan hij de ziekenhuisdirectie daarvoor (ten dele) aansprakelijk stellen. Deze analogie is ons inziens echter niet relevant waar het gaat om de bevoegdheidstoedeling tot het verrichten van voorbehouden handelingen.

Bij het verrichten van voorbehouden handelingen zouden wij hoogstens kunnen spreken van een professionele 'gezagsfeer', met dito gevolgen voor de aansprakelijkheid. Bij de toedeling van bevoegdheden tot het verrichten van voorbehouden handelingen gaat het dan ook om de bekwaamheid een dergelijk professioneel gezag waar te kunnen maken (bekwaam te zijn tot indicatiestelling); bij de uitvoering kunnen dan onder bepaalde (wettelijke) voorwaarden ook anderen een rol spelen. Eenvoudig gezegd: niet de economisch directeur of de klinisch chemicus als hoofd van het laboratorium moet bevoegd worden verklaard tot het verrichten van een voorbehouden han-

deling, maar degene die de indicatie stelt, bijvoorbeeld de arts.

Juist om verwarring te voorkomen ware de betrokken analogie uit de Memorie van Toelichting te schrappen.

Wat de suggestie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid betreft, in de Wet BIG een bevoegdheid neer te leggen voor degenen die zelfstandig (in staat zijn) voorbehouden handelingen uit te voeren, hebben ondergetekenden deze suggestie daarom van harte onderschreven omdat wetgeving naar hun mening niet alleen bestemd is voor juristen, maar ook voor de justitiabelen op wie de wetgeving betrekking heeft.

Als er een juridisch aanvaardbare, de inhoud van de zorg niet bedreigende, wettelijke bepaling kan worden geformuleerd, die voor de justitiabelen bovendien te begrijpen valt, dan zal de laatste eigenschap de aanvaardbaarheid doen toenemen en veel conflicten kunnen voorkomen.

Het moge na deze opmerkingen duidelijk zijn dat waar Bersee in zijn 'tenslotte' spreekt over 'vermeende bezwaren' hij niet bang hoeft te zijn dat hij heeft gedroomd. □

Deel 1: Zwaar-defecte pasgeborenen

Discussienota KNMG-commissie
Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen

1. Inleiding

1.1. Taakopdracht en samenstelling van de commissie

Op 3 september 1985 werd door het hoofdbestuur besloten een commissie in het leven te roepen om, in aansluiting op haar standpuntbepaling met betrekking tot euthanasie, een standpunt voor te bereiden ten aanzien van levensbeëindiging bij patiënten die (nog) niet (meer) in staat zijn een verzoek om euthanasie te uiten dan wel niet in staat mogen worden geacht de consequenties van een dergelijk verzoek te overzien. Daarbij werd de commissie verzocht haar taak tweeledig op te vatten, dat wil zeggen niet alleen te bezien of en, zo ja, onder welke voorwaarden levensbeëindiging bij de desbetreffende categorieën patiënten aanvaardbaar zou kunnen worden geacht, maar zich ook te bezinnen op de aanvaardbaarheid van het met alle beschikbare medisch-technische mogelijkheden van dit moment blijven behandelen van patiënten die niet in staat zijn kenbaar te maken of zij dat wel wensen.

Aangezien onder 'euthanasie' levensbeëindiging op verzoek dient te worden verstaan, werd de commissie tevens verzocht om ter onderscheiding daarvan voor levensbeëindiging bij wils-onbekwame patiënten een andere term te hanteren.

De commissie werd als volgt samengesteld: Dr. D. J. Bakker, chirurg; Drs. Th. C. J. Beemer, ethicus; Th. M. G. van Berkestijn, arts, plaatsvervangend secretaris-generaal KNMG (secretaris); F. N. Hoogendijk (rapporteur); Prof. Dr. H. M. Kuitert, ethicus; Prof. Dr. C. van der Meer, internist; Prof. Dr. J. M. Minderhoud, neuroloog; Prof. Dr. F. J. G. Oostvogel, geriater; Prof. Dr. W. J. Schudel, psychiater (voorzitter); Dr. D. van Tol, psychiater; Prof. Dr. P. A. Voûte, kinderarts; Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretaris-jurist KNMG; en Dr. F. H. Weisz, huisarts. Nadien werd door de commissie nog Prof. Dr. J. G. Koppe, kinderarts/neonatoloog, als adviseur ad hoc betrokken bij haar standpuntbepaling met betrekking tot de categorie zwaar-defecte pasgeborenen.

1.2. Opportun?

Alvorens haar opdracht ter hand te nemen, heeft de commissie zich afgevraagd of het, nu het bereiken van een politieke consensus over euthanasie al zo moeilijk blijkt, wel opportuun kon worden geacht nu ook al een standpunt ten aanzien van de nog moeilijker problematiek van levensbeëindiging bij wils-onbekwame patiënten te gaan voorbereiden.

Deze vraag heeft de commissie bevestigend beantwoord. Geconstateerd werd daarbij, dat de openbare discussie rond het euthanasievraagstuk zich gaandeweg steeds meer op de categorie wilsbekwame patiënten is gaan richten. Overwogen werd, dat uiteraard ook de artsen die met levensvragen bij wils-onbekwame patiënten worden geconfronteerd, steun van hun beroepsorganisatie mogen verwachten. Verder uitstel van de meningsvorming over de onderhavige problematiek achtte de commissie derhalve ongewenst, ongeacht de uitkomst die de politieke besluitvorming rond het euthanasievraagstuk nog te zien zal geven.

1.3. Terminologie

Teneinde de term 'euthanasie' te kunnen blijven voorbehouden

voor levensbeëindiging bij wilsbekwame patiënten, heeft de commissie, zoals haar naamgeving al aangeeft, gemeend voor levensbeëindiging bij wils-onbekwame patiënten het best van 'levensbeëindigend handelen' te kunnen spreken.

Op deze plaats wil de commissie voorts nog benadrukken dat de in deze nota gehanteerde terminologie haar nog niet geheel en al bevredigt, aangezien zich daaronder nog termen bevinden (zoals: 'medisch zinloos handelen') die naar de mening van de commissie aan herziening toe zijn. Hoewel die termen om praktische redenen vooralsnog werden gehandhaafd, hoopt de commissie in een van haar volgende nota's hieromtrent meer duidelijkheid te kunnen verschaffen.

1.4. Werkwijze

Gezien het veelomvattende karakter van haar taakopdracht en de specifieke kenmerken van de diverse categorieën wils-onbekwame patiënten, heeft de commissie besloten eerst over enkele categorieën afzonderlijke *deelnota's* uit te brengen en vervolgens te trachten in een eindrapport tot een synthese van de desbetreffende *deelnota's* te komen.

Deze gefaseerde aanpak draagt echter wel een zeker risico in zich. Niet uitgesloten is immers, dat naarmate het inzicht van de commissie in de diverse aspecten van deze complexe materie vordert, reeds eerder gedane uitspraken in een bepaalde *deelnota* zullen blijken te moeten worden bijgesteld of herroepen. Zolang het beoogde eindrapport nog niet is uitgebracht, dienen de in de *deelnota's* ingenomen standpunten dan ook als voorlopig te worden beschouwd. Slechts onder dit nadrukkelijk voorbehoud heeft de commissie ermee kunnen instemmen dat deze *deelnota* betreffende de categorie zwaar-defecte pasgeborenen reeds thans wordt uitgebracht.

De commissie stelt zich voor haar eerstvolgende *deelnota* te wijden aan de categorie comateuze patiënten.

2. Definities

Onder 'levensbeëindigend handelen' wordt in deze nota verstaan: handelingen van artsen die het overlijden van een wils-onbekwame patiënt beogen. Hieronder valt dus niet het medisch handelen dat weliswaar het overlijden van de patiënt tot gevolg heeft, maar waarbij dat overlijden door de arts niet werd beoogd.

