

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 2 – 15 januari – 43e jaargang

De Hoge Raad heeft gesproken: in een geval van euthanasie mag *geen* verklaring van natuurlijk overlijden worden afgegeven. De vraag voor iedereen is: hoe nu verder? De advocaat-generaal bij het Gerechtshof te 's-Gravenhage, Mr. H. R. G. Feber, houdt – op strikt persoonlijke titel – een pleidooi voor een beleid dat voeding geeft aan wederzijds vertrouwen tussen artsen en Justitie.

Hoe de precisie van een wetstekst kan lijden onder politieke dogma's en het streven naar politieke haalbaarheid, hebben de Utrechtse sociolinguïstiekstudenten Karin Schreuder en Saskia Teulings geïllustreerd in hun doctoraalscriptie over de euthanasiediscussie.

In hoeverre worden ethische standpunten met betrekking tot zaken die de gezondheid (szorg) betreffen door levensbeschouwelijke standpunten bepaald? De vraag komt van de Leuvense ethicus-seksuoloog Jan J. Rolies en hij geeft er zijn antwoord ('De ethiek is het terrein bij uitstek waarop levensbeschouwingen met elkaar een dialoog kunnen aangaan') bij.

De AIDS-problematiek en het door de verzekeringsmaatschappijen in dit kader te voeren beleid vormen een duidelijke testcase, in die zin dat het vragen oproept naar dat wat maatschappelijk en juridisch nog wel en dat wat niet meer aanvaardbaar is. Aldus de hoogleraar in het gezondheidsrecht aan de Rijksuniversiteit Limburg, Mw. Prof. Mr. H. D. C. Roscam Abbing.

Kunnen in het kader van de HIV-problematiek de belangen van derden een noodtoestand in het leven roepen, die de medicus rechtvaardigt zonder toestemming van de betrokkene een test op antistoffen te laten afnemen? Het antwoord van Mw. Mr. I. Ravenschlag uit het Rotterdamse Dijkzigt Ziekenhuis luidt: nee, het is en blijft te allen tijde een onrechtmatige daad.

INHOUD

Euthanasie en verklaring van overlijden; Hoge Raad spreekt het laatste woord. Hoe nu verder?

H. R. G. Feber – 41

Euthanasie en verklaring van overlijden. Uitspraak Hoge Raad der Nederlanden d.d. 15 december 1987 – 43

Arts en recht. Euthanasie. Beschikking Hoge Raad d.d. 23 juni 1987 – 44

Als de dood voor duidelijkheid. De euthanasiediscussie taalkundig beschouwd *Karin Schreuder en Saskia Teulings – 47*

Gezondheidsethiek en levensbeschouwing *Jan J. Rolies – 49*

AIDS en verzekeringen. Een testcase *Mw. Prof. Mr. H. D. C. Roscam Abbing – 53*

HIV, een dilemma voor de arts? *Mw. Mr. I. Ravenschlag – 55*

Routinematig HIV-onderzoek in een Rotterdams methadonprogramma *W. Barends – 58*

Grondslagen van de geneeskunde. 'Chorea hereditaria adultorum', een dissertatie uit 1890 *Dr. J. M. Keppel Hesselink – 61*

Uit de geneeskundige hoofdinspectie. Hoe sociaal kan een arts drinken? – 63

Colofon 34 – Colofon officieel 34 – Hoofdredactioneel commentaar 35 – Voorzitterskolom KNMG 36 – Brieven 37 – Boeken 46 – Kort Amerikaans 51

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. Spreuwerberg, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris

Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice
Mw. G. W. van Straten, 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
Telefoonnummer KNMG: 030-823911

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:

'De ziele dame' van Jan Steen (1626-1679).
Rijksmuseum, Amsterdam.

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; 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), adviserende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot, 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. Laffr  , 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-Geneskundigen (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. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse. Bureau-tijden ma, di, do en vr van 9.00 tot 16.00 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

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

Het doodsbriefje bij euthanasie

Op grond van een verklaring van overlijden geeft de ambtenaar van de Burgerlijke Stand verlof voor begraven of crematie. Als de behandelende arts of de gemeentelijke lijkschouwer ervan overtuigd is dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke doodsoorzaak en het lijk persoonlijk heeft geschouwd, kan dit via het doodsbriefje-A of verklaring-A. Als de behandelende arts niet overtuigd is van een natuurlijke doodsoorzaak wordt de gemeentelijke lijkschouwer ingeschakeld, die verslag uitbrengt aan de Officier van Justitie. Blijkens de Memorie van Toelichting op de Wet op de Lijkbezorging wordt een niet-natuurlijke doodsoorzaak omschreven als 'elk overlijden door opzet of door schuld van derden, doch ook zelfmoord, al mocht die het gevolg van een zielsziekte zijn, alsmede het sterven ten gevolge van een ongeval of uiterlijk geweld, ook wanneer dit niet door menselijke schuld is veroorzaakt'.

Leenen vroeg al in 1981 aandacht voor de verantwoord uitgevoerde euthanasie, omdat dan de behandelende arts geen verklaring van natuurlijke doodsoorzaak mag afgeven, terwijl de procedure van niet-natuurlijke dood bezwaren ontmoet, ook ten opzichte van nabestaanden, indien die niet van de euthanasie op de hoogte zijn¹. Langemeijer, Enschedé en Van Veen hebben in 1986 gesteld dat een arts die volgens de professionele standaarden van zijn beroep handelt buiten het bereik van de strafwet valt². Tot op zekere hoogte is hun redenering gevolgd door de Hoge Raad, die bij beschikking van 23 juni 1987 heeft uitgesproken dat een arts erop mag rekenen dat geen strafvervolgingsprocedure wordt ingesteld als hij zich aan de zorgvuldigheids-criteria heeft gehouden (zie voor deze uitspraak de rubriek 'Arts en recht' op blz. 44). Enschedé meende dat een doodsbriefje-A mag worden afgegeven als er sprake is van een niet-criminele doodsoorzaak. Als gevolg hiervan was de arts die volgens de professionele standaarden euthanasie had toegepast zijns inziens gerechtigd de verklaring-A af te geven. Hij poneerde zelfs dat het de behandelende arts niet vrij staat 'aan wie dan ook verdere mededelingen over de doodsoorzaak te doen; ook niet aan de Officier van Justitie'³.

Ook over het eerste deel van deze stelling is tot aan de Hoge Raad geprocedeerd. Een collega had met navolging van de zorgvuldigheidscriteria levens-

beëindigend gehandeld en vervolgens de verklaring-A afgegeven. Zijn raadsman beriep zich op een noodtoestand, omdat het niet afgeven van de verklaring zou leiden tot inschakelen van de gemeentelijke lijkschouwer en dit voor de familieleden en instelling tot onaangename gevolgen zou kunnen leiden. De Hoge Raad besliste echter dat een arts die euthanasie toepast niet kan verklaren ervan overtuigd te zijn dat de dood ten gevolge van een natuurlijke oorzaak is opgetreden. Ons hoogste rechtscollege wees een beroep op een noodtoestand af, omdat de genoemde nadelen als nauwelijks aanwezig werden beschouwd en uiteindelijk dit nadeel door het proces over de onjuiste verklaring nog was vergroot (zie ook blz. 43).

Hoe moet het nu verder? Levensbeëindigend handelen, door wie en onder welke omstandigheden dan ook, wringt zo met

Dr. C. Spreeuwenberg

dat wat we normaliter in onze samenleving voorstaan, dat zorgvuldige controle is vereist op die gevallen waarin euthanasie niet te vermijden is. Maar wie dient dit te doen?

In de thans aan het parlement voorgelegde wetswijzigingen wordt voorgesteld de ook thans vigerende procedure bij niet-natuurlijke dood te volgen. De arts die euthanasie heeft uitgevoerd schakelt de gemeentelijke lijkschouwer in; deze maakt een schriftelijk verslag op voor de Officier van Justitie. Deze procedure is een verbetering ten opzichte van eerdere voorstellen, waarin de directe rol van de Officier van Justitie groter was. Is hiermee voldoende gedaan om artsen op de voorgeschreven wijze te laten handelen? Het lijkt geen twijfel dat het voor het functioneren van onze samenleving noodzakelijk is dat artsen verklaringen naar waarheid invullen. Desondanks is het bekend dat de meeste artsen euthanasie thans niet aangeven. Zelf heb ik ervaren hoe emotionerend en ingrijpend in het persoonlijk en huiselijk leven het aangeven van euthanasie is, alle zorgvuldige behandeling door justitiële autoriteiten ten spijt. Als een intensieve begeleiding door levensbeëindigend handelen moet worden afgesloten, is de per definitie afstandelijke benadering van autoriteiten

de arts te veel. Een verstandige wetgever zal met dit gegeven rekening houden. Het ware daarom beter als bij euthanasie het verslag van de gemeentelijke lijkschouwer niet naar de Officier van Justitie, maar naar de inspecteur van de Volksgezondheid kon worden gezonden. Artsen hebben, alleen al doordat hij als collega de medische merites kan beoordelen, meer vertrouwen in de inspecteur. Mocht een dergelijke wijziging in het voorstel niet haalbaar blijken te zijn, dan is het zaak dat in elk arrondissement werkzame procedures worden opgesteld en een vertrouwensband wordt geschapen tussen Justitie en artsen.

In dit nummer gaat de procureur-generaal bij het Gerechtshof te 's Gravenhage, Feber, hierop dieper in. Het is opmerkelijk dat hij in het voetspoor van de conclusies van de advocaat-generaal bij de Hoge Raad, Remmelink, suggereert dat bij levensbeëindigend handelen in de stervensfase wel een doodsbriefje-A kan worden afgegeven. Nu wordt de redenering omgedraaid: de arts behoeft nu niet overtuigd te zijn van de natuurlijke doodsoorzaak, maar zou ook de verklaring mogen opstellen als hij niet met zekerheid kan zeggen dat de dood eerder is ingetreden door zijn optreden. Hierdoor wordt op onwenselijke wijze ruimte geschapen voor *schijnheiligheid* en *onduidelijkheid*. In de afgelopen jaren is het inzicht ontstaan dat het begrip 'stervensfase' geen rol mag spelen en dat de intentie van handelingen als het geven van morfine bepalend is. Men zij gewaarschuwd dat de Hoge Raad zich niet heeft uitgelaten over deze opvatting van de advocaat-generaal en dat een nieuw proces tot in hoogste instantie pas uitsluitel kan geven! □

1. Leenen H.J.J. Gezondheidszorg en recht. Alphen aan de Rijn/Brussel: Samsom, 1981, 213.

2. Langemeijer G.E., Enschedé Ch.J., Veen Th.W. van. Euthanasie heeft geen wetgeving nodig. NRC/Handelsblad 14 januari 1986.

3. Enschedé Ch.J. De doodsbrieven. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 1411-2.

KNMG-voorzitter W. H. Cense:

Doodsoorzaakverklaring

Het invullen van een verklaring van overlijden is tot voor enkele jaren door artsen ervaren en uitgevoerd als een administratieve handeling, die nu eenmaal gebeuren moet. Omdat papieren rompslomp voor bijna elke arts een gruwel is, is het te begrijpen dat men die zoveel mogelijk trachtte in te perken. Afspraken tussen artsen over hoe te handelen als tijdens waarneming patiënten overlijden en het raadplegen door de gemeentelijk lijkschouwer van B-formulieren lijken voornamelijk door praktische overwegingen ingegeven, om die rompslomp te beperken. De euthanasiepraktijk in Nederland heeft daar verandering in gebracht. Het (niet) invullen van de overlijdenspapieren is niet meer louter een praktische aangelegenheid, maar een principiële daad geworden. Velen, onder wie ik, vinden dat de arts zich toetsbaar moet opstellen, anderen voelen het als het afleggen van een schuldbekentenis voor iets waarover ze zich niet schuldig voelen.

In dit nummer van Medisch Contact staat het arrest van de Hoge Raad inzake de overlijdensverklaring. In hoogste instantie is nu uitgemaakt dat bij euthanasie geen verklaring van natuurlijk overlijden mag worden afgegeven. Juridisch is de zaak beslist. Maar betekent dit nu ook dat de problemen rond het melden van euthanasie zijn opgelost? Geenszins.

In 1984 sprak het hoofdbestuur de wens uit dat ook bij euthanasie de overlijdensverklaring naar waarheid zal worden ingevuld. Gelet op de bijzondere omstandigheden waaronder een en ander plaatsvindt dienden er duidelijke afspraken te komen over het opsporings- en vervolgingsbeleid. In feite is er – helaas – sindsdien weinig veranderd, noch wat de wetgeving betreft, noch wat de ons inziens noodzakelijke afspraken betreft: ondanks veel overleg op ministerieel niveau zijn die afspraken er nog steeds niet; met name bij het opsporingsbeleid wordt dit ervaren door iedere arts die de

overlijdensverklaring niet afgeeft. In de uiterst aangrijpende en emotionele sfeer waarin euthanasie zich voor patiënt, familie en arts(en) afspeelt, wordt de arts geconfronteerd met een politieverhoor en soms zelfs een gerechtelijk vooronderzoek. Veel artsen nemen zich na één keer melden voor in het vervolg een ander de kastanjes uit het vuur te laten halen.

Als de samenleving niet in staat blijkt voor artsen, patiënten en familie een



aanvaardbare procedure voor het melden van euthanasie te ontwerpen, dan valt te vrezen dat euthanasie niet controleerbaar en toetsbaar wordt. En controleerbaarheid en toetsbaarheid is nu juist waar het hoofdbestuur van de KNMG naar streeft, niet alleen vanwege de rechtszekerheid van artsen en patiënten, maar omdat het gaat om onomkeerbare beslissingen. Daar komt nog bij dat het fictief invullen van de overlijdensverklaring een gevaarlijke afkalving en ondergraving van ons rechtssysteem inhoudt. Willen wij dat de behandelende artsen het al dan niet invullen van de overlijdensverklaring au sérieux nemen, dan zullen ook anderen die daarbij betrokken zijn zich zo moeten opstellen. Dat betekent onder andere dat niemand anders

dan de daartoe aangewezen beambten van het Centraal Bureau voor de Statistiek de B-formulieren mogen openen, ook de gemeentelijk lijkschouwer niet. Doch niet alleen bij euthanasie geldt die zorgvuldigheid. Ook bij andere niet-natuurlijke doodsoorzaken moet de arts consciëntieus te werk gaan, ook al kan dat voor hemzelf onaangename gevolgen hebben. Onder die niet-natuurlijke oorzaken vallen onder andere sterfgevallen ten gevolge van medische fouten. Ik heb in het verleden vaak betoogd – en ik zal dat blijven doen – dat nadenken over en bevorderen van kwaliteit een belangrijke KNMG-taak is. Dat proces begint bij het kritisch kijken naar het eigen functioneren en het zich toetsbaar opstellen. Dat kan pas succesvol gebeuren als die toetsing even nauwgezet en eerlijk gebeurt. En daar ligt een belangrijke taak voor de wetgever en rechter. De wetsvoorstellen van het kabinet met betrekking tot euthanasie kunnen die nauwgezetheid en eerlijkheid geweld aandoen. Immers, zelfs als zij ongeschonden het parlement passeren zal er nieuwe jurisprudentie ontstaan, dus nieuwe onzekerheid over de criteria met betrekking tot het vervolgingsbeleid. Dat alles is voor ons artsen en voor onze patiënten weinig bemoedigend.

W. H. Cense,
voorzitter KNMG

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.

VESTIGING HUISARTSEN EN 'ALTERNATIEVEN'

Het zij mij vergund naar aanleiding van de discussie die op mijn ingezonden brief in MC 44/1987, blz. 1397, is gevolgd¹⁻⁴, enkele opmerkingen te maken. Ik protesteerde tegen een ontwikkeling waarin, onder andere door middel van advertenties in Medisch Contact, vorm wordt gegeven aan een, mede van overheidswege gestimuleerde, tendens tot parachuterij van alternatieve collega's in vacante huisartspraktijken. Ik was zo vrij alle alternatieve behandelwijzen over één kam te scheren en bepleitte dat de KNMG de wetenschappelijke fundering van het medisch handelen zou bewaken.

Ik dank collega Van Berkestijn, plaatsvervangend secretaris-generaal van de KNMG, voor zijn uitvoerige naschrift.

Ik signaleer allereerst een geschiedkundige onjuistheid in zijn betoog, waar hij meent dat het Virchow was die met cholerabacillen besmet water dronk als uitdaging van Kochs opvatting dat deze bacillen de verwekkers van cholera waren. Het was niet Virchow, maar de Duitse geleerde Max von Pettenkofer (1818-1901), die op 7 oktober 1892 een oplossing van cholerabacillen, afkomstig van een stervende cholera-patiënt, tot zich nam⁵. Het voorbeeld op zich is overigens als argument tegen mijn betoog irrelevant, omdat ik nergens beweer dat 'natuurwetenschappers van onverdachten huize' zich niet zouden kunnen vergissen. Maar dit terzijde.

De kern van Van Berkestijns bezwaren tegen mijn visie wordt gevormd door zijn beschrijving van de beperkingen van de natuurwetenschappelijke benadering als enige kennisbron van de geneeskunde. In mijn brief zal hij echter vergeefs het woord 'natuurwetenschappelijk' zoeken; wel spreek ik bij herhaling over de eerbiediging van wetenschappelijke principes. Het is voor mij vanzelfsprekend dat naast natuurkunde, scheikunde en biologie ook de gedragswetenschappen waardevolle bijdragen kunnen leveren aan voor de geneeskunde bruikbare kennis. Ook daar gelden echter methodologische wetten, die voor alle wetenschappen gelden. Het niet respecteren van die methodologische wetten opent de weg voor allerlei onwetenschappelijke behandelwijzen waarop geen controle meer mogelijk is. Het is juist de weigering de waarde van de eigen behandelwijze wetenschappelijk te onderbouwen (als men al niet beweert dat iets dergelijks onmogelijk is, gezien de aard van de benaderingswijze) die een gemeenschappelijk kenmerk is van alle alternatieve stromingen. Ik zal dus doorgaan, ondanks hun verscheidenheid, met het over één kam scheren van alle alternatieve behandelwijzen, inclusief het kaf en het koren en ook indien toegepast door artsen! Moge dit standpunt anno 1987 velen als extremistisch in de oren klinken, de essentie ervan is expressis verbis terug te vinden in het betoog van Prof. Mellenbergh, methodoloog, over 'wetenschapsopvattingen en alternatieve geneeswijzen' in 1982 in Medisch Contact⁶.



Mellenbergh maakte toen deel uit van de werkgroep die namens het hoofdbestuur van de KNMG commentaar gaf op het rapport-Muntendam. In zijn betoog noemt Mellenbergh als essentiële kenmerken van wetenschappelijke kennis en theorie respectievelijk het cumulatieve karakter van die kennis en toetsbaarheid alsmede logische consistentie van de theorie. Zijn heldere essay geeft duidelijk *demarcatiecriteria* tussen wetenschap en pseudo-wetenschap, of in dit verband tussen reguliere geneeskunde enerzijds en alternatieve behandelwijzen alsmede manifeste kwakzalverij anderzijds. De KNMG nam destijds kritisch en duidelijk stelling tegen de veel te ver strekkende aanbevelingen van de commissie-Muntendam. Nieuwe feiten die die stellingname onhoudbaar maken zijn mij niet bekend, zodat de KNMG vast dient te houden aan haar ondubbelzinnige opvattingen, zoals toen verwoord.

Uit de reactie van Knuvelder en Witsenburg blijkt dat voor alternatieve en reguliere huisartsen soms goed valt samen te werken binnen één waarnemingsgroep. Ik juich dat toe, maar mij zijn situaties bekend waarin een dergelijke waarneming volstrekt onmogelijk is en waar tussen regulier en alternatief een onwaardige en onfrisse strijd om de gunst van de patiënten wordt gestreden.

Met de mededeling van collega Ogilvie dat vestiging van alternatieve huisartsen in tot dan toe reguliere praktijken praktisch niet voorkomt, ben ik, zoals hij begrijpt, ingenomen. Mijn brief kwam voort uit de bezorgdheid (gezien de gewraakte advertentie) of dit wel zo zou blijven.

Tot slot wil ik als reactie op het commentaar van collega Van Bussel, voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Artsen Acupuncturisten en vooral naar aanleiding van Berkestijns opvatting dat 'goed geïndiceerde toepassing van acupunctuur, met name in oosterse culturen en daar geïntegreerd met de westerse geneeskunde, niet de gedachte aan kwakzalverij oproept', deze opposenten nog eens herinneren aan het acupunctuurschandaal, zoals dit zich in de jaren zeventig in China heeft afgespeeld. Dit schandaal, in 1985 onthuld door Sjanghai artsen⁷, behelsde de grootschalige toepassing van acupunctuurverdoering bij operaties, afgedwongen door de maoïsten. De ziekenhuizen in China waren indertijd verplicht een bepaald percentage van de operaties onder deze vorm van anesthesie te verrichten (in overeenstemming met de 'revolutionair-medische lijn' van voorzitter Mao). In publikaties wedijverden de ziekenhuizen met elkaar over de bereikte successen. Als patiënten klaagden over pijn waren zij politiek verdacht, hetgeen in die tijd vaak de dood betekende. Vele patiënten moesten helse pijnen hebben geleden, aldus de sinoloog van onverdachten huize Korzec. Terwijl deze fei-

ten thans bekend worden en in China de traditionele geneeskunde weer wordt vervangen door de westerse, bloeit in ons land de vereniging van collega Van Bussel.

Is het verwonderlijk dat patiënten er geen touw meer aan vast kunnen knopen? Wie zijn stem verheft ten gunste van de reguliere geneeskunde geldt al snel als eng-positivistisch of conservatief. Wie de staf breekt over alternatieve behandelwijzen geldt als onvoldoende bijgeschoold en moet op cursus. Toch zijn en blijven deze impopulaire taken, in mijn visie, bij uitstek weggelegd voor de KNMG; immers, nogmaals: die 'bevordering der geneeskunst', wat kan dat nou anders betekenen?

Hoorn, december 1987

C. N. M. Renckens

Literatuur

1. Berkestijn ThMG van . Vestiging huisartsen en 'alternatieven'. Naschrift. Medisch Contact 1987; 42: 1398.
2. Knuvelder FSGM, Witsenburg BC. Vestiging huisartsen en 'alternatieven'. Ingazonen brief. Medisch Contact 1987; 42: 1543.
3. Bussel RG van. Vestiging huisartsen en 'alternatieven'. Ingazonen brief. Medisch Contact 1987; 42: 1543.
4. Ogilvie HJ. Vestiging huisartsen en 'alternatieven'. Ingazonen brief. Medisch Contact 1987; 42: 1543.
5. Howard-Jones N. Br Med J 1973; i: 103-5.
6. Mellenbergh GJ. Wetenschapsopvattingen en alternatieve geneeswijzen. Medisch Contact 1982; 37: 1629-32.
7. Korzec M. De kitsch van het holisme. Veen, 1986, 43-57.

PRIORITEITEN STELLEN IN DE GEZONDHEIDSZORG 1

Onder de titel 'Prioriteiten in de gezondheidszorg' schrijft mw. Vroom-Kastelein, secretaris der KNMG, een artikel in MC nr. 48/1987, blz. 1617. In haar conclusie stelt zij: 'Selectie op budgettaire gronden op micro-niveau, dat wil zeggen bij de individuele patiënt en de individuele arts is ongewenst. De behandelend arts dient niet met een dergelijk dilemma te worden belast en moet zich daarmee ook niet laten belasten; de beroepsgroep zou moeten weigeren deze rol op zich te nemen. Selectie van patiënten behoudens op strikt medische criteria is geen taak van de beroepsgroep, maar van de gehele samenleving.' Zij geeft er de voorkeur aan op macro-niveau prioriteiten te stellen. Ik ben het daar geheel mee eens: de beslissing wat wel en niet een behandeling is die in Nederland is toegestaan of door de verzekering moet worden gedekt, dient uiteindelijk op grond van goede informatie en afweging van de vele daarbij relevante overwegingen door de politiek te worden genomen. Dit is mogelijk als de behandeling duidelijk afgrensbaar is, zoals bij harttransplantatie en in vitro fertilisatie (IVF). In de meeste andere behandelingen is dit echter niet mogelijk. Niet voor niets staat in de Ziekenfondswet, de AWBZ en de meeste polissen van particuliere verzekeraars vaak de beperking dat een bepaalde behandeling of verstrekking slechts

wordt vergoed als daar een medische indicatie voor bestaat. De medische indicatie is over het algemeen niet zo eenduidig en vaak ook niet strikt medisch, zoals in het artikel wordt gesteld; meestal spelen ook sociale en psychologische factoren een rol. Het meest typisch is dit verwoord bij de verstrekking plastische chirurgie bij de ziekenfondsverzekering. Daar staat immers dat een eigen bijdrage van 50% moet worden betaald, tenzij er sprake is van een behandeling die dient:

- a. ter correctie van een buiten de normale variatiebreedte van het uiterlijk gelegen lichamelijke onvolkomenheid;
- b. ter correctie of opheffing van een lichamelijke functiestoornis of aandoening;
- c. ter voorkoming of vermindering van een aanmerkelijk psychisch lijden.