Tot de 'wils-onbekwame' patiënten rekent de commissie alle categorieën patiënten die niet in staat zijn hun wil te vormen of te uiten. Onder 'pasgeborenen' worden in de neonatologie in principe uitsluitend de pasgeborenen in de leeftijdsklasse van 0-4 weken verstaan. Aangezien zich ook daarna nog levensbedreigende situaties kunnen voordoen die rechtstreeks met de neonatale periode verband houden, geeft de commissie er de voorkeur aan in deze nota een ruimere periode aan te houden, te weten 0-3 maanden.

Tot de categorie 'zwaar-defecte pasgeborenen' rekent de commissie niet alleen de pasgeborenen met ernstige congenitale afwijkingen, maar ook de pasgeborenen die bij of kort na de geboorte andere levensbedreigende defecten c.q. ziektebeelden vertonen. In dit opzicht vormen met name de groep te vroeg geboren, in casu de prematuren (zwangerschapsduur 26-32 weken) en de immaturen (zwangerschapsduur 24-26 weken), een specifieke risicogroep.

Hoewel sommige congenitale afwijkingen dankzij de huidige dia-

gnostische en therapeutische mogelijkheden ook al vóór de geboorte kunnen worden geconstateerd en behandeld, heeft deze nota uitsluitend betrekking op het medisch handelen vanaf het moment van de geboorte.

3. Levensbeëindigend handelen in de huidige neonatologie

Teneinde zich een beeld te vormen van de wijze waarop thans in de praktijk met de problematiek van levensbeëindigend handelen bij zwaar-defecte pasgeborenen wordt omgegaan, werd door de commissie niet alleen literatuurstudie verricht, maar werden tevens persoonlijke gesprekken gevoerd met een vijftal vooraanstaande neonatologen, werkzaam op neonatale intensive care-afdelingen (ICU's). Daarenboven vond nog een gesprek plaats met een delegatie van de werkgroep 'Ethische aspecten van de neonatologie' van de sectie perinatologie van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Uit een en ander werd het volgende beeld verkregen.

3.1. Huidige vormen van levensbeëindigend handelen

In principe kan een besluit tot levensbeëindiging bij zwaar-defecte pasgeborenen worden geëffectueerd door middel van:

- abstineren, dat wil zeggen het van meet af aan afzien van enigerlei levensverlengende c.q. -ondersteunende maatregel;
- het staken van aanvankelijk genomen levensverlengende c.q. -ondersteunende maatregelen; of
- actieve levensbeëindiging door middel van het toedienen van euthanatica.

Gegeven de toegenomen mogelijkheden het leven kunstmatig te verlengen/in stand te houden en daardoor tijd te winnen voor het stellen van een betrouwbaarder diagnose en prognose, komt – behoudens in evidente gevallen – eerstgenoemde vorm (abstineren) op genoemde afdelingen vrijwel niet meer voor. Op andere neonatologieafdelingen, waar veelal over minder geavanceerde technische hulpmiddelen kan worden beschikt, ligt dit wellicht anders.

Ook derde vorm (actieve levensbeëindiging) blijkt nauwelijks (meer) te worden toegepast, namelijk slechts in circa 10 van de circa 300 gevallen waarin jaarlijks tot levensbeëindigend handelen wordt overgegaan. Naast psychologische, morele en levensbeschouwelijke bezwaren tegen deze vorm van levensbeëindiging, zou de relatief geringe mate waarin deze vorm van levensbeëindiging toepassing vindt tevens verband kunnen houden met de plicht actieve vormen van levensbeëindiging aan Justitie te melden. Ook de rompslomp die dit voor de betrokken artsen en ziekenhuisdirecties met zich kan brengen, alsmede de toegenomen 'sociale controle' van de kant van verpleegkundigen, zou hierbij van invloed kunnen zijn.

Hoe dan ook blijkt de tweede vorm (het staken van levensverlengende maatregelen) verreweg het meest te worden toegepast, te weten in circa 95% van de gevallen waarin tot enigerlei vorm van levensbeëindigend handelen wordt besloten.

3.2. Huidige besluitvormingsprocedures

Voor zover de commissie heeft kunnen nagaan, wordt de beslissing tot levensbeëindigend handelen op genoemde afdelingen veelal genomen door het behandelend team. Hoe die beslissingen precies tot stand komen, dat wil zeggen in hoeverre daarbij ondanks verschillen in anciënniteit, deskundigheid en ervaring het 'one man, one vote'-principe wordt gehanteerd en of daarbij dan een meerderheid van stemmen of unanimiteit is vereist, werd niet altijd expliciet aangegeven. Duidelijk werd wél, dat de besluitvormingsprocedures niet onaanzienlijke verschillen vertonen, variërend van volstrekte unanimiteit tot het beslissen door de

teamleider alléén, gehoord de overige leden van het team. De bij de behandeling betrokken verpleegkundigen blijken veelal geen rechtstreekse invloed op de besluitvorming uit te oefenen. Zij fungeren voornamelijk als bron van informatie en zijn meestal niet bij de besluitvorming aanwezig. Voor zover dit wel het geval is, hebben zij een adviserende stem.

Ook de invloed van de ouders op de beslissingen tot levensbeëindigend handelen over te gaan, blijkt de facto relatief bescheiden te zijn. Weliswaar wordt door neonatologen vrijwel algemeen onderkend dat met de mening van de ouders ter zake terdege rekening dient te worden gehouden, maar daarmee blijkt de praktijk toch nog vaak niet in overeenstemming te zijn. In een enkel geval werd zelfs expliciet gesteld dat men de mening van de ouders in dit soort situaties niet van zwaarwegend belang acht. Daarbij blijkt overigens ook een rol te spelen, dat men de ouders niet te zeer wil belasten met verantwoordelijkheid voor dergelijke ingrijpende beslissingen.

3.3. Huidige redenen tot levensbeëindigend handelen

De redenen waarom op genoemde afdelingen tot enigerlei vorm van levensbeëindigend handelen wordt overgegaan, blijken zowel van objectieve, dat wil zeggen grotendeels objectiveerbare, als van subjectieve, dat wil zeggen slechts ten dele objectiveerbare, aard te kunnen zijn.

3.3.1. De 'geen reële overlevingskans'-prognose. Als 'objectieve' reden geldt de prognose dat de pasgeborene met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid geen kans op overleven heeft. Hier betreft het dus defecten die niet met het leven verenigbaar zijn (voorbeelden: anencefalie, syndroom van Potter).

3.3.2. De 'onleefbaar leven'-prognose. Als 'subjectieve' reden geldt veelal de prognose dat de pasgeborene zo goed als zeker geen leefbaar leven zal kunnen leiden. Hierbij gaat het om defecten die wel met het leven, maar niet met een leefbaar geacht leven verenigbaar zijn, omdat die defecten een ernstig en niet op te heffen lijden met zich brengen (als voorbeelden werden door de referenten onder meer genoemd: zeer ernstige intracerebrale bloedingen en sommige combinaties van zeer ernstige congenitale afwijkingen).

3.3.3. Overige redenen. In twijfelgevallen blijkt soms ook de expliciete mening van de ouders een bijkomende reden te kunnen zijn.

3.4. Huidige beslissingscriteria

3.4.1. De 'geen reële overlevingskans'-prognose. Bij het bepalen van de 'geen overlevingskans'-prognose blijken, althans ten aanzien van de categorie immaturen, door neonatologen c.q. neonatologieafdelingen zeer verschillende criteria te worden gehanteerd. Zo blijkt bijvoorbeeld voor sommigen niet het geboortegewicht maar de zwangerschapsduur, voor anderen juist niet de zwangerschapsduur maar het geboortegewicht maatgevend te zijn, terwijl er ook neonatologen respectievelijk afdelingen zijn die beide of juist géén van beide criteria maatgevend achten. Ook de daarbij te hanteren grenswaarden blijken niet altijd eensluidend. Zo hanteren sommigen op dit moment in principe een zwangerschapsduur van 26 weken respectievelijk een geboortegewicht van 700 gram als ondergrens, terwijl anderen ook lagere waarden of in het geheel geen grenswaarden hanteren.

3.4.2. De 'geen leefbaar leven'-prognose. Soortgelijke verschillen blijken zich ook voor te doen bij de 'onleefbaar leven'-prognose. Hoewel in de neonatologie een zekere consensus lijkt te bestaan over de opvatting dat een leven zonder gerede mogelijkheden tot communicatie als onleefbaar moet worden beschouwd, blijken de

in dat kader genomen beslissingen zelfs in vergelijkbare gevallen toch nog sterk te kunnen divergeren. Zo bleek uit de afgenomen interviews bijvoorbeeld dat bij een meetbaar identieke mate van hersenbloeding en een zelfde verlies van hersenweefsel door de ene afdeling tot levensbeëindiging was overgegaan, terwijl door een andere afdeling, ondanks een grote kans op enkele ernstige bijkomende defecten (waaronder bronchopulmonale dysplasie en 'cerebral palsy'), de prognose nog niet zó infaust werd geacht dat van een onleefbaar leven zou moeten worden gesproken. (N.B. Als minimum-grenswaarde bleek door deze afdeling een 70% kans op blijvende ernstige handicaps c.q. blijvend ernstig lijden te worden gehanteerd). Dergelijke verschillen in beoordeling in min of meer vergelijkbare medische situaties blijken niet bepaald een uitzondering. Naast verschillen in ervaring en intuïtie tussen de behandelend artsen onderling, blijken daarbij ook andere criteria een belangrijke c.q. doorslaggevende rol te kunnen spelen.

3.4.3. Overige criteria. Eén van die andere criteria vormt de mening van de ouders, al dan niet in combinatie met de totale gezinssituatie, waaronder de culturele respectievelijk religieuze achtergrond en de belastbaarheid van het desbetreffende gezin. Uit eerdergenoemde interviews bleek, dat dit criterium er zowel toe kan leiden dat tot absteren wordt besloten hoewel de afwijkingen van de pasgeborene strikt medisch bezien niet direct als onleefbaar kunnen worden aangemerkt (zoals in het geval van een mongooltje met een operabele darmafsluiting), alsook dat een pasgeborene met een levensbedreigende afwijking niettemin nog zo lang mogelijk in leven wordt gehouden. In laatstgenoemd geval blijkt ook de tijd die tussen het moment van geboorte en het tot stand komen van de prognose verloopt van invloed te zijn. Groeit die tijd tot een zodanig tijdsbestek uit dat de ouders zich inmiddels al erg aan hun baby zijn gaan hechten en als gevolg daarvan hun baby zo lang mogelijk willen behouden, dan blijkt dit ertoe te kunnen bijdragen dat ondanks een infauste prognose (vooralsnog) van levensbeëindigend handelen wordt afgezien.

Daarnaast blijken ook bij de behandelend artsen zélf andere dan strikt medische criteria een rol te spelen bij het al dan niet levensbeëindigend handelen. Het betreft hier met name persoonlijke weerstanden van psychologische, morele en/of levensbeschouwelijke aard tegen het staken van een medische behandeling in het algemeen en actieve levensbeëindiging in het bijzonder. Hoewel uit de gevoerde gesprekken bleek, dat het adagium 'Redden wat er te redden valt' in de loop der jaren de nodige nuancering heeft gekregen en dat in toenemende mate tevens de vraag wordt gesteld: 'Wat redden wij eigenlijk nog en waarom?', blijkt in de praktijk het staken van een behandeling (bijvoorbeeld het afkoppelen van levensondersteunende apparatuur) toch nog steeds een aanzienlijk moeilijker beslissing te zijn dan het beginnen met dergelijke (be)handelingen. Hierdoor komt het toch nog regelmatig voor dat ondanks een infauste prognose (nog) niet tot levensbeëindigend handelen wordt overgegaan. Dit kan mede verband houden met de besluitvormingsprocedure. Daar waar het teambeslissingen betreft – hetgeen meestal het geval is – en bovendien unanimiteit vereist is, zal het, gegeven de veelal aanwezige diversiteit van opvattingen binnen een team, uiteraard aanzienlijk lastiger zijn (bijtijds) tot een beslissing te komen dan wanneer géén unanimiteit is vereist of de eindbeslissing aan de teamleider is voorbehouden. Dat bij beslissingen tot actieve levensbeëindiging tevens de meldingsplicht van invloed kan zijn, werd reeds eerder signaleerd. Wijzen vrijwel al deze overige criteria in één en dezelfde richting, te weten het (nog) niet tot levensbeëindigend handelen overgaan, hoewel dit qua prognose wel geïndiceerd is, één factor wijst duidelijk in tegenovergestelde richting, te weten het huidige gebrek aan ICU-capaciteit. Weliswaar zijn de commissie nog geen gevallen ter ore gekomen waarin dit capaciteitsgebrek al daadwerkelijk van invloed is geweest op een besluit tot levensbeëindigend handelen,

maar als de voortekenen niet bedriegen zou, direct of indirect, ook dit criterium in de nabije toekomst wel eens een rol bij de betreffende afwegingen kunnen gaan spelen. Het feit dat op één der afdelingen al meermalen de vraag bleek te zijn opgeworpen of het wel te verantwoorden is kansarme baby's te blijven behandelen terwijl kansrijke baby's moeten worden geweigerd, vormt hiertoe in ieder geval een aanwijzing.

3.5. Samenvatting

Op grond van het voorgaande kan worden gesteld, dat aan het levensbeëindigend handelen in de huidige neonatologiepraktijk zowel medische als niet-medische en zowel objectieve als subjectieve motieven ten grondslag liggen. Tevens kan worden geconstateerd dat over de daarbij te hanteren criteria nog nauwelijks van een consensus kan worden gesproken.

4. De morele aanvaardbaarheid van levensbeëindigend handelen bij zwaar-defecte pasgeborenen

Zoals in het vorige hoofdstuk werd beschreven, vindt, ondanks de algemene grondhouding dat in principe altijd alles in het werk dient te worden gesteld om het leven van een patiënt te behouden en ondanks de bestaande barrières om het leven van een patiënt doelbewust te beëindigen, in de huidige neonatologiepraktijk in een aantal gevallen toch levensbeëindigend handelen plaats, hetzij omdat de pasgeborene niet levensvatbaar blijkt, hetzij omdat deze dermate ernstige gebreken vertoont dat een enigszins leefbaar bestaan vrijwel uitgesloten moet worden geacht. Kennelijk doen zich in de praktijk, al dan niet als gevolg van medische interventies, dusdanige gevallen voor dat de behandelend arts(en) het in geweten niet meer kan (kunnen) verantwoorden het principe van het behoud van leven onder alle omstandigheden te laten prevaleren. Zijn deze artsen hierom in moreel opzicht te laken? Of zijn dit veeleer juist de artsen die ongeacht het resultaat van hun medische interventies het leven van de pasgeborene zo lang mogelijk in stand blijven houden?

Tot de primaire medisch-ethische gedragsregels in ons land behoort onder meer de regel, dat een in medisch opzicht zinloze (be)handeling door de arts achterwege dient te worden gelaten of, zo de zinloosheid van de (be)handeling pas tijdens de (be)handeling blijkt, de (be)handeling dient te worden gestaakt. Als zinloos worden in dat verband in principe alle medische (be)handelingen beschouwd die niet (meer) bijdragen tot het opheffen c.q. verlichten van lichamelijk en/of geestelijk lijden. Handelen dat uitsluitend resulteert in verlenging, laat staan verergering van lijden, wordt dan ook moreel ontoelaatbaar geacht. Tijdelijke verlenging of verergering van lijden wordt alleen dan moreel gerechtvaardigd geacht, indien de (be)handeling per saldo een gunstig resultaat heeft, dat wil zeggen het oorspronkelijke lijden van de patiënt hierdoor uiteindelijk wordt opgeheven c.q. verlicht. Daarbij dient het uiteindelijke resultaat dan echter wel tegen de mate van lijdensverlenging c.q. -verergering op te wegen. Met andere woorden ernstige c.q. langdurige lijdensverlenging of lijdensverergering ter wille van een uiteindelijk betrekkelijk geringe lijdensverlichting kan niet als zinvol medisch handelen worden aangemerkt.