Hier dient dus elke keer weer het op macro-niveau vastgestelde selectiecriteria op het micro-niveau te worden getoetst. Dit gebeurt meestal driemaal: ten eerste door de huisarts, ten tweede door de plastisch chirurg en ten derde door de adviserend geneeskundige. Tot welke rechtsongelijkheid en frustraties dit leidt kan men lezen in het boekje 'Zware borsten, zware lasten'.

Bij andere behandelingen, bijvoorbeeld orthopedie, heerst in grote delen van het land een gebrek aan capaciteit. Hierdoor zijn wachtlijsten van vele maanden soms jaren gebruikelijk. De selectie wie er direct wordt geholpen en wie onder op de wachtlijst wordt geplaatst, wordt gedaan door de behandelende artsen en beslist niet steeds op puur medische indicaties: bekende Nederlanders en topsporters worden vaak met voorrang behandeld.

Deze twee voorbeelden kunnen met vele andere worden uitgebreid. Selectie bij orgaantransplantatie is wat spectaculairder dan selectie voor bijvoorbeeld een meniscusoperatie of een neuscorrectie, maar selectie in de spreekkamer van de arts is onvermijdelijk en het was, is en zal de taak van de individuele arts blijven om macro-criteria op micro-niveau toe te passen.

Ik hoop niet dat de KNMG officieel het standpunt zal overnemen van haar secretaris, dat dit geen taak van de beroepsgroep is, want wie zal dit dan moeten doen?

Putten, december 1987
G. H. Kranendonk

PRIORITEITEN STELLEN IN DE GEZONDHEIDSZORG 2

Budgettering maakt selectie onvermijdelijk

1. In haar artikel 'Prioriteiten stellen in de gezondheidszorg' (MC nr. 48/1987, blz. 1617) pleit mw. W. R. Vroom-Kastelein voor prioriteitenstelling in de gezondheidszorg op macro-niveau door de centrale overheid ter voorkoming van rantsoenering en voorselectie op micro-niveau door instellingen en beroepsbeoefenaren. Als voornaamste argument voert zij aan het rechtsgelijkheidsbeginsel, dat bij

selectie en rantsoenering van gezondheidszorgvoorzieningen op micro-niveau ernstig in de knel komt; subjectiviteit en willekeur kunnen daarbij nauwelijks worden vermeden. Wanneer eenmaal bepaalde vormen van zorg of zorgvoorzieningen beschikbaar zijn gesteld, op basis van politieke besluitvorming, dienen deze, aldus mw. Vroom, – in beginsel – ook voor iedereen voor wie een (medische) indicatie bestaat bereikbaar te zijn. Rantsoenering en selectie van aldus beschikbaar gestelde voorzieningen acht zij uit den boze, wanneer daarvoor budgettaire overwegingen zouden gelden.

2. Deze op zich heldere en rechtlijnig geformuleerde opvatting impliceert dat de politiek (regering en parlement) voortdurend beslissingen zal moeten nemen over nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg ('wel of niet toevoegen aan het collectief verzekerde verstrekkingenpakket') maar ook over de bekostiging van alle daaruit te verwachten aanspraken van verzekerden ('wel of geen vermeerdering c.q. uitbreiding van budgetten en tarieven van instellingen en beroepsbeoefenaren').

De generieke en zeker niet genereuze wijze waarop de centrale overheid de laatste jaren het stelsel van budgettering voor met name algemene ziekenhuizen heeft toegepast, geeft geen enkele aanleiding voor de veronderstelling dat op macro-niveau beschikbaar gestelde voorzieningen op micro-niveau ongelimiteerd beschikbaar zullen zijn voor hen die daarvoor 'geïndiceerd' zijn. Of met andere woorden: de jaarlijkse budgetaanwijzingen van de centrale overheid (het financiële macro-kader) zullen individuele ziekenhuizen en beroepsbeoefenaren verhinderen alleen op grond van strikt medische criteria te bepalen wie wel of niet voor (kostbare) verstrekkingen in aanmerking komen. De 'dotter-problemen' in een aantal ziekenhuizen aan het einde van het budgetjaar zijn hiervoor een goede illustratie. Jaarlijks tussen ziekenhuizen en verzekeraars overeen te komen produktieafspraken dienen met dit macro-kader rekening te houden, op straffe van niet-gedekte exploitatiekosten.

3. Gegeven de situatie dat budgettering van ziekenhuiskosten blijft leiden tot begrenzing van het financiële volume en derhalve ook tot begrenzing van het dienstenpakket van ziekenhuizen in economische zin, zal uiteindelijk ook op micro-niveau niet aan objectieve distributiecriteriën kunnen worden ontkomen, naast dan wel in samenhang met de reeds impliciet bestaande strikt medische criteria. Criteria die mw. Vroom bepleit voor prioriteitenstelling op macroniveau ('welke voorzieningen worden wettelijk beschikbaar en bereikbaar gesteld') zijn derhalve ook onmisbaar voor prioriteitenstelling dan wel selectie op micro-niveau; juist daar loopt het rechtsgelijkheidsbeginsel immers het grootste gevaar. Het ontwikkelen van rechtvaardige, wettelijk verankerde selectieprocedures, met expliciete selectiecriteria, behoort daarom tot de verantwoordelijkheid van dezelfde overheid die het budgetstelsel op instellingen en beroepsbeoefenaren van toepassing heeft verklaard. Het spreekt vanzelf dat in dergelijke procedures

expliciet moet zijn opgenomen een formele legitimatie tot selectie ten behoeve van instellingen en beroepsbeoefenaren die zich daartoe bij schaarste aan hulpverleningsmogelijkheden gedwongen zien.

Selectie en rantsoenering op micro-niveau, zonder adequate rechtsbescherming voor patiënten enerzijds en instellingen en beroepsbeoefenaren anderzijds, leiden tot onaanvaardbare situaties. De politiek zal de moed moeten opbrengen dit probleem snel aan te pakken, vóórdat het structurele vormen heeft aangenomen. Tenzij het pleidooi van mw. Vroom zou worden gevolgd en de budgettering van ziekenhuiskosten alsnog een 'open-eind' karakter krijgt. Maar dat is niet waarschijnlijk.

Utrecht, december 1987

Mr. A. T. T. Rosendaal, secretaris Sectie Ziekenhuizen, Nationale Ziekenhuisraad

DE ARTS GETUIGE TEGEN ZIJN PATIËNT?

In MC nr. 43/1987, blz. 1379, is een beslissing van het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam gepubliceerd van 24 juni 1985, bevestigd door het Centraal Medisch Tuchtcollege op 20 augustus 1987, waarbij een arts de maatregel van waarschuwing werd opgelegd wegens schending van zijn beroepsgeheim. De patiënt van de arts had een eis tot schadeloosstelling ingesteld tegen het ziekenhuis waar de beklagde arts hem operatief had behandeld, waarbij de nervus ischiaticus zou zijn geraakt. Omdat de rechtbank de patiënt opdroeg te bewijzen dat en hoe dit laatste het geval was, richtte de advocaat van de patiënt zich schriftelijk tot de arts met een viertal vragen. De arts beantwoordde die vragen, eveneens schriftelijk. Zijn antwoord betrof, in zekere mate tot in details, onderdelen van de medische behandeling die de patiënt had ondergaan.

De daarop gevolgde veroordeling is in overeenstemming met de jurisprudentie van de tuchtcolleges¹. Zeker ten aanzien van de medische behandeling die een patiënt heeft ondergaan past de behandelend arts te allen tijde en tegenover een ieder een volstrekt stilzwijgen. Dat kan meestal uitzondering lijden wanneer de patiënt, na te zijn ingelicht over al wat de arts wil doorgeven, daarvoor uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven.

Het is dus niet zo – als de vanwege de redactie van Medisch Contact bij de publikatie gevoegde toelichting als wenselijk schijnt aan te bevelen – dat een patiënt die in een ziekenhuis wordt opgenomen, gehouden kan worden geacht 'vooraf' (bedoeld is blijkbaar: vóór de behandeling) toestemming te geven tot het verschaffen van hem betreffende medische gegevens aan de raadsman van het ziekenhuis 'voor het geval van een procedure'. Er kan dan natuurlijk van een gerichte toestemming nog geen sprake zijn. Reeds in 1941 besliste het Centraal Medisch Tuchtcollege dat een algemene machtiging (verstrekt in het kader van verzekeringsvoorwaarden) om inlichtin-

gen betreffende een patiënt (de verzekeringsnemer) te verschaffen, diens behandelend arts niet onthelt van zijn beroepsgeheim zonder dat hij zich er van heeft vergewist met diens uitdrukkelijk goedvinden te handelen².

Wel is aannemelijk dat een patiënt die is opgenomen, kan worden geacht zijn toestemming te hebben gegeven tot verstrekking van gegevens aan de (medische) directie of aan ziekenhuiscommissies. Dat kan worden beschouwd als een aan de behandeling in een ziekenhuis verbonden consequentie. Uit het gezichtspunt van de handhaving van het medisch beroepsgeheim is dat echter een geheel andere situatie. De personen die deze inlichtingen ontvangen zijn zelf aan de zwijgplicht van de medische professies gehouden en hebben op dit punt tenminste een afgeleid beroepsgeheim.

Dat daar 'de noodzakelijke medische gegevens' moeten kunnen terechtkomen, spreekt vanzelf. Maar in hoeverre verdienen geheime gegevens betreffende een patiënt waarover de verweerder in een civiele procedure zou willen beschikken de kwalificatie 'noodzakelijk'? Het gaat dan toch alleen om financieel belang? Dat is geen noodzaak in die mate dat het medisch beroepsgeheim mag worden geschonden, dat berust op het beginsel dat alle patiënten erop moeten kunnen vertrouwen dat wat een arts omtrent zijn patiënt te weten komt geheim blijft, omdat alleen dan kan worden voorkomen dat zieken vrees voor openbaarheid laten weerhouden geneeskundige hulp in te roepen. Met deze bewoordingen kende de Hoge Raad de arts een volledig recht toe zich van de plicht te getuigen voor de rechter te verschonen, al sedert 1913³. Dit is met name het geval in strafzaken, waar toch nog eerder het algemeen belang bij de waarheidsvinding aan de orde is dan in civiele processen.

Het is mede met het oog op het grote belang van bescherming van het vertrouwen in het beroepsgeheim dat wordt gepleit voor een zodanig systeem van assurantie, met name van ziekenhuizen, dat conflicten met patiënten niet meer tot procedures en vragen van verschoningsrecht kunnen leiden.

Olst, december 1987
P. J. W. de Brauw

Noten

1. Bijvoorbeeld:
Centr. Medisch Tuchtcollege 29 november 1951 Ned Jur Prud 1952 No 669;
Medisch Tuchtcollege Zwolle 20 november 1954 Ned Jur Prud 1955 - 71;
Centraal Medisch Tuchtcollege 8 januari 1970 Medisch Contact 1970; 25: 647.

2. 31 oktober 1940; Ned Jur Prud - 855.

3. 21 april 1913; Ned Jur Prud 1913 - 958.

Naschrift

Niet ter discussie staat dat de patiënt op zich gerechtigd is toestemming tot het verstrekken van gegevens te weigeren. De vraag was of deze toestemming in dit geval kon worden vóórondersteld.

Essentie van deze tuchtzaak was of de patiënt

door zelf een civiele vordering in te stellen (in dit geval tegen het ziekenhuis) niet kon worden geacht toestemming te geven voor het in het geding brengen van de relevante medische gegevens die bij de verweerder berusten. Het tuchtcollege beantwoordde die vraag ontkennend. Consequentie daarvan is naar onze mening dat dit nimmer tot gevolg kan hebben dat de verwerende partij (het ziekenhuis of de arts) in een nadelige procespositie terechtkomt wegens het feit dat de patiënt toestemming weigert om deze gegevens te overleggen: dan bestaat immers het risico dat het beroepsgeheim op oneigenlijke wijze wordt gebruikt. Terzijde zij opgemerkt dat de redactie van Medisch Contact niet de auteur van de rubriek 'Arts en recht' is.

Utrecht, december 1987
Dr. C. Spreeuwenberg
Mr. W. R. Kastelein

EEN KLEUREN-TV DOOR DE WC

Verspilling van kostbare medicamenten, waar collega Donker - en welk weldenkend mens niet ook? - graag paal en perk aan gesteld zag (MC nr. 50/1987, blz. 1570) is mijns inziens alleen te voorkomen als per keer slechts voldoende om een redelijke tijdsspanne te overbruggen mag worden afgeleverd. Het is een kleinigheid het herhaalrecept dat de assistente schreef te paraferen; jammer als de verzekering alleen het recept van de specialist vergoedt en voor de ziekenfondspatiënt als hem telkens f 2,50 boete wordt opgelegd.

Ik stel voor dat de apotheker wiens omzet beduidend zal dalen, de knaak mag houden. Misschien dat de verzekerden een lagere premie voor hun ziektekostenverzekering mogen verwachten. Slecht verdragen medicamenten of restanten ten gevolge van onvoorziene ontwikkelingen zijn misschien nog wel heel bruikbaar voor Simavi of andere in derdewereldlanden werkzame organisaties?

Hendrik Ido Ambacht, januari 1988
W. J. van Melle, huisarts.

DISCUSSIONOTA LHV 1

Natuurlijk heeft collega Engels (MC nr. 50/1987, blz. 1570) gelijk als hij betreffende (onderdelen van) de LHV-discussienota 'De positie van de huisarts in de toekomst' spreekt van het binnenhalen van het paard van Troje. Het LHV-naschrift, dat het niet de bedoeling van de nota is de hele beroepsgroep in te pakken (toch een hele geruststelling!), doet daar niets aan af: het is wel degelijk zo dat de LHV zich hiermee enerzijds, onbedoeld en onnodig, kwetsbaar opstelt naar buiten toe (onze gesprekspartners wordt een aantal ideeën aan de hand gedaan hóé ons te knechten) en anderzijds bedreigend en de solidariteit ondermij-

nend voor de eigen groep. Blijheid over deze nota heb ik binnen eigen kringen dan ook nog niet ontmoet.

Ook al wordt dit alles naar ik mag hopen niet in praktisch beleid omgezet, als smaakmaker blijft dit soort discussies de komende jaren toch de sfeer in de LHV en de omgang met anderen bepalen. Zullen we onze herregistratie maar niet liever meteen in handen van de overheid leggen? Dit is het begin van het einde, ook van de LHV als belangenverdediger van *alle* huisartsen.

Deurne, december 1987
P. J. C. M. van Hugten

DISCUSSIE-NOTA 2

'Er zit geen paard van Troje in onze strategie', zegt het LHV-bestuur (MC nr. 50/1987, blz. 1570). Het verwijst daarbij naar de duidelijk verwoorde discussie-nota met de opmerking: 'Dat is onze intentie'. Dat is wel erg onschuldig - fijner: onnozel - gereageerd door het LHV-bestuur. Alsof ze zeker weten dat er van de discussiepartners (verzekeraars, overheid) alleen maar goeds te verwachten is. Bovendien is het een paradoxale manier van discussiëren.

Wat is er gebeurd? Onze beroepsgroep, de huisartsen, krijgt een discussienota gepresenteerd. Er wordt gerept over herregistratie om de vijf jaar met gebruikmaking van examens en examencommissies, over meebetalen aan de huisartsopleiding, etc. Want! kwaliteit hier en kwaliteit daar... is het bijbehorende prachtig klinkende praatje. Mijns inziens zijn dit absurde en in geen enkele beroepsgroep eerder vertoonde methoden om kwaliteit te waarborgen. Wat krijg je zo? Externen en derden zullen meer en meer gaan dirigeren bij ons huisartsen. Onze autonomie komt in het geding. Wat kunnen we nu al zien? De discussienota is een produkt van externen (faculteit en huisartsengenootschap), ergo de nota staat vol met hun machtspolitieke wensen. De discussiepartners zijn derden (verzekeraars, overheid), die weer andere machtspolitieke wensen hebben. Machtspolitiek dus onder het mom van kwaliteit. De externen en de discussiepartners spelen elkaar de bal toe waarbij de een de huisartsen een gevoel van minderwaardigheid wil bijbrengen, terwijl de andere ze bang zal maken.

Uit het feit dat het bestuur de in zijn opdracht gemaakte discussienota eerst bij derden en bij de pers presenteert alvorens het de Ledenvergadering passeert, kun je aflezen dat het LHV-bestuur al zo'n bange en minderwaardigheidsstrategie volgt: het lijkt zo nogal op een verzoenoffer (voor een boze geest). Daarnaast kun je eruit afleiden dat het LHV-bestuur laakbaar arrogant is ten opzichte van de verenigingsleden.

Hoe moet het dan wel? Ik ben voorstander van een meer assertieve strategie ten opzichte van de discussiepartners, omdat dat tijdseigener is en omdat dat beter past bij de waarde van de

beroepsgroep. Denk bijvoorbeeld maar eens aan de jarenlang bestaande goede naam, de hoge populariteitsscores in enquêtes, de goede pers, de factor onmisbaarheid en dergelijke.

Veranderingen dienen intern te worden geregeld en geen kansen te bieden aan externen en derden om te dirigeren. Omdat de LHV zo indringend bezig is, dient ze in de vergadering onomwonden te vragen aan de huisartsen of ze hun autonomie willen prijsgeven, ja dan nee.

Maasbracht, januari 1988
R. G. A. Engels, huisarts

KNMG EN COMPUTER

Cranendonk maakt enkele opmerkingen (MC nr 48/1987, blz. 1514) op mijn bijdrage aan de rubriek 'Uit de Verenigingen' (MC nr. 44/1987, blz. 1418) over aanschaf van een computer.

Het formuleren van eisen en wensen, het opstellen van specificaties betreffende een basispakket en pakketvergelijking zijn taken die, naar de visie van de participanten van Compris/SDM, mede gezien de oprichting van een eigen afdeling VVAA/SDM Praktijkautomatisering, alleen door de KNMG/LSV kunnen worden gedaan voor zover het de specialisten betreft. Vandaar ook dat de activiteiten van Compris/SDM aan KNMG/LSV zijn overgedragen. Inmiddels is het KNMG/LSV informatiepunt opgericht, dat de genoemde taken ter hand heeft genomen (zie MC nr. 41/1987, blz. 1324).

Tot slot de opmerking dat niet de beroepsorganisaties moeten kappen, maar de KNMG. Mijns inziens kan de een niet zonder de ander. Hiervoor is inmiddels een coördinatiegroep opgericht namens de KNMG en de LSV.

Utrecht, januari 1988
G. H. Mellema, arts

'ZO OOK DE HOGE RAAD'

Zo ook de schrijver van het artikel 'Euthanasie: eerbied voor het sterven' (MC nr. 46/1987, blz. 1467), J. Meulenbelt s.s.t.t., in 'afwachting van het derde arrest van de Hoge Raad'. Lobbyisme? Het tijdstip in de medische behandeling, waarop de toepassing van genadedood ('mercy-killing') zijns inziens in 'nederigheid' door de arts mag worden toegepast. Is de auteur als hoofd van de afdeling Cultuur van de gemeente 's Gravenhage, met pensioen, competent de geneeskundige indicatie daartoe vast te stellen? Vooral wanneer blijkt uit zijn artikel dat dit tijdstip hem ook niet zo duidelijk is? Immers, uit eerbied voor het sterven en de stervensfase worden al gauw daar (in de tweede alinea) ondraaglijk lijden of (in de vijfde alinea) de nabije dood, een tijdje voortsukkelende en de aftakeling ten gevolge van AIDS. De verwachting van de patiënt én

de arts wordt in de vijfde alinea door eindeloze opschorting, zich uitend in een ontluisterde levensavond en een martelend lang sterfbed, gerelativeerd tot menonwaardigheid. Criteria waar geen enkele de geneeskunst beoefenende houvast aan heeft. Evenmin als het 'expliciete verzoek' een diagnostisch criterium mag zijn. Onlangs bezocht ik in een goed geoutilleerd verpleeghuis een bevriende hoogleraar, herstellende van een ernstige CVA. Nog resteert hem, naast een geleidelijk herstellende apraxie, een afasie. Dit laatste maakt het voor verpleging en medische staf onmogelijk zijn wilsbesluiten zorgvuldig te overwegen. Droeg hij een codicil - wat de juridische waarde daarvan ook mag zijn - dan was in een eerder stadium van zijn ziekte volgens de huidige jurisprudentie met de 'onmacht' rechtvaardigingsgrond de wederrechtelijkheid van de met voorbedachte rade verrichte doodslag opgeheven.

Waar het mij - eens chirurg - om gaat, is de onbespreekbaarheid tussen de disciplines recht en geneeskunst. De stervensfase echter kan na de dood van de patiënt een redelijk eenvoudig diagnostisch criterium vormen, dat tussen beide disciplines gemakkelijk bespreekbaar is. Deze nauwkeurig geneeskundig te definiëren fase in het spoedig eindigende leven van een zieke is door een goede 'gewetensvolle' arts nauwkeurig aan te geven én te voorspellen. Teneinde zorgvuldig te blijven vragen de medische criteria daarvan van de medicus én de aanstaande geneeskundige in de medische opleidingsinstituten wél voortdurende studie en training. Onverlet, dat in de zeker niet langer dan een half etmaal durende stervensfase de arts hoogstens rest verlichting van het lijden en troost. De daartoe opgerichte hospices als in Engeland en met weinig moeite in ons land de (ruimere) verpleeghuiskundige instellingen, kunnen garant zijn 'euthanasie' nimmer als een testimonium paupertatis enige vorm van legaliteit te geven.

Het is jammer, dat het bestuur van de KNMG tot nog toe geen gevolg gaf aan een uitnodiging voor een bezoek aan het St. Joseph's Hospice in Londen. Maar het is nog niet te laat!

Warmond, december 1987
Dr. M. A. van Dongen

HOMEOPATHIE EN 'HOMEOPATHIE'

Het in Medisch Contact van 13 november jl. (MC nr. 46/1987, blz. 1473) geschetste praktijkperikel had wellicht kunnen worden voorkomen als de KNMG in 1949 de registratie van de homeopathie als erkend specialisme door de Specialisten Registratie Commissie niet had geblokkeerd. Nu kan van alles onder de naam homeopathie aan patiënten worden 'verkocht'.

De Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN) hanteert nu een gedragscode die door iedere arts die lid wil worden, wordt ondertekend. Dit teneinde een verant-

woorde toepassing van de homeopathie te bewerkstelligen.

Amstelveen, januari 1988
E. S. M. de Lange, secretaris VHAN

GOEDKOOP BEVALLEN

Bevalling Mw. X, geleid door huisarts, inclusief voor- en nazorg, op een verloskundige afdeling in een ziekenhuis, alles zonder problemen: honorarium f 810,-.

Bevalling Mw. Y, geleid door verloskundige, inclusief voor- en nazorg: honorarium f 661,-.

Bevalling Mw. Z, geleid door gynaecoloog/obstetricus vanwege ernstige pathologie: honorarium inclusief voor- en nazorg f 565,50.

Conclusie: Goedkoop bevallen? Naar de specialist!

Naarden, december 1987
A. W. F. de Vrieze, vrouwenarts

CONTACTGESPREKSGROEPEN ALZHEIMER STICHTING

De Alzheimer Stichting heeft in diverse plaatsen in ons land contactgespreksgroepen opgezet voor partners en anderen die zorg dragen voor een dementerend gezinslid. Dergelijke gespreksgroepen blijken in een grote behoefte te voorzien. In de praktijk is gebleken dat partners van vroeg dementerenden voor specifieke problemen staan: spanningen tussen thuiswonende kinderen en hun dementerende ouder, de partner die in bepaalde situaties moet kiezen tussen de kinderen of de echtgenoot, de toekomst van het gezin, het onbegrip van de omgeving en het isolement waarin zo'n gezin terecht komt. Speciaal voor hen wil de Alzheimer Stichting aparte regionale contactgespreksgroepen oprichten.