Deze algemene gedragsregels gelden uiteraard zowel ten opzichte van wilsbekwame als ten opzichte van wils-onbekwame patiënten, zoals pasgeborenen.

Getransponeerd naar praktijksituaties in de neonatologie komen deze regels erop neer dat het bijvoorbeeld bij een pasgeborene met een levensbedreigende, maar niet curabele congenitale afwijking in het algemeen moreel niet gerechtvaardigd is toch tot palliatieve operatie over te gaan. Zo ook valt evenmin het inschakelen van vitale functies ondersteunende apparatuur moreel te rechtvaardigen, indien niet tevens met een zekerheid grenzende waar-

schijnlijkheid mag worden verwacht dat deze functies zich uiteindelijk zullen herstellen of in ieder geval zullen verbeteren, zonder op andere gebieden ernstige schade te veroorzaken.

Hoewel deze algemene voorbeelden niet altijd maatgevend kunnen zijn voor het individuele geval, moge hieruit in ieder geval wel duidelijk zijn dat het onder alle omstandigheden absolute prioriteit geven aan het behoud van het leven niet altijd als zinvol medisch handelen kan worden beschouwd en dat het moreel zeer wel verantwoord, ja zelfs geïndiceerd kan zijn van enigerlei (be)handeling af te zien of een reeds in gang gezette (be)handeling te staken, ook al kan dit de dood van de pasgeborene tot gevolg hebben.

Dit geldt uiteraard a fortiori nu het medisch-technisch kunnen inmiddels wel zover is gevorderd dat veel pasgeborenen die vroeger ten dode waren opgeschreven met allerlei kunstgrepen aan de dood kunnen worden ontrukkt, maar de medische wetenschap nog niet altijd in staat is het daaruit voortvloeiende lijden van de pasgeborene op te heffen dan wel binnen draaglijke grenzen te houden. Wil het belang van de individuele patiënt desondanks nog volledig tot zijn recht kunnen komen, dan dienen dergelijke kunstgrepen slechts te worden toegepast op basis van een vooropgezet en weloverwogen geneeskundig doel en zal die behandeling ook onvermijdelijk weer dienen te worden gestaakt indien bij nader inzien blijkt dat dit doel niet te verwezenlijken valt; zou men dit laatste nalaten, dan is er immers veeleer sprake van mishandeling.

Aangezien in het voorgaande slechts werd gesproken over het achterwege laten of staken van de behandeling, dient uiteraard tevens nog de vraag te worden beantwoord of ook actieve levensbeëindiging door middel van het toedienen van euthanatica moreel gerechtvaardigd kan zijn. Naar de mening van de commissie kan dit uitsluitend zo zijn in die gevallen waarin (verdere) behandeling vanwege de infauste prognose achterwege wordt gelaten of wordt gestaakt, maar dit tegen de verwachting in nog niet onmiddellijk het beoogde overlijden van de pasgeborene tot gevolg heeft. Zo herbezinning op de prognose dan niet tot een andere slotsom leidt en er tevens een situatie ontstaat waarin er sprake is van nodeuze verlenging en/of verergering van lijden, meent de commissie dat het dan inderdaad moreel verantwoord kan zijn tot actieve levensbeëindiging door middel van toediening van euthanatica over te gaan. Voor zover een dergelijke situatie al vóór het staken van de behandeling valt te voorzien, zoals bij het afkoppelen van de beademingsapparatuur, verdient het naar de mening van de commissie de voorkeur dat ook dan al – dus vóór het afkoppelen van de beademingsapparatuur – de nodige maatregelen worden genomen om een rustig sterven te waarborgen.

5. Te vervullen zorgvuldigheidseisen bij een beslissing tot levensbeëindigend handelen bij zwaar-defecte pasgeborenen

Geheel in overeenstemming met het enkele jaren geleden door het hoofdbestuur geformuleerde standpunt met betrekking tot euthanasie, is de commissie van mening dat ook bij levensbeëindigend handelen bij zwaar-defecte pasgeborenen een zo zorgvuldig mogelijke oordeels- en besluitvorming het zwaartepunt van de te hanteren zorgvuldigheidseisen vormt. In het navolgende zal ze dan ook met name trachten aan te geven welke zorgvuldigheidseisen haars inziens bij de te stellen prognose en de eventuele beslissing tot levensbeëindigend handelen in acht dienen te worden genomen.

5.1. Zorgvuldigheidseisen ten aanzien van de prognose

Zoals reeds in hoofdstuk 3 tot uitdrukking is gekomen, worden de beslissingen tot levensbeëindigend handelen in de neonatologie primair gebaseerd op de prognose dat er geen reële kans op overleven is of op de prognose dat er geen reële kans op een leefbaar leven is. Met de term 'reële kans' wil de commissie in dit verband aangeven dat bij prognoses in het algemeen en bij

geneeskundige prognostiek in het bijzonder weliswaar zelden of nooit volledige zekerheid mogelijk is en er dus ook niet van 'géén kans' mag worden gesproken, maar dat er uiteraard wel gegronde redenen dienen te zijn voor de verwachting dat de pasgeborene geen (leefbaar) leven zal zijn beschoren. Gezien de cruciale rol die de prognose bij een beslissing tot enigerlei vorm van levensbeëindigend handelen vervult, betekent dit dat zowel de prognose als de daaraan ten grondslag liggende diagnose met de grootst mogelijke zorgvuldigheid dient te worden gesteld.

5.1.1. De 'geen reële overlevingskans'-prognose. Wat de 'geen reële overlevingskans'-prognose betreft komt dit er naar de mening van de commissie op neer, dat naar heersend medisch inzicht omtrent de diagnose geen gereede twijfel meer mag bestaan en dat de prognose niet alleen dient te worden gebaseerd op persoonlijke ervaring en intuïtie, maar in principe tevens dient te corresponderen met de beschikbare statistische gegevens dienaangaande.

Daarbij is de commissie zich ervan bewust dat deze zorgvuldigheidseisen op gespannen voet kunnen komen te staan met de medisch-ethische regel dat geen behandeling wordt gestart als niet bij voorbaat zo goed als zeker is dat het lijden van de patiënt kan worden opgeheven of tenminste kan worden verlicht ('in dubio abstinere'). Vooral bij sterk immaturren met acute gezondheidsproblemen die onmiddellijke inschakeling van vitale functies ondersteunende apparatuur vergen, wil de pasgeborene überhaupt nog in leven blijven, verdraagt deze medisch-ethische regel zich immers niet goed meer met de eis van een zorgvuldig gestelde diagnose en prognose. Deze eis maakt namelijk veeleer behandeling 'op voorhand' noodzakelijk c.q. wenselijk, ongeacht de uiteindelijke uitkomst.

Dit dilemma acht de commissie echter niet onoplosbaar. Gelet op het belang, met name in de onderhavige situaties, van een verantwoord medische diagnose en prognose, acht de commissie het te billijken dat 'op voorhand' gebruik wordt gemaakt van de inmiddels verworven mogelijkheden het leven van een patiënt kunstmatig in stand te houden, mits dit uitsluitend plaatsvindt in die gevallen waarin dit onvermijdelijk is en de arts verantwoordelijkheid blijft aanvaarden voor het eindresultaat. Hieronder wordt door de commissie verstaan, dat de arts ook bereid moet zijn de behandeling te staken en – conform het in hoofdstuk 4 gestelde – eventueel ook tot actieve levensbeëindiging over te gaan, indien de behandeling 'op voorhand' uiteindelijk een diagnose/prognose blijkt op te leveren die volgens de medisch-ethische gedragsregels aanleiding tot absteren zou zijn geweest, zo die diagnose/prognose onmiddellijk bij de geboorte al met voldoende zekerheid had kunnen worden gesteld. Mede gezien het feit dat de medisch-technische mogelijkheden om de biofysische variabelen van een mens in stand te houden thans vrijwel ongelimiteerd zijn, acht de commissie het slechts onder genoemde voorwaarde te rechtvaardigen dat een tijdelijk voorschot wordt genomen op de medisch-ethische regel dat bij twijfel geen behandeling dient te worden ingesteld; slechts dan immers wordt deze juiste regel geen wezenlijk geweld aangedaan.