Ik doe daarom een beroep op collegae huisartsen om de in hun praktijk aanwezige belanghebbenden van het bestaan van deze gespreksgroepen in kennis te stellen.

Voor inlichtingen en aanmeldingen kunt u terecht bij:

Drs. P. Simons, Alzheimer Stichting, Project Contactgespreksgroepen, Postbus 1287, 6501 BG Nijmegen, tel. 080-223653

U kunt bij hem ook één of meer informatiefolders over de contactgespreksgroepen aanvragen.

Utrecht, december 1987
H. W. ter Haar, klinisch geriater
algemeen secretaris Alzheimer Stichting

Hoge Raad spreekt laatste woord

Euthanasie en verklaring van overlijden

Hoe nu verder?

Op 15 december jl. wees de Hoge Raad arrest in de zaak van de Rotterdamse arts die – precies vier jaren eerder, op 15 december 1983 – na een door hem verrichte euthanasie-ingreep een verklaring van natuurlijk overlijden had afgegeven*. Ons hoogste rechtscollege onder voorzitterschap van de raadsheer Jeurkens – destijds ook voorzitter van de Staatscommissie Euthanasie – maakte aan alle discussies over het geoorloofd zijn van een dergelijke verklaring na euthanasie definitief een einde door kort en bondig te formuleren: 'De geneeskundige, die de delictsinhoud van art. 293 Strafrecht vervult, veroorzaakt de dood van de patiënt. Alsdan kan niet gezegd worden, dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak als bedoeld in art. 29p, lid 2 van de Wet op de Lijkbezorging.' Vervolgens verwierp de Hoge Raad het tegen een veroordeling ter zake van valsheid in geschrifte gericht cassatieberoep van de arts.

RECHTSGANG

Toen deze zaak op 6 maart 1985 voor de Rotterdamse rechtbank onder voorzitterschap van de gezondheidsjurist Sluyters diende, leek een veroordeling ter zake van valsheid in geschrifte nog een tamelijk vanzelfsprekende zaak. De strafrechtgeleerde Enschedé, oud-hoogleraar strafrecht en oud-lid van de Hoge Raad der Nederlanden, zou zich pas later in de strijd mengen. De rechtbank verwierp het door de arts gevoerde verweer dat het juist invullen van de overlijdensverklaring nare gevolgen voor de nabestaanden en onrust in het desbetreffende verpleeghuis zou hebben veroorzaakt: het belang gediend door artikel 228 van het Wetboek van Strafrecht (valsheid in een medische verklaring) woog voor de rechtbank zwaarder. Het feit dat de rechtsontwikkeling inzake de aanvaardbaarheid van euthanasie nog niet was voltooid gaf aan dit laatste belang zelfs extra gewicht.

In de strafmotivering overwoog de rechtbank dat de arts door een natuurlijke-

H. R. G. Feber

De Hoge Raad heeft gesproken: in een geval van euthanasie mag geen verklaring van natuurlijk overlijden worden afgegeven. De vraag voor iedereen is: hoe nu verder? De advocaat-generaal bij het Gerechtshof te 's-Gravenhage, Mr. H. R. G. Feber, behandelt die vraag op strikt persoonlijke titel; hij houdt een pleidooi voor een beleid dat voeding geeft aan wederzijds vertrouwen tussen artsen en Justitie.

doodsoorzaakverklaring af te geven 'in belangrijke mate bijdroeg tot het oncontroleerbaar maken van zijn toezegging tot en uitvoering van de euthanasie, die – zoals de arts wist – zich bevond in het spanningsveld van wetgeving en praktische hulpverlening'.

Toen de behandeling van deze strafzaak op 19 maart 1987 voor het Haagse Gerechtshof plaatsvond, had inmiddels Enschedé zich in pers en vakliteratuur een geharnast voorstander getoond van de stelling dat afgifte van een dergelijke medische verklaring door de euthanasie plegende arts wél geoorloofd is. Onder meer in een artikel in het NRC-Handelsblad van 14 januari 1986 betrokken Enschedé, Van Veen, hoogleraar strafrecht te Groningen, en Langemeijer, oud-procureur-generaal bij de Hoge Raad, de volgende stelling: indien een arts blijft handelen zoals hij altijd heeft gedaan volgens de maatstaven van zijn beroep en volgens wat in modern medisch jargon 'de professionele standaard' wordt genoemd, valt hij daardoor buiten het bereik van de strafwet. Indien hij daarin te kort schiet is zulks een zaak voor de tuchtrechter. Verantwoorde euthanasie valt onder de medische standaard: artikel 293 Wetboek van Strafrecht is dus eigenlijk niet voor de arts geschreven en daarom is wijziging van dat artikel ook niet nodig

om artsen meer rechtszekerheid te verschaffen. In een artikel van 23 december 1986 in hetzelfde dagblad bepleit Enschedé vervolgens dat een natuurlijke doodsoorzaak blijkens de Memorie van toelichting op de Wet op de Lijkbezorging niets anders is dan een niet-criminele oorzaak. Ergo: de zorgvuldig euthanasie plegende arts mocht na dit niet-criminele gebeuren een verklaring vermeldende een natuurlijke doodsoorzaak afgeven.

Tijdens de behandeling voor het Hof beriep de verdedigster van de arts zich in haar pleidooi uitdrukkelijk op de zienswijze van Enschedé c.s. Daar werd door het Openbaar Ministerie – vertegenwoordigd door de schrijver – tegen ingebracht dat een 'professionele standaard' een zekere communis opinio bij artsen over de toelaatbaarheid van euthanasie veronderstelt. Aangezien deze communis opinio, zoals uit tal van publicaties van elkaar bestrijdende artsen bleek, ontbrak, verviel daardoor ook deze standaard en daarmee weer het betoog dat zorgvuldig euthanasie plegende artsen zonder meer buiten de strafwet vielen.

Vervolgens kwam de advocaat-generaal na een analyse van de Memorie van Toelichting tot de stelling dat eigenlijk iedere buiten de natuurlijke medische gevolgen van de eigen gezondheidstoestand liggende doodsoorzaak als een niet-natuurlijke doodsoorzaak dient te worden beschouwd. Irrelevant is of al dan niet opzet aan deze doodsoorzaak ten grondslag ligt en zo mogelijk nog minder relevant of deze oorzaak crimineel is of niet. Zelfs de man die over de spreekwoordelijke bananenschil is uitgegleden en daaraan overlijdt sterft een niet-natuurlijke dood in de zin van de Wet op de Lijkbezorging. A fortiori mag bij een opzettelijke levensbeëindiging – en dat is euthanasie tenslotte – geen verklaring vermeldende een natuurlijke doodsoorzaak worden afgegeven.

De verweren van de arts werden door het

* Zie voor de volledige tekst van de overwegingen van de Hoge Raad blz. 43 in dit nummer.

hof op gronden eerder gehanteerd door de rechtbank en door de advocaat-generaal bij het Hof verworpen. Het Hof voegde hieraan nog toe dat een beroep op zijn geheimhoudingsplicht de arts evenmin kon baten: dit gaf aan een arts slechts het recht te zwijgen, niet het recht bewust onjuiste informatie te verstrekken. Na door de arts ingesteld cassatieberoep maakte de advocaat-generaal bij de *Hoge Raad* Rummelink in zijn conclusie een voor de medische praktijk belangrijk onderscheid: 'De behandelend arts die in de stervensfase door een morfine-injectie of andere middelen het lijden van de patiënt heeft trachten te verlichten in de wetenschap dat als gevolg hiervan de dood wellicht eerder zou intreden, verricht een legitieme acte médical. In zo'n geval predomineert de in het lichaam zelf werkzame doodsoorzaak, die in deze fase elk moment kan 'toeslaan', zodat soms niet eens met zekerheid gezegd zal kunnen worden dat door dat ingrijpen van de arts de dood eerder is ingetreden. Nogmaals: deze 'Sterbenshilfe' is altijd aanvaard en zelfs de Paus maakt hiertegen geen bezwaar, als ik goed ben ingelicht.' In dát geval verklaart Rummelink zich gaarne akkoord met Enschedé c.s. dat een overlijdensverklaring kan worden afgegeven. Dit kan volgens Rummelink echter niet indien de arts in het tijdvak voorafgaande aan de stervensfase actief ingrijpt met dodelijk gevolg: dit moet als 'doden' worden gekwalificeerd, ook al kan dit doden onder omstandigheden door noodtoestand worden gerechtvaardigd.

De Hoge Raad verwierp vervolgens in het voetspoor van Rummelink het cassatieberoep.

HOE VERDER?

De uitspraak van de Hoge Raad betekent dat nu ook ons hoogste rechtscollege de praktijk van veel Nederlandse artsen die na door hen verrichte euthanasie een verklaring van een natuurlijke doodsoorzaak afgeven kwalificeert als het plegen van valsheid in geschrifte.

Zo eenvoudig als deze constatering is, zo complex is de situatie die hierdoor is ontstaan of, liever gezegd, is blijven bestaan. De Nederlandse arts heeft kennis kunnen nemen van een zeer recent regerings-euthanasiewetsontwerp en heeft in de daarbij behorende Memorie van Toelichting kunnen lezen dat euthanasie onder de huidige strafbaarstelling van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht blijft vallen, hoewel dit niet uitsluit dat in

de praktijk een geneeskundige zich op overmacht kan beroepen omdat hij naar zijn oordeel handelt in noodtoestand. Hij heeft de minister van Justitie naar aanleiding van de indiening van dit wetsontwerp nog horen en zien verklaren dat dit ontwerp – eenmaal wet geworden – niet zonder meer iedere zorgvuldig euthanasie plegende arts voor strafvervolgning kan vrijwaren. Dit blijft van geval tot geval ter beoordeling van het Openbaar Ministerie en in de uitzonderlijke gevallen, die de Officier van Justitie aan de rechter voorlegt, aan de rechter.

Gezien het uitgangspunt dat euthanasie strafbaar blijft, verkeren ook de procureurs-generaal niet in de positie dat zij aan artsen duidelijke, ieder misverstand uitsluitende euthanasierichtlijnen kunnen geven. Hun positie is enigszins vergelijkbaar met die van dominees en pastoors, die zich ook niet kunnen veroorloven aan te geven hoe men dient te zondigen teneinde vergeving te bekomen. Het is onder deze omstandigheden dan ook niet geheel onbegrijpelijk dat veel artsen het zekere voor het onzekere nemen en een onjuiste overlijdensverklaring afgeven.

Ik besprak dit probleem met een advocaat die in een aantal gevallen artsen die vanwege een door hen gemelde euthanasie-ingreep in aanraking met politie of justitie waren gekomen rechtsbijstand had verleend. Hij vertelde mij dat op één enkele uitzondering na al deze artsen hadden besloten toekomstige euthanasie-ingrepen niet meer te melden. Oorzaak van deze gewijzigde houding was dikwijls het feit dat het de artsen die ten aanzien van een huns inziens zorgvuldig gepleegde euthanasie open kaart hadden gespeeld toch niet in de koude kleren was gaan zitten indien zij vervolgens als verdachte werden aangemerkt en hun gang moest maken door het hun geheel wezensvreemde politie- en een enkele keer ook Justitie-circuit. Deze artsen en hun gezinnen moesten soms kortere, soms langere tijd met de mogelijkheid van een strafrechtelijke vervolging rekening houden, ook al werd hun zaak uiteindelijk bijna altijd geseponeerd. Voordat het zover was moesten er soms niet onaanzienlijke honoraria voor rechtsbijstand worden betaald; deze rechtsbijstandskosten werden ook niet altijd door verzekeringen gedekt.

In contacten met de KNMG proefde ik soortgelijke frustratiegevoelens over het justitiële euthanasiebeleid. Men had er daar in toenemende mate moeite mee het tot nu toe gevoerde beleid – artsen te

adviseren openheid te betrachten – te continueren.

Tegen deze door artsen aangevoerde contra-indicaties om in euthanasiezaken open kaart te spelen kunnen mijns inziens zeker zwaarwegende argumenten worden aangevoerd om wél openheid te betrachten.

Het belangrijkste argument is wellicht dit: Nederland is – dacht ik – vergeleken bij ons omringende landen koploper wat de justitiële tolerantie ten opzichte van door artsen zorgvuldig verrichte euthanasie-ingrepen aangaat. Voor zover mij bekend bestaat in geen enkel van deze landen een jurisprudentie die aan artsen goede mogelijkheden biedt om na deze ingreep uiteindelijk strafrechtelijk vrijuit te gaan, noch een wetsontwerp dat kennelijk hetzelfde beoogt te doen.

Tekenend voor deze situatie is dat 123 van de 125 in 1987 bij Justitie of de politie gemelde en vervolgens in de vergadering van procureurs-generaal besproken euthanasiezaken werden geseponeerd. Slechts in twee zaken werd besloten tot een gerechtelijk vooronderzoek door de rechter-commissaris. Van de resultaten van dit onderzoek hangt af of deze artsen zich op een openbare zitting zullen moeten verantwoorden. De artsen in de 123 geseponeerde zaken waren kennelijk goed op de hoogte van de jurisprudentiële zorgvuldigheidsnormen waaraan zij dienden te voldoen en hadden dan ook aan al deze criteria, die mijns inziens ook in wijde medische kring bekend zijn, voldaan.

Van dit gezichtspunt uit bezien is in Nederland toch wel een bijzonder ongewenste situatie ontstaan, waarbij artsen per jaar middels een euthanasie-ingreep het leven van naar schatting duizenden patiënten beëindigen en vervolgens deze ingreep afdekken op een wijze die nu tot in hoogste rechterlijke instantie als misdrijf wordt gekwalificeerd. Gevolg van dit alles is dat de euthanasie-ingreep, die misschien wel als de zwaarste beslissing mag worden beschouwd die een arts kan nemen, aan iedere strafrechtelijke, maar wat ik nog ernstiger vind, ook aan iedere medisch-ethische toetsing wordt onttrokken.

Hiervóór heb ik al geschetst welke weerstanden een justitieel onderzoek in euthanasie-zaken bij artsen kan oproepen. Ik wil ook wel aannemen dat deze onderzoeken niet overal even tactisch worden aangepakt. Daar kan tegenover worden gesteld dat het hoe langer hoe meer het uitgangspunt van politie en justitie is ge-

worden om bij dit onderzoek zo terughoudend mogelijk op te treden: een voorbeeld hiervan is het de laatste tijd drastisch afgenomen aantal secties in euthanasiezaken: het gerechtelijk laboratorium van het ministerie van Justitie deed mij desgevraagd mede dat op verzoek van het Openbaar Ministerie in 1984 6 keer sectie in euthanasiezaken werd verricht; in 1985 was dit in 20 zaken het geval, in 1986 werd 9 keer sectie verricht, terwijl sectie in 1987 tot één geval bleef beperkt.

Dat een dergelijk *terughoudend optreden* de aangiftebereidheid van euthanasieplegende artsen aanzienlijk kan vergroten blijkt overduidelijk in het arrondissement Alkmaar, waar in 1987 – notabene – 45 van de 127 in heel Nederland bij Justitie aangebrachte euthanasie-ingrepen werden gemeld. In dit arrondissement is in het verleden uitvoerig contact geweest tussen artsen en Openbaar Ministerie, waarbij zijdens het Openbaar Ministerie werd getracht het strafrechtelijk euthanasiebeleid voor de artsen zo inzichtelijk

mogelijk te maken; artsen werden niet uitgebreid geverbaliseerd, maar werden in de gelegenheid gesteld alle voor de strafrechtelijke beoordeling van de euthanasie-ingreep relevante gegevens zoveel mogelijk zelf op schrift te zetten; indien de euthanasie met inachtneming van alle zorgvuldigheidsnormen bleek te zijn uitgevoerd, werden de artsen ook niet als verdachten in de parketadministratie ingeschreven: zij kregen dan geen strafblad. Dit beleid heeft dus veel vruchten afgeworpen, tot uiting komend in een opvallende aangiftebereidheid.

CONCLUSIE

Ik meen dat de Alkmaarse situatie vrij goed duidelijk maakt waar in de verhouding tussen Openbaar Ministerie en euthanasie plegende artsen in Nederland de schoen wringt en hoe in deze situatie verbetering kan worden gebracht.

Artsen zullen er begrip voor moeten opbrengen dat het Openbaar Ministerie zolang het politiek niet haalbaar is euthana-

sie uit de sfeer van het strafrecht te halen, zijn justitiële attitude ten aanzien van deze ingreep niet zomaar kan laten varen.

De *Officier van Justitie* zal erop bedacht moeten zijn dat bij dit onvermijdelijke strafrechtelijke onderzoek zo weinig mogelijk inbreuk wordt gemaakt op de persoonlijke levenssfeer van de arts en de familie van de overledene. Daarnaast moet hij trachten zijn beleid, voor zover de huidige stand van wetgeving en rechtspraak zulks toestaat, voor artsen zo duidelijk mogelijk te maken.

Een hierop gebaseerd groeiend wederzijds vertrouwen kan wellicht tot gevolg hebben dat de ook door de Hoge Raad strafbaar geachte praktijk ten aanzien van de onjuist ingevulde overlijdensverklaringen meer en meer tot het verleden zal gaan behoren. □

Euthanasie en verklaring van overlijden

Uitspraak Hoge Raad der Nederlanden d.d. 15 december 1987

Deze uitspraak behelst het arrest op het beroep in cassatie tegen een arrest van het Gerechtshof te 's-Gravenhage van 2 april 1987 (zie MC nr. 21/1987, blz. 669).

De Hoge Raad overweegt (*post alia*, Red.):

4. BEWEZENVERKLARING

Voor zover thans van belang, is ten laste van de verdachte bewezen verklaard: 'dat hij op 15 december 1983 opzettelijk een valse schriftelijke verklaring heeft afgegeven nopens een oorzaak van overlijden, hebbende hij als arts daar toen opzettelijk een verklaring van overlijden afgegeven, betrekking hebbend op . . . , geboren op . . . , waarin hij valselijk en in strijd met de waarheid verklaart ervan overtuigd te zijn dat de dood (. . .) ten gevolge van een natuurlijke oorzaak is ingetreden'.

6. BEOORDELING EERSTE MIDDEL

6.1. De geneeskundige die de delictsinhoud van art. 293 Sr. vervult, veroorzaakt de dood van de patiënt. Alsdan kan niet worden gezegd dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak als bedoeld in art. 29p, lid 2 van de Wet op de Lijkbezorging. In de geschiedenis van de totstandkoming van de bepalingen van de Wet op de lijkbezorging

is geen aanknopingspunt voor het tegendeel te vinden.

6.2. Aan het vorenstaande doet niet af de omstandigheid dat de rechter in het geval van een strafrechtelijke vervolging tot het oordeel komt dat de geneeskundige heeft gehandeld in een noodtoestand en evenmin de omstandigheid dat met als oorzaak de ziekte van de patiënt diens overlijden tijdens het euthanastisch handelen van de geneeskundige reeds onafwendbaar aanstaande was.

6.3. Anders dan in het middel wordt betoogd, kan en mag een geneeskundige als voren bedoeld niet verklaren ervan overtuigd te zijn dat de dood van de patiënt ten gevolge van een natuurlijke oorzaak is ingetreden.

6.4. Het middel is derhalve tevergeefs voorgesteld.

7. BEOORDELING TWEEDE MIDDEL

7.1. Het Hof heeft in zijn onder 5 weergegeven overweging sub 4 het beroep op noodtoestand verworpen, mede omdat het nadeel dat de verdachte met de delictsbehandeling oogde te voorkomen – onrust bij familie van de overledene en in de kliniek waarin de overledene werd verpleegd – nauwelijks aanwezig was en bovendien door de delictshandeling eerder is vergroot.

7.2. Deze grond draagt de verwerping van het beroep op noodtoestand zelfstandig, zodat reeds hierom hetgeen het middel aanvoert tegen de beschouwingen van het Hof omtrent het maatschappelijk belang van handhaving van de norm dat geen onjuiste verklaringen van overlijden mogen worden afgegeven, niet tot cassatie kan leiden.

7.3. Hieruit volgt dat het middel tevergeefs is voorgesteld.

8. SLOTSOM

Nu geen van beide middelen tot cassatie kan leiden, terwijl de Hoge Raad ook geen grond aanwezig oordeelt waarop de bestreden uitspraak ambtshalve zou behoren te worden vernietigd, moet het beroep worden verworpen.

9. BESLISSING

De Hoge Raad verwerpt het beroep.

Dit arrest is gewezen door de raadsheer Jeurkens als voorzitter, en de raadsheren Beekhuis, Mout, Davids en Govaerts, in bijzijn van de griffier Sillevius Smitt-Müller, en uitgesproken op 15 december 1987. □

Arts en recht

Euthanasie

Beschikking Hoge Raad d.d. 23 juni 1987

Deze beschikking van de Hoge Raad is van groot belang voor het vervolgings- en opsporingsbeleid bij euthanasie.

Het Openbaar Ministerie had cassatieberoep ingesteld tegen de eindbeslissing van het Gerechtshof. Het Hof achtte het in hoge mate onwaarschijnlijk dat de betrokken arts zou worden veroordeeld wegens strafbare euthanasie en had derhalve de arts buiten vervolging gesteld. De arts erkende dat hij euthanasie had toegepast en derhalve een strafbaar feit had begaan. Hij stelde echter dat hij aan de vereiste zorgvuldigheidscriteria, zoals deze in de jurisprudentie zijn vastgesteld en door de vergadering van procureurs-generaal worden gehanteerd, had voldaan. Hij mocht er derhalve op rekenen dat er niet tot vervolging zou worden overgegaan en dat zijn zaak zou worden geseponneerd. De Hoge Raad honoreert deze stelling en bekrachtigt de beslissing van het Hof de arts buiten vervolging te stellen.

Dit betekent dat een arts die euthanasie toepast en zich houdt aan de zorgvuldigheidscriteria, zich met succes kan verzetten tegen een strafrechtelijke vervolging op basis van artikel 293 Wetboek van Strafrecht. Zelfs als niet volledig aan alle criteria is voldaan – in dit geval waren er vraagtekens rond de consultatie – dan kan dat niet zonder meer reden tot vervolging zijn. Zulks sluit immers volgens het Hof niet uit dat de rechter, gezien de omstandigheden van het geval,

niettemin oordeelt dat de arts in noodtoestand heeft gehandeld en niet strafbaar is te achten.

De rechtsonzekerheid van de arts die meent niet anders te kunnen handelen dan tot zorgvuldige euthanasie over te gaan, is door deze beslissing verkleind. Het moge echter duidelijk zijn dat bij twijfels over het naleven van andere criteria, bijvoorbeeld het uitdrukkelijk en weloverwogen verzoek van de patiënt zelf, niet zo coulant zal worden geoordeeld. In dat geval zal zeker wel vervolging en eventueel veroordeling plaatsvinden.

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

Beschikking

Beschikking op het beroep in cassatie tegen een beschikking van het Gerechtshof te Arnhem van 15 oktober 1986 in de strafzaak tegen A te B.

De Hoge Raad overwoog onder meer:

1. BESTREDEN BESLISSING

Het Hof heeft in hoger beroep – behoudens ten aanzien van het aan verdachte bij inleidende dagvaarding onder 1 te laste gelegde – bevestigd een beschikking van de Arrondissementsrechtbank te Almelo van 3 januari 1986, waarbij de verdachte naar de terechtzitting is verwezen ter zake van de in deze beschikking omschreven feiten.

Het Hof heeft voorts de verdachte ter zake van het hem onder 1 te laste gelegde buiten vervolging gesteld.

2. CASSATIEBEROEP

2.1. Het beroep is ingesteld door de procureur-generaal bij het Hof en is kennelijk uitsluitend gericht tegen de buitenvervolginstelling ter zake van het onder 1 te laste gelegde.