Overigens heeft de commissie begrepen dat over de 'geen reële overlevingskans'-diagnoses en -prognoses binnen de kring der neonatologen al een hoge mate van consensus bestaat en dat in de praktijk dan ook grosso modo al aan de hier geformuleerde zorgvuldigheidseisen wordt voldaan. Hierop vormt, zoals vermeld in paragraaf 3.4.1., alleen de prognose van de groep (sterk) immaturren nog een duidelijke uitzondering. Zowel uit het oogpunt van rechtsgelijkheid als op medisch-ethische gronden acht de commissie het derhalve alleszins wenselijk dat door de neonatologen ook over deze prognose nog een hogere mate van consensus wordt bereikt.

5.1.2. De 'onleefbaar leven'-prognose. Bij de 'onleefbaar leven'-prognose ligt het veel moeilijker (thans reeds) algemeen geldende zorgvuldigheidseisen te formuleren, aangezien het hier een begrip

betreft dat zich slechts zeer ten dele voor objectivering leent. Welke mate van lijden (nog) wel of niet (meer) als leefbaar kan worden beschouwd is immers zozeer afhankelijk van iemands persoonlijke mening daarover, dat de invulling daarvan van persoon tot persoon kan verschillen. Niettemin heeft de commissie het als haar plicht beschouwd naar wegen te zoeken die het subjectieve karakter van deze prognose althans zoveel mogelijk zouden kunnen beperken en daarmee tevens de zorgvuldigheid en controleerbaarheid van het medisch handelen ter zake zouden kunnen vergroten.

Uiteraard blijft ook bij deze prognose vooropstaan, dat het medisch bestanddeel daarin, in casu de medische diagnose en prognose, met de grootst mogelijke zorgvuldigheid en objectiviteit wordt vastgesteld, dat wil zeggen op de wijze als aangegeven in paragraaf 5.1.1.

De medische diagnose en prognose eenmaal vastgesteld zijnde, rijst de vraag of het op grond daarvan te verwachten levensperspectief van de pasgeborene als onleefbaar dient te worden aangemerkt. Hierbij lijkt de commissie een zekere objectivering mogelijk door middel van consensusbevordering.

Hoewel verschillen in deskundigheid, ervaring en intuïtie tussen artsen uiteraard onvermijdelijk zijn, mag het naar de mening van de commissie in ieder geval niet zo zijn, dat over de medische criteria die aan de prognose 'onleefbaar leven' ten grondslag worden gelegd binnen de kring van neonatologen fundamentele verschillen van inzicht (blijven) bestaan.

Dit leidt immers zowel voor de betrokken patiëntjes als voor hun directe omgeving tot ongewenste willekeur. Ter wille van een zekere objectivering van deze medische criteria acht de commissie het dan ook gewenst, dat door de neonatologen een algemeen aanvaard beoordelingssysteem wordt ontwikkeld met behulp waarvan nauwkeuriger dan tot dusverre kan worden bepaald welke mate van lijden van de pasgeborene als onleefbaar kan worden aangemerkt. De commissie denkt hierbij niet zozeer aan een bepaalde classificatie van ziektebeelden als wel aan een soort scoretabel waarop aan de hand van een aantal gegevens de ernst van de te verwachten handicaps in kaart wordt gebracht en door middel van te stellen grenswaarden een algemene maatstaf voor het te verwachten levensperspectief wordt verkregen. Daarbij denkt de commissie aan gegevens als:

- de mogelijkheden tot communicatie (zowel verbaal als non-verbaal);
- de mate van lijden (in de zin van blijvende functiestoornissen, pijn, benauwdheid, ongemak);
- de mogelijkheden tot zelfstandigheid (waaronder het zelfstandig kunnen zitten, lopen, wonen, zichzelf verzorgen). Onder dit criterium zou tevens de mate van onafhankelijkheid van het medisch circuit kunnen worden gerangschikt;
- de mogelijkheden tot ontplooiing in casu het kunnen horen, zien, lezen, schrijven, verrichten van arbeid; en
- de te verwachten levensduur.

Gezien het veelal globale en subjectieve karakter van dergelijke inschattingen acht de commissie het vanzelfsprekend dat de behandelend arts zijn oordeel ter zake toetst aan het oordeel van (een) andere ervaren collega(e).

Het bepalen van de grenzen waarbinnen van 'onleefbaar leven' kan worden gesproken acht de commissie een taak van beroepsgroep en samenleving gezamenlijk. Daarbij denkt de commissie aan een procedure waarbij het desbetreffende kader door de beroepsgroep wordt aangegeven. Om tot hanteerbare criteria ter zake te komen zal door de beroepsgroep uiteraard nog nader dienen te worden bezien welke wegingsfactor aan elk van deze handicaps afzonderlijk zou kunnen worden toegekend en hoe deze handicaps in onderlinge samenhang zouden moeten worden gewogen. Vervolgens zou de samenleving als geheel de grenswaarden dienen aan te geven. Alvorens deze grenswaarden daadwerkelijk als richtsnoer voor de meningsvorming van de betrokken artsen kunnen gaan fungeren, zal over de desbetreffende voorstel-

len van de beroepsgroep derhalve eerst nog een maatschappelijke discussie dienen plaats te vinden. Uiteraard zal daarbij tevens rekening dienen te worden gehouden met het feit dat het hier niet om volwassenen gaat, maar om pasgeborenen, die in principe nog een heel leven voor de boeg hebben. Tevens zal de betrokken artsen daarbij uiteraard de nodige ruimte dienen te worden gelaten voor de toepassing van een dergelijke algemene maatstaf in het individuele geval.

Voor de leefbaarheid van het te verwachten levensperspectief van een zwaar-defecte pasgeborene maakt het overigens nog een groot verschil of het kind ondanks de defecten door zijn ouders wordt geaccepteerd dan wel juist vanwege die defecten onwelkom is. Pasgeborenen in het algemeen en zwaar-defecte pasgeborenen in het bijzonder zijn immers dermate afhankelijk van hun directe omgeving en zozeer op een liefdevolle bejegening en begeleiding aangewezen, dat een eventueel niet-gewenst zijn hun kansen op een nog enigszins leefbaar leven sterk kan verkleinen. Een dergelijk gegeven zal door de behandelend arts dan ook terdege bij de prognose dienen te worden meegewogen. Waar de daarbij in het geding zijnde parameters, in casu de draagkracht en de culturele respectievelijk religieuze achtergrond van het betrokken gezin, zich echter niet of nauwelijks voor objectivering lenen, ziet de commissie niet veel mogelijkheden noch ook redenen om het subjectieve element ten deze te reduceren.

Ter afsluiting van deze paragraaf wil de commissie nog benadrukken dat de hierin voorgestelde zorgvuldigheidseisen slechts betrekking hebben op de persoonlijke meningsvorming van de behandelend arts omtrent de (on)leefbaarheid van het te verwachten levensperspectief van de pasgeborene. De besluitvorming daaromtrent dient haars inziens pas tot stand te komen in het daartoe vereiste overleg met de ouders van het kind.