4. TENLASTELEGGING

Aan de verdachte is bij inleidende dagvaarding te laste gelegd, dat:

1. hij op of omstreeks 16 augustus 1984, in de gemeente B, opzettelijk (en met voorbedachte

rade) een persoon, genaamd . . . (hierna te noem: Mw. C., red.), van het leven heeft beroofd, hebbende hij, verdachte, toen en daar (na in kalm beraad en rustig overleg het plan te hebben gemaakt en het besluit te hebben genomen die Mw. C. van het leven te beroven), opzettelijk die Mw. C. een hoeveelheid morfine per injectie toegediend en/of (vervolgens) na enkele uren een curaremiddel, althans enige stof per injectie toegediend, althans enige handeling ten opzichte van die Mw. C. gepleegd, ten gevolge van welke injectie(s) (en/of handeling) die Mw. C. is overleden;

2. hij op of omstreeks 17 augustus 1984, althans in de maand augustus 1984, in de gemeente B, althans in het gerechtelijk arrondissement Almelo, als arts een verklaring van overlijden van Mw. C., zijnde een geschrift dat bestemd was om tot bewijs van enig feit te dienen, opzettelijk valselijk heeft opgemaakt of vervalst, met het oogmerk die verklaring als echt en onvervalst te gebruiken en/of door anderen te doen gebruiken, terwijl uit dat gebruik enig nadeel kon ontstaan; bedoeld valselijk opmaken/vervalsen heeft hierin bestaan dat hij, verdachte, opzettelijk in strijd met de waarheid bedoelde verklaring van overlijden van Mw. C., geboren op 14 juni 1911 te D, wonende te B, overleden op 16 augustus 1984: 'De ondergetekende verklaart ervan overtuigd te zijn dat de dood ten gevolge van een natuurlijke oorzaak is ingetreden', heeft ondertekend.

5. MOTIVERING BESCHIKKING

Het Hof heeft, met verwijzing naar het ingevolge zijn tussenbeschikking van 24 april 1986 door de rechter-commissaris belast met de behandeling van strafzaken ingesteld nader onderzoek, aan zijn beschikking, voor zover bestreden, de volgende overwegingen ten grondslag gelegd:

2) Op grond van voormeld onderzoek acht het Hof in hoge mate aannemelijk geworden dat de verdachte het hem sub 1 verweten feit heeft gepleegd op uitdrukkelijk en ernstig verlangen van Mw. C.

Dat oordeel steunt in de eerste plaats op de verklaring van de getuige E, een dochter van Mw. C., die verklaart dat haar moeder toen zij nog thuis was in haar bijzijn met de verdachte over dit onderwerp heeft gesproken, naar aanleiding van de lijdensweg die haar overleden dochter had moeten doormaken woorden uitte als: 'Alsjeblieft, dat niet meer' en dat ze wilde worden geholpen, en dat haar moeder in het bejaardenhuis steeds vaker zei 'dat het afgelopen moest zijn' en soms als ze wanhopig was, vroeg: 'Kan mij dan niemand helpen?', waarbij de getuige aangeeft dat de verdachte de vragen van haar moeder om hulp niet anders kon uitleggen dan als een verzoek om euthanasie.

Ook de getuige F, een zoon van Mw. C., brengt duidelijk naar voren dat toen zijn moeder van de internist had gehoord dat zij ongeneeslijk

ziek was (april 1984), zij met de verdachte in het bijzijn van de getuige heeft afgesproken, dat zij een lijden als van haar dochter niet wilde en dat de verdachte haar toen heeft beloofd dat hij haar zou helpen met levensbeëindiging en dat zijn moeder de verdachte daarom nog op 16 augustus (1984) had gevraagd.

De echtgenote van deze getuige, G, verklaart dat zij destijds van haar man heeft gehoord dat zijn moeder met de verdachte had besproken dat zij in geval van (ernstig) lijden wilde dat daaraan een einde moest komen en dat de verdachte heeft voldaan aan de laatste wens van haar schoonmoeder.

De getuige H, die als ziekenverzorger de laatste levensfase van Mw. C heeft meegemaakt, verklaart dat hij een paar dagen voor haar overlijden met de verdachte heeft gesproken over de toestand van Mw. C en dat de verdachte toen heeft gezegd dat Mw. C wel eens bij hem had aangekaart dat de verdachte, als het zover mocht zijn, er een einde aan zou maken. Volgens deze getuige was Mw. C die laatste dagen tijdens heldere ogenblikken in staat aan te geven dat zij het moment gekomen achtte. 'Soms zei ze als een van ons of (de verdachte) binnenkwam: Help me toch', hetgeen deze getuige toen – in tegenstelling tot een eerder stadium – opvatte als een verzoek tot levensbeëindiging.

3) Het Hof is voorts van oordeel dat er geen twijfel aan kan bestaan dat Mw. C op 16 augustus 1984 in een terminale fase verkeerde. Dat blijkt in de eerste plaats uit de tegenover de verbalisanten I en J afgelegde verklaring van de getuige K, die haar als internist heeft onderzocht in april 1984: 'Bij mijn onderzoek vond ik een onbehandelbare kanker. Er waren uitzaaïngen in de longen. De prognose was zeer slecht en naar mijn mening zou de patiënte zeker binnen een half jaar overlijden' en: 'Mw. C was ongeneeslijk ziek. Zij had een grote tumor in de longen, waardoor haar longfunctie verminderde. Dat gaat gepaard met grote vermoeidheid en benauwdheid. De ziekte kan erg naar, ook pijnlijk, eindigen.'

De tegenover verbalisanten afgelegde verklaring van de getuige L, afdelingshoofd van het bejaardenhuis waarin Mw. C verbleef, houdt in dat in de toestand van Mw. C in de laatste weken een duidelijke verslechtering intrad en dat zij voortdurend erge pijnen leed. Eten deed zij vrijwel niet meer en wat zij dronk gaf zij later vaak weer over. Zij werd ontzettend mager en slap.

Dat wordt bevestigd door de verklaring van de getuige H tegenover de verbalisanten: 'Vooral tijdens en na de vakantie van A werd het heel erg duidelijk dat Mw. C snel aftakelde en naar haar einde toeging. Die achteruitgang ging gepaard met een toenemend lichamelijk lijden. Haar lichaam begon ook tekenen van aankomend sterven te vertonen. Ze werd plotseling sterk, ze kreeg een rare kleur, koude vingers, koude benen en dergelijke. De laatste dagen was ze ook incontinent. Al met al veranderingen van dien aard dat haar overlijden spoedig verwacht kon worden', en tegenover de rechter-commissaris spreekt deze ge-

tuike van een verschrikkelijk lijden: 'Ze was echt in het terminaal stadium, het was een kwestie van dagen'.

De getuige M heeft Mw. C, volgens zijn verklaring aan verbalisanten, op 26 juli 1984 als waarnemend huisarts bezocht. 'Haar algemene toestand was zeer slecht door de kwaal waarvan ze alle kentekenen droeg. Er zou geen enkele verbetering te verwachten zijn. Als ze kort na mijn bezoek gestorven was had ik er niet van opgekeken.' Ten slotte blijkt uit de zich in fotocopy bij het proces-verbaal van de Rijksrecherche gevoegde dagrapporten dat Mw. C in de laatste weken voor haar overlijden nauwelijks nog at, erg onrustig en angstig was en erge pijnen had.

4) Op grond van de hiervoor onder 3 genoemde verklaringen van de getuigen is het Hof bovendien tot de overtuiging gekomen dat de verdachte als behandelend geneesheer heeft kunnen oordelen dat bij Mw. C in de periode voorafgaande aan haar dood sprake was van een duurzaam, ernstig en uitzichtloos lijden, welk lijden door Mw. C zelf als zinloos en ondraaglijk werd ervaren. Het Hof acht aannemelijk geworden dat in het onderhavige geval door de aanwending van andere pijnstillende middelen – wat er zij van de mogelijkheden daartoe – de toestand van zinloos en ondraaglijk lijden, zoals Mw. C dat ervoer, niet zou zijn beëindigd, omdat het leven voor Mw. C 'gewoon te veel' was geworden.

In dit verband acht het Hof van belang dat uit de verklaringen van de voren genoemde getuigen, in onderlinge samenhang ook met de dagrapporten beschouwd, blijkt dat geen enkel uitzicht op verbetering bestond, dat Mw. C voortdurend pijn had en angst had verder te moeten lijden, dat die angst mede was ingegeven door de eerdere ervaring die zij in dat opzicht met een dochter had meegemaakt, en dat de aard van haar ziekte een in toenemende mate ontlusterende stervensfase met zich meebracht.

Mw. C had bij herhaling tegenover verdachte te kennen gegeven dat zij een dergelijk lijden niet zou kunnen en willen verdragen en dat zij van hem hulp verwachtte als het zover met haar was gekomen. Voldoende gebleken is dat de verdachte er kort voor de dood van Mw. C zeker van was en mocht zijn dat zij aan haar verlangen tot levensbeëindiging wilde vasthouden en het moment daartoe gekomen achtte.

5) Het vorenstaande moet tot de conclusie leiden dat een verdere vervolging van de verdachte ten aanzien van het hem onder 1 te laste gelegde feit niet is gerechtvaardigd, omdat dadelijk zou blijken dat de verdachte heeft gehandeld in een noodtoestand, hierop neerkomend dat de verdachte de plichten en belangen welke in het onderhavige geval tegenover elkaar stonden zorgvuldig tegen elkaar heeft afgewogen en daarbij een keus heeft gemaakt die objectief beschouwd en gelet op de bijzondere omstandigheden als vorengemeld, redelijkerwijs gezien was gerechtvaardigd.

Daaraan kan in de omstandigheden van het onderhavige geval naar het oordeel van het Hof niet afdoen dat de verdachte heeft ver-

zuimd zijn medische beoordeling aan die van een onafhankelijk collega te toetsen, nu er redelijkerwijs geen twijfel kan bestaan omtrent het terminale karakter van de ziektefase waarin Mw. C zich bevond, het ernstig lijden dat zij daarbij onderging, en nu de verdachte zich – naar moet worden aangenomen niet zonder goede gronden – heeft laten leiden door de persoonlijke gevoelens van zijn patiënte, voor wie enerzijds levensbeëindiging een moeilijk bespreekbaar onderwerp was (getuige F), doch die anderzijds haar vertrouwen in de verdachte als haar huisarts had gesteld, dat hij haar niet in de steek zou laten wanneer het moment daartoe zou zijn gekomen (getuige G). De verdachte heeft daarbij, blijkens de door de zoon en de dochter van Mw. C afgelegde verklaringen, gehandeld in overeenstemming met de bij hen bestaande wens te voldoen aan het verlangen van hun moeder en hij heeft dat ook gedaan na deze familieleden daarbij te hebben betrokken.

De verdachte dient mitsdien – nu in hoge mate onwaarschijnlijk is dat de strafrechter, later oordelend, tot een veroordeling zal komen – ter zake van dit feit buiten vervolging te worden gesteld. De door de raadsman van de verdachte overigens aangevoerde verweren kunnen buiten bespreking blijven.

6. BEOORDELING TWEEDE MIDDEL

6.1. Op grond van de in 's Hofs hiervoren onder 5, sub 2, weergegeven overweging vermelde omstandigheden heeft het Hof het in hoge mate aannemelijk kunnen achten dat de verdachte het hem onder 1 te laste gelegde feit heeft gepleegd op uitdrukkelijk en ernstig verlangen van Mw. C. Of het Hof met juistheid aldus heeft geoordeeld, kan in cassatie niet worden onderzocht.

6.2. Het middel faalt derhalve.

7. BEOORDELING DERDE MIDDEL

7.1. Het middel ziet eraan voorbij dat, indien een arts die zijn patiënt op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen van het leven berooft, heeft verzuimd tevoren zijn inzicht omtrent de zich voordoende situatie te toetsen aan dat van een onafhankelijke collega, zulks niet zonder meer uitsluit dat later de rechter, gezien de omstandigheden van het geval, niettemin oordeelt dat die arts in noodtoestand heeft gehandeld en deswege niet strafbaar is te achten.

7.2. Het middel treft derhalve geen doel.

8. BEOORDELING EERSTE MIDDEL

8.1. In zijn hiervoren onder 5, sub 2, 3 en 4, weergegeven overwegingen heeft het Hof tot uitdrukking gebracht het aannemelijk te oordelen dat de verdachte heeft gehandeld op uitdrukkelijk en ernstig verlangen van de patiënte en dat zich daarbij de situatie voordoede dat sprake was van een duurzaam, ernstig en uitzichtloos lijden, dat door de patiënte, die in de terminale fase van haar ziekte verkeerde, zelf als zinloos en ondraaglijk werd ervaren en dat door aanwending van andere dan de reeds

toegepaste pijnstillende middelen niet zou zijn beëindigd.