5.2. *Zorgvuldigheidseisen ten aanzien van de besluitvorming*

5.2.1. De mening van de ouders. Van de beide infauste prognoses die reden tot abstineren of het staken van de medische behandeling (kunnen) geven – in casu de 'geen reële overlevingskansen'-prognose en de 'geen leefbaar leven'-prognose – doen zich bij eerstgenoemde prognose, mits zorgvuldig gesteld, in feite geen wezenlijke keuzeproblemen voor en zal de mening van de ouders derhalve slechts een marginale rol kunnen vervullen. Dit betekent uiteraard niet, dat met de eventuele wensen van de ouders in het geheel geen rekening meer zou behoeven te worden gehouden. Ook onder die omstandigheden is het immers zeer wel mogelijk, dat bij de ouders nog bepaalde wensen leven op het gebied van de stervensbegeleiding of ten aanzien van het moment van overlijden. Naar de mening van de commissie vereist de zorgvuldigheid dan ook dat in alle gevallen de wensen van de ouders ten deze worden gepeild en in principe ook worden vervuld, tenzij dit voor het kind een onaantvaardbare verlenging c.q. verergering van lijden met zich zou brengen.

Bij de 'onleefbaar leven'-prognose zou de commissie aan de mening van de ouders een veel groter gewicht willen toekennen dan nu nog vaak het geval blijkt te zijn. Tenslotte is het hún kind, zijn zij relationeel en rechtens de meest betrokkenen en zijn zij – na het kind zelf – tevens de éérsst-belanghebbenden bij de te nemen beslissing. Immers, indien de beslissing uitvalt naar het in leven laten van een zwaar-defect kind, zijn het niet de behandelend arts(en), noch de verpleegkundigen, noch ook de ziekenhuisdirecties, maar de ouders (alsmede dat kind en de eventuele overige gezinsleden) die de ingrijpende gevolgen van die beslissing dienen te dragen. Dit maakt dat aan de mening van de ouders ten deze, zoal niet juridisch dan toch in moreel opzicht, in de ogen van de commissie het allergrootste gewicht moet worden toegekend bij de afweging van belangen die tot de uiteindelijke beslissing moeten leiden.

Daarmee wil uiteraard niet worden gesuggereerd dat de ouders

vrijelijk over het lot van hun kind zouden moeten kunnen beschikken. Zoals eerder werd opgemerkt, dient de beslissing primair te worden gebaseerd op de te verwachten lichamelijke en/of geestelijke gebreken van de pasgeborene en op de grenswaarden die daaraan door de gemeenschap dienen te worden gesteld. Waar de werkelijkheid vrijwel altijd beduidend gecompliceerder blijkt te zijn dan welk theoretisch kader dan ook, zal aan die grenswaarden naar de mening van de commissie echter nooit een absoluut karakter mogen worden gegeven. Er zal dus altijd een 'grijs gebied' blijven, waarin de te nemen beslissing niet eenduidig is en derhalve in overleg tussen de behandelend arts en de ouders van het defecte kind tot stand zal moeten komen. Het is juist in dergelijke twijfelgevallen dat de commissie op grond van eerdergenoemde argumenten meent, dat de arts bescheidenheid past en aan de mening van de ouders in principe een zeer zwaarwegende betekenis dient te worden toegekend.

Tot die bescheidenheid is naar de mening van de commissie te méér aanleiding, indien de defecten van de pasgeborene in zekere zin door het medisch handelen werden veroorzaakt, dat wil zeggen een onvoorzien gevolg zijn van de door de behandelend arts(en) genomen maatregelen om de pasgeborene aan de dood te ontrukken. Zeker wanneer dit laatste zonder toestemming van de ouders geschiedde, hebben de ouders dan in moreel opzicht naar de mening van de commissie méér recht van spreken over het verdere lot van hun kind dan de behandelend arts.

Daar komt nog bij dat er, zo al ooit, dan toch in ieder geval in deze tijd steeds minder reden aanwezig is om zich als arts in niet-medische zaken tot plaatsvervangend denken te laten verleiden. Mits open en eerlijk en in begrijpelijke termen geïnformeerd en mits met begrip en respect voor de eigen achtergronden tegemoet getreden, moeten de ouders als regel immers zeer wel in staat worden geacht het belang van hun kind en de daarmee ten nauwste verband houdende eigen draagkracht zélf te bepalen. Het feit, dat zich van ouders ook wanhoop en verwarring meester kunnen maken wanneer hun kind ernstige gebreken blijkt te vertonen, acht de commissie hiermee niet in tegenspraak. Veelal betreft het hier immers slechts een tijdelijke gemoedstoestand, die door middel van een juiste opvang doorgaans wel in goede banen is te leiden en een weloverwogen meningsvorming geenszins in de weg behoeft te staan. Waar de ervaring leert dat ook de aanvankelijke mening van niet in paniek rakende ouders zich in de loop van de behandeling nog kan wijzigen, acht de commissie het trouwens in alle gevallen noodzakelijk dat van meet af aan dusdanig intensieve gesprekken met de ouders worden gevoerd dat misverstand over het al of niet gewenst zijn van hun kind wordt uitgesloten; dit is ook daarom van belang omdat de praktijk uitwijst dat een eventuele beslissing tot levensbeëindiging voor alle betrokkenen het best in een zo vroeg mogelijk stadium van de behandeling kan worden genomen en het dus zaak is over de mening van de ouders zo snel mogelijk duidelijkheid te verkrijgen.

Aangezien het hier primair om het expliciteren van de mening van de ouders gaat, acht de commissie het niet persé vereist dat die gesprekken (steeds) door de behandelend arts worden gevoerd. Mede om praktische redenen acht de commissie de meest wenselijke situatie, dat deze gesprekken door een neutraal deskundige ter zake worden gevoerd en dat de behandelend arts (of het lid van het behandelend team dat het best bij de ouders past) daarbij slechts aanwezig is indien en voor zover de medische situatie van de pasgeborene daartoe aanleiding geeft. Zo de ouders uit het buitenland afkomstig en de Nederlandse taal (derhalve) onvoldoende machtig zijn, dient uiteraard ook een tolk bij deze gesprekken aanwezig te zijn. Dit pleidooi voor meer zeggenschap van de ouders laat overigens onverlet dat de behandelend arts uiteraard nimmer kan worden verplicht tot handelingen die hij uit medisch oogpunt zinloos acht of die hij voor zichzelf in geweten niet kan verantwoorden. In die gevallen behoudt de arts ten volle het recht dergelijke handelingen te weigeren en zal overdracht van de

behandeling of desnoods een gerechtelijke procedure uitkomst moeten bieden.

5.2.2. De mening van de behandelend arts. De prognose eenmaal gesteld en de mening van de ouders bekend zijnde, kan de behandelend arts voor de gewetensvraag komen te staan welke conclusie hij aan een en ander dient te verbinden. Aangezien deze gewetensvraag zich bij de 'geen reële overlevingskans'-prognose niet of nauwelijks zal voordoen, noch ook in die situaties waarin de te stellen grenswaarden voor de 'onleefbaar leven'-prognose bij lange na niet worden gehaald of verre worden overtroffen, zal deze gewetensvraag voornamelijk beperkt blijven tot de twijfelgevallen. Hieronder verstaat de commissie in dit verband die gevallen waarin de prognose niet te zeer van de gestelde grenswaarden afwijkt en de meningen van ouders en behandelend arts omtrent de (on)leefbaarheid van het te verwachten levensperspectief van de pasgeborene niet (geheel) met elkaar overeenkomen. Weliswaar werd in de vorige paragraaf gesteld, dat de arts in dit 'grijze gebied' bescheidenheid past en dat de mening van de ouders in principe dient te prevaleren, maar dat neemt niet weg dat het voor de behandelend arts ook dán nog in een individueel geval zeer wel een gewetensvraag kan zijn of hij met de mening van de ouders zal meegaan.

In die situaties acht de commissie het onontbeerlijk dat de behandelend arts zijn mening toetst aan die van een ervaren, onafhankelijke collega. Daar waar in teamverband wordt gewerkt kan dit eventueel een teamlid of de teamleider zijn, maar in principe verdient het naar de mening van de commissie de voorkeur deze toetsing in ieder geval óók te laten verrichten door een van het team onafhankelijke arts. Doel van deze toetsing dient hoe dan ook te zijn: het eigen oordeel te zuiveren van eventuele overwegingen die niet primair het belang van het patiëntje dienen, alsmede het krijgen van een onafhankelijk advies over de vraag of de mening van de ouders in het onderhavige geval dient te prevaleren. Uiteraard blijft de behandelend arts verantwoordelijk voor zijn uiteindelijke beslissing ter zake.

Zoals uit het voorgaande blijkt, is de commissie er geen voorstander van dat de verantwoordelijkheid voor dergelijke beslissingen in geval van teambehandeling bij het team als geheel wordt gelegd. Hoe moeilijk bepaalde beslissingen ook kunnen zijn, de commissie acht dit strijdig met het principe dat iedere arts onder alle omstandigheden persoonlijk verantwoordelijk dient te zijn en te blijven voor de door hem genomen beslissingen. Dat dit een juist principe is, wordt in feite ook in de neonatologiepraktijk bevestigd door het gegeven dat, daar waar van teambeslissingen sprake is, met name in twijfelgevallen de meningen binnen het team veelal dermate blijken te divergeren dat er in het geheel géén beslissing tot stand komt, met alle gevolgen van dien voor de pasgeborene en diens naaste omgeving.

Dit acht de commissie des te bezwaarlijker omdat, zoals reeds in paragraaf 5.2.1 werd gesteld, de praktijk uitwijst dat een eventuele beslissing tot het staken van de behandeling c.q. tot actieve levensbeëindiging juist bij voorkeur in een zo vroeg mogelijk stadium van de behandeling dient te worden genomen. Doet men dit niet, dan loopt men namelijk een gerede kans dat ouders inmiddels een dusdanig hechtingspatroon gaan vertonen dat zij, ondanks een infauste prognose, van levensbeëindiging niets meer willen weten en aldus ook van hún kant een verantwoorde beslissing ernstig kunnen frustreren. Mede hierom zou de commissie ook bij teambehandeling willen vasthouden aan de meest wenselijke figuur, dat tussen de behandelend arts en de overige teamleden weliswaar intern overleg plaatsvindt, maar dat alleen de behandelend arts verantwoordelijk blijft voor de behandeling en de in dat kader te nemen beslissingen.

5.2.3. De mening van de verpleegkundige(n). Gegeven hun specifieke deskundigheid en intensieve contact met de pasgeborenen

en hun ouders, vormen de bij de behandeling betrokken verpleegkundigen voor de behandelend arts niet alleen een belangrijke bron van relevante informatie, maar kunnen zij tevens waardevolle bijdragen leveren tot een zorgvuldige menings- en besluitvorming omtrent de behandeling en het eventuele staken daarvan. Uit een oogpunt van zorgvuldigheid acht de commissie het overleg met deze verpleegkundigen voor de behandelend arts dan ook even onontbeerlijk als het overleg met de artsen die bij de behandeling zijn betrokken. Bij de teambesprekingen dienen, voor zover dit nog niet het geval mocht zijn, naar de mening van de commissie derhalve ook deze verpleegkundigen aanwezig te zijn. Waar de commissie teambeslissingen in principe afwijst, komt deze verpleegkundigen echter, evenals de overige teamleden, geen stem toe in de door de behandelend arts te nemen beslissingen. Overigens geldt uiteraard ook voor verpleegkundigen, dat zij nimmer kunnen worden verplicht tot (medewerking aan) behandelingen die zij op grond van de eigen beroepscode of in geweten niet voor zichzelf kunnen verantwoorden. Bij duidelijke verschillen van mening tussen de behandelend arts en de betrokken verpleegkundigen over de te nemen beslissingen ten aanzien van de pasgeborene, dient derhalve rekening te worden gehouden met de mogelijkheid dat (verdere) medewerking door hen wordt geweigerd.

5.3. Zorgvuldigheidseisen ten aanzien van de verslaglegging

Indien op grond van het in hoofdstuk 6 gestelde geen verklaring van een natuurlijke dood kan worden afgegeven, zal, evenals bij euthanasie, ook bij levensbeëindigend handelen achteraf door derden, in casu de gemeentearts en eventueel de Officier van Justitie, moeten kunnen worden nagegaan op welke gronden de behandelend arts tot zijn beslissing is gekomen. Dit betekent dat de behandelend arts in het desbetreffende medisch dossier duidelijk tot uitdrukking dient te laten komen waar hij zijn beslissing op baseerde en in hoeverre daarbij aan de gestelde zorgvuldigheidseisen werd voldaan. Het lijkt de commissie aan te bevelen in ieder geval vast te leggen:

- welke lichamelijke en/of geestelijke handicaps de pasgeborene vertoont c.q. naar alle waarschijnlijkheid nog zal gaan vertonen en welke arts(en) bij deze inschatting werd(en) geconsulteerd;
- de redelijkerwijs te verwachten levensduur van de pasgeborene;
- in hoeverre deze diagnoses respectievelijk prognoses aan de ouders van de pasgeborene duidelijk werden gemaakt;
- de mening van de ouders, alsmede door wie deze mening werd gepeild;
- de meningen van de rechtstreeks bij de behandeling betrokken artsen en verpleegkundigen omtrent een eventuele beëindiging van het leven van de pasgeborene; en
- de naam en mening van de onafhankelijke arts aan wie door de behandelend arts advies werd gevraagd omtrent de ter zake te nemen beslissing.

De commissie acht het vanzelfsprekend dat deze gegevens altijd worden gedocumenteerd, gesigneerd en gedateerd, zodat daaruit tevens valt op te maken met welke frequentie en gedurende welke tijdsperiode die gesprekken werden gevoerd.

6. De overlijdensverklaring

De verklaring van overlijden is geregeld in de Wet op de Lijkbezorging (WLB). Artikel 29 p lid 2 WLB bepaalt, dat een verklaring van overlijden slechts mag worden afgegeven na persoonlijke schouwing van het lijk en op grond van de overtuiging dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak. Als de behandelend arts niet is overtuigd van een natuurlijke dood of daaraan twijfelt, mag hij geen verklaring afgeven. De gemeentelijk lijkschouwer dient dan te worden ingeschakeld, evenals in die gevallen dat er geen behandelend arts is.

Op zichzelf zegt de regeling in de Wet op de Lijkbezorging echter niets over de vraag of het overlijden van de patiënt een strafrechtelijk aspect heeft. Met andere woorden: het feit dat een arts niet de overtuiging heeft dat er sprake is van een natuurlijke doodsoorzaak, wil geenszins zeggen dat de zaak aanleiding zal geven tot strafrechtelijke opsporing of vervolging. Dit element wordt nogal eens vergeten in de discussies rond de overlijdensverklaring.

De cruciale vraag is nu, wanneer de behandelend arts de overtuiging mag hebben dat er sprake is van een natuurlijke doodsoorzaak. Uit de richtlijnen van de Geneeskundige Hoofdspectie ter zake blijkt, dat daarover geenszins lichtvaardig mag worden gedacht. Volgens recente jurisprudentie van de Hoge Raad mag euthanasie hoe dan ook nooit als een natuurlijke dood worden beschouwd; het niettemin afgeven van een overlijdensverklaring wordt dan als valsheid in geschrifte en dus als een strafbaar feit aangemerkt.

In het kader van de discussie rond levensbeëindiging op verzoek (euthanasie) is tot nu toe overigens onbetwist dat de drie 'schijn-gestalten' van euthanasie, te weten: een overlijden van de patiënt

- ten gevolge van medisch handelen met als doel verlichting van het sterven, met als nevengevolg het (eerder) overlijden van de patiënt;
 - ten gevolge van het op verzoek van de patiënt staken of niet aanvangen van een behandeling; of
 - ten gevolge van het staken of niet aanvangen van een behandeling aangezien deze op medische gronden zinloos wordt geacht,
- onder het begrip 'natuurlijke dood' vallen.

Daarbij doet zich echter het probleem voor dat het begrip 'medisch zinloos' door artsen en juristen verschillend wordt geïnterpreteerd. In medische kringen heerst de mening dat hier niet alleen beslissingen op grond van strikt medisch-objectieve criteria onder vallen (in het kader van de neonatologie: 'geen reële overlevingskansen'), maar ook beslissingen waar naast medische indicaties tevens maatschappelijke aspecten een rol bij spelen (in het kader van de neonatologie: 'onleefbaar leven'-prognose). Naar de mening van de beroepsgroep behoren beide beslissingen tot de competentie van de arts en dient het overlijden van de patiënt in voorkomende gevallen dan ook als een natuurlijke dood te worden beschouwd. Zoals in paragraaf 5.1.2. reeds werd aangegeven, onderkent de beroepsgroep daarbij overigens wel dat de grenzen waarbinnen van 'onleefbaar leven' kan worden gesproken door beroepsgroep en samenleving gezamenlijk dienen te worden bepaald.

In juridische kringen daarentegen heerst de mening dat het begrip 'medisch zinloos' alleen doelt op strikt medische, objectieve criteria (in het kader van de neonatologie: 'geen reële overlevingskansen' of 'kansloos'-prognose). Zodra een maatschappelijke component in de besluitvorming een rol speelt, zoals bij de 'onleefbaar leven'-prognose het geval is, wordt de beslissing door juristen niet meer als volledig vallend binnen de medische competentie gezien. Hoewel zo'n beslissing moreel gesproken onder omstandigheden wellicht toelaatbaar kan worden geacht, kan er juridisch gezien dan niet meer van een natuurlijke dood worden gesproken en dient het afgeven van een overlijdensverklaring derhalve als valsheid in geschrifte te worden beschouwd.

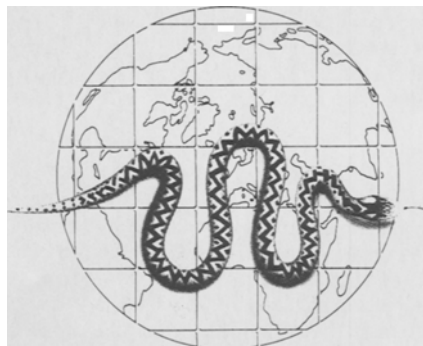
De commissie acht het van groot belang dat het hierboven weergegeven verschil van interpretatie op korte termijn wordt beslecht: de noodzaak tot toetsbaarheid en controleerbaarheid van levensbeëindigend handelen vereist dat.

Geen verschil van mening bestaat er over het uitgangspunt, dat bij actief levensbeëindigend handelen geen verklaring van natuurlijk overlijden kan worden afgegeven. Het niet afgeven van een verklaring van overlijden acht de commissie echter alleen dan een reële optie, indien er duidelijkheid en zekerheid komt over het door het Openbaar Ministerie te voeren beleid, dat wil zeggen indien de betrokken artsen de garantie krijgen dat, indien zij zich aan de bij

levensbeëindiging in acht te nemen zorgvuldigheidseisen houden, er geen strafrechtelijke vervolging zal plaatsvinden. Zolang die garantie nog niet wordt gegeven, valt immers te voorzien – en de huidige praktijk bevestigt dit ook – dat ter voorkoming van de rompslomp en ellende die een eventuele strafrechtelijke vervolging voor alle direct betrokkenen (in casu arts, instelling en familie van de pasgeborene) met zich zou brengen, door de betreffende artsen toch een verklaring van natuurlijk overlijden zal worden afgegeven. Hoewel dit juridisch als onjuist moet worden bestempeld en daardoor tevens de gewenste toetsing van het levensbeëindigend handelen onmogelijk wordt, acht de commissie een dergelijke handelwijze van artsen onder de huidige omstandigheden alles-

zins verklaarbaar. Indien ondanks alle problemen en emotionele beladenheid die aan beslissingen tot levensbeëindigend handelen, met name bij pasgeborenen, inherent zijn, toch aan alle zorgvuldigheidseisen wordt voldaan, kan én mag de samenleving haars inziens niet van de betrokken artsen en van de overige betrokkenen verwachten dat zij zich niettemin óók nog aan het risico van een strafrechtelijke vervolging zullen blootstellen. De commissie acht het dan ook dringend noodzakelijk dat de ministers van Justitie en van WVC zodanige voorwaarden scheppen dat ten aanzien van levensbeëindiging bij zwaar-defecte pasgeborenen een toetsbare en controleerbare procedure kan worden ontwikkeld welke recht doet aan de belangen van álle in het geding zijnde partijen.

Het 40ste KNMG-Ledencongres – 6, 7 en 8 oktober 1988 te Haarlem



Het Haarlemse stadhuis

Partnerprogramma

Wanneer u begin oktober voor het congres van de KNMG naar Kennemerland komt, hopen wij u te laten kennismaken met de stad Haarlem. De rijke geschiedenis van deze stad maakt het mogelijk u een programma te bieden waarin duidelijk wordt dat Haarlem met recht de naam 'Monumentenstad' draagt.

Op één vierkante kilometer bevinden zich meer dan duizend historische panden, stille hofjes, doelen, musea, galeries en – niet te vergeten – aantrekkelijke winkelstraten, die veelal uitkomen op de Grote Markt. Aan deze markt ligt ook het stadhuis met de oude eetzaal van de graven van Holland, 'de Gravenzaal', waarin het gemeentebestuur van Haarlem u hoopt te ontvangen.

Als woongebied, met de Haarlemmer Hout, de bollenvelden, de duinen, het strand, is de Spaarnestad zeer aantrekkelijk. De gunstige ligging ten opzichte van de luchthaven Schiphol en de moderne industrie maken dat verleden en heden hier hand in hand gaan.

Wij willen u graag een aantal van deze aspecten laten zien: 1. een bezoek aan Schiphol, een ander Schiphol dan zoals u het kent van uw reizen; 2. een hofjestocht, gecombineerd met een bezoek aan het restauratie-atelier van het Frans Halsmuseum; 3. een bezoek aan Teylers Museum, gevolgd door een korte wandeling langs enkele hofjes en monumenten.

Op de ranglijst van 's werelds moderne luchthavens staat Schiphol aardig hoog genoteerd. Onder het motto 'Schiphol achter de schermen' kunt u kiezen tussen een bezoek aan de KLM Catering Services en de verkeersleiding van de Rijksluchtvaartdienst.

Haarlem herbergt vele hofjes. U kunt kennis maken met deze vroege vorm van bejaardenzorg op weg naar het Frans Halsmuseum. Dit monumentale gebouw, gelegen temidden van de Heilige Landen, werd in 1913 na een ingrijpende verbouwing in renaissancestijl ingericht als museum. Van oorsprong was het het Oudemanshuis. De regenten daarvan werden door Frans Hals geportretteerd. Het groepsportret van hen en vele andere voor Haarlem belangrijke stukken bevinden zich binnen de muren van het museum. Daarnaast beschikt het museum over een eigen restauratiewerkplaats. U kunt een kijkje nemen in het atelier om met eigen ogen te aanschouwen hoe de restauratie van een schilderij stap voor stap tot stand komt.

Een andere bezienswaardigheid van Haarlem is Teylers Museum, genoemd naar Pieter Teyler van der Hulst. Het vermogen van deze rijke lakenkoopman werd na zijn dood in 1778 ondergebracht in een stichting die tot doel had kunst en wetenschap te bevorderen, een typisch 18e-eeuws ideaal. Zo kwam Nederlands eerste openbare museum tot stand. Het kreeg weldra wereldnaam, niet alleen door de kostbare verzameling, maar ook als wetenschappelijk instituut. De collectie is hier een afspiegeling van. In en rondom de beroemde ovale zaal treft u zowel tekeningen als natuurkundige instrumenten aan.

Haarlem biedt vanzelfsprekend meer dan hierboven is geschetst. Wij zullen u graag 6, 7 en 8 oktober in de Spaarnestad ontvangen opdat u dat zelf kunt ervaren.

J. M. Koomen-de Langen, commissie partnerprogramma.