8.2. Bij zijn hiervoren onder 5, sub 5, weergegeven oordeel dat de verdachte heeft gehandeld in een noodtoestand en daarbij een keus heeft gemaakt die objectief beschouwd en gelet op de bijzondere omstandigheden van het geval redelijkerwijs gezien was gerechtvaardigd, heeft het Hof de hiervoren onder 8.1 vermelde omstandigheden in aanmerking genomen. Door aldus te oordelen heeft het Hof er geen blijk van gegeven een onjuiste maatstaf te hebben aangelegd. Tot nadere motiveering van zijn oordeel was het Hof niet gehouden.

8.3. Met zijn hiervoren onder 5, sub 5, weer-

gegeven overweging dat bij verdere vervolging van de verdachte ten aanzien van het hem onder 1 te laste gelegde dadelijk zou blijken dat de verdachte heeft gehandeld in een noodtoestand en daarbij een keus heeft gemaakt die objectief beschouwd en gelet op de bijzondere omstandigheden van het geval redelijkerwijs gezien was gerechtvaardigd, heeft het Hof tot uitdrukking gebracht het hoogst onwaarschijnlijk te achten dat de strafrechter later anders zou oordelen.

8.4. Gezien het hiervoren overwogene heeft het Hof zijn beslissing naar de eis der wet met redenen omkleed.

8.5. Het middel is mitsdien vruchteloos voorgesteld.

9. SLOTSOM

Nu geen van de middelen tot cassatie kan leiden, moet het beroep worden verworpen.

10. BESLISSING

De Hoge Raad *verwerpt het beroep*.

Deze beschikking is gegeven door de vice-president Van der Ven als voorzitter, de vice-president Bronkhorst en de raadsheren Beekhuis, Davids en Keijzer, in bijzijn van de waarnemend griffier Vermunt, in raadkamer van 23 juni 1987. □

J. Th. M. Eijk en J. W. Gubbels, *Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Een inleiding in de methodologische en statistische principes van wetenschappelijk onderzoek in de eerste lijn*. Tweede herziene druk. (NHG-publicatie 1). Lelystad: Meditext, 1987. ISBN 90 5070 002 0. 168 blz. Prijs f 34,50.

Specifiek op de eerste lijn toegesneden verhandelingen over onderzoeksmethodologie zijn schaars. Dit boek zal, door de geïntegreerde behandeling van methodologische, statistische en medisch-inhoudelijke aspecten van kwantitatief onderzoek, tegemoet komen aan de toenemende behoefte van huisartsen zich actief bezig te houden met wetenschapsbeoefening op hun vakgebied. Het behandelt de belangrijkste kernproblemen en begrippen waarmee men bij het ontwerpen en uitvoeren van (huisarts)geneeskundig onderzoek te maken krijgt en beschrijft, vaak aan de hand van voorbeelden, hoe enkele voetangels en klemmen op het traject tussen eerste onderzoeksidee en eindrapportage te omzeilen zijn.

Het boek bestaat uit zes delen. In het eerste en tweede deel zetten de auteurs uiteen hoe men te werk kan gaan om van een globaal onderzoeksidee te komen tot een concrete vraagstelling die een bepaald type onderzoek vergt: een explorerend-beschrijvende, explorerend-verklarende, toetsend-beschrijvende of toetsend-verklarende opzet. Het derde deel is gewijd aan operationalisatieproblemen: de vraag wat er komt kijken wanneer men begrippen – en de verschijnselen waarnaar die verwijzen – wil meten en registreren. Daarbij wordt niet alleen ingegaan op aspecten van validiteit en betrouwbaarheid; ook waarnemings- en registratietechnieken en methoden van dataverwerking per computer komen ter sprake. In het vierde en vijfde deel staat de analyse van kwantitatieve gegevens centraal. Mogelijkheden voor de toepassing van de inductieve en beschrijvende statistiek passeren de revue.



Het laatste deel geeft praktische richtlijnen voor het opzetten van onderzoek en voor de verslaglegging. Een lijst van veelgebruikte begrippen en een trefwoordenregister completeren het geheel.

De auteurs zijn erin geslaagd de essentialia van wetenschappelijke onderzoeksmethoden helder te vertalen in een beknopte, handzame leidraad voor onderzoek in de huisartspraktijk. Ten opzichte van de eerste druk geeft deze uitgave de nodige verbeteringen te zien, zowel inhoudelijk (wijziging opbouw, toevoeging hoofdstuk over verslaglegging) als wat de vormgeving en leesbaarheid betreft. Een passend nummer 1 in de reeks NHG-publicaties (!), dat als basale inleiding een bruikbare gids kan zijn voor medisch studenten en (toekomstige) huisartsen die vertrouwd willen raken met of willen bijdragen aan wetenschappelijke kennisvorming in de eerstelijns-geneeskunde.

J. F. M. Thomassen

Dr. P. Moleman en Dr. L. Pepplinkhuizen, *Praktische psychofarmacologie*. Utrecht: Bunge, 1987. 227 blz. ISBN 90 6348 214 0. Prijs f 65,—

Dit boek geeft precies wat de titel belooft: een overzicht van de toepassing van de belangrijkste groepen psychofarmaca (de anxiolytica, hypnotica, antidepressiva, lithium en de anti-psychotica), hun indicaties, de keuze van het middel, bijwerkingen en interacties, alternatieven en andere toepassingsgebieden. Daar-

bij zijn vele praktische aanwijzingen in overzichtelijke tabellen samengevat.

Om een indruk te geven: in hoofdstuk 'Antidepressiva' vinden we onder andere de volgende tabellen: Indicaties, Indicatiestelling bij depressies, Hamilton rating scale, Onderzoek voor therapie, Oorzaken van secundaire depressies, Overzicht antidepressiva, Pakket antidepressiva, Aanwijzingen voor een verhoogd suïciderisico, Doseringsvoorbeelden, Duur van de behandeling, Uitblijven van een therapeutisch effect, Voorlichting en instructie van de patiënt, Bloedspiegels, Specifieke problemen, Bijwerkingen volgens orgaansysteem, Bijwerkingen volgens farmacologische eigenschappen, Cardiovasculaire bijwerkingen, Centrale bijwerkingen, Bijwerkingen op het spijsverteringskanaal, Urogenitale bijwerkingen, Metabole en endocriene bijwerkingen, Onttrekkingsverschijnselen, Intoxicaties, Interacties.

Waar het boek verstek laat gaan, is een behandeling van het werkingsmechanisme van de psychofarmaca. Zelfs bij de antipsychotica wordt min of meer bekend verondersteld dat blokkade van dopamine-receptoren centraal staat, en vinden we onder een tabel van het farmacologisch profiel de anti-dopamine werking tussen de anti-adrenerge, anti-histamine, anti-secretonine en andere effecten in staan. Er wordt geen poging gedaan om een beeld te scheppen van de werkingswijze van psychofarmaca in de hersenen en die te relateren aan mogelijke afwijkingen in hersenfuncties; persoonlijk vind ik dat toch wel wat erg mager. Sommige aspecten komen er in dit boek wat bekaaid af, onder andere de juiste medicatie bij hoog suïciderisico, en het eenmalig gebruik van benzodiazepines, bijvoorbeeld bij poliklinische ingrepen. Het boek voorziet echter zeker in een behoefte, omdat in het Nederlandse taalgebied iets vergelijkbaars niet bestaat en omdat het een schat van praktische gegevens herbergt.

P. G. Smelik

Als de dood voor duidelijkheid

De euthanasiediscussie taalkundig beschouwd

De euthanasiediscussie is vanuit verschillende standpunten te benaderen: ethische, juridische, medische, politieke en religieuze. De euthanasieproblematiek kent echter ook een taalwetenschappelijke kant. In het doctoraalonderzoek 'Als de dood voor duidelijkheid' (1987) hebben de schrijvers van dit artikel via een analyse van het initiatiefontwerp van wet van Wessel-Tuinstra (1984) en de Proeve van Lubbers (1986) aangetoond op welke wijze taalgebruik van invloed is op de discussie. Die discussie is namelijk bij voorbaat al moeilijk te voeren als de daarin gehanteerde begrippen voor verschillende uitleg vatbaar zijn.

Twee politieke overtuigingen worden in twee verschillende wetsontwerpen vervat en vervolgens weer binnen de eigen politieke richting uitgelegd. Het taalgebruik van een wetstekst moet uiterst precies zijn, in de eerste plaats voor de rechtsgang maar ook voor de politieke discussie vooraf. Een precisie die dus zwaar heeft te lijden van politieke dogma's (bijvoorbeeld christelijke levensovertuiging) enerzijds en politieke haalbaarheid anderzijds. Om dit te illustreren vergelijken we het wetsontwerp van Wessel-Tuinstra en de Proeve van Lubbers met elkaar.

BEGRIPSBEPALING

Wessel-Tuinstra en Lubbers zijn het erover eens dat euthanasie een vrijwillig verzoek van de betrokkene betreft. Zij verschillen er echter over van mening welke medische handelingen wel en welke niet tot euthanasie behoren. Wessel-Tuinstra stelt passieve euthanasie juridisch gelijk aan actieve euthanasie en noemt beide vormen euthanasie. Lubbers verstaat onder de term 'euthanasie' alleen het actief beëindigen van het leven; de handelingen omschreven in artikel 293 quater (in de discussie vaak passieve euthanasie genoemd) laat hij buiten de strafwet.

Wessel-Tuinstra en Lubbers geven voorts uiteenlopende antwoorden op de vraag wanneer euthanasie mag plaatsvinden. In de Proeve is dat alleen in de stervensfase, indien de geneeskundige namelijk een concrete doodsverwachting heeft ten aanzien van de patiënt (hetgeen

Karin Schreuder en Saskia Teulings

Hoe de precisie van het taalgebruik in een wetstekst kan lijden onder politieke dogma's en het streven naar politieke haalbaarheid, hebben de Utrechtse studenten Karin Schreuder en Saskia Teulings geïllustreerd in hun doctoraalscriptie Sociolinguïstiek. Zij vergeleken het euthanasiewetsontwerp - Wessel - Tuinstra met de 'Proeve' van het kabinet-Lubbers. Hun conclusie: gerelateerd aan de vereisten voor goede wetgeving blijkt Lubbers' Proeve, in tegenstelling tot het ontwerp van Wessel-Tuinstra, als wettelijke regeling niet te voldoen: de Proeve dreigt de vraag van de patiënt die dood wil weg te benoemen.

inhoudt dat de patiënt nog maar dagen tot weken te leven heeft). Bij Wessel-Tuinstra is euthanasie ook buiten de stervensfase mogelijk, aangezien zij de criteria 'stervensfase' en 'ondraaglijk lijden' los van elkaar hanteert.

Dit verschil in visie op wat euthanasie nu eigenlijk is, speelt ook in de discussie in het algemeen. Voorstanders van euthanasie maken meestal geen onderscheid tussen actieve en passieve euthanasie; ook juridisch worden deze twee vormen vaak onder één en dezelfde noemer geplaatst. De behoefte tot een splitsen in actief en passief komt met name voor bij diegenen die niet onverdeeld vóór dan wel tégen euthanasie zijn. Binnen bepaalde geloofsrichtingen is passieve euthanasie namelijk in enkele uitzonderlijke situaties geoorloofd. Om die reden heeft deze groep dan ook meer behoefte aan een tweedeling.

Het is wel duidelijk dat deze onenigheid de discussie nadelig beïnvloedt; de kans is zo erg groot dat men langs elkaar heen praat. Juist de behoefte aan verdere indeling van een begrip als 'euthanasie' maakt de bespreking van het verschijnsel 'euthanasie' moeilijker. Immers als iedereen het erover eens is dat euthana-

sie altijd een vrijwillig verzoek van de betrokkene moet betreffen, is het voor de strafbaarstelling niet nodig dat er een indeling in vrijwillige en onvrijwillige euthanasie bestaat. Dit kunstmatig uiteenrafelen van begrippen zal niet gauw leiden tot het opstellen van een goede euthanasiewet.

FUNCTIE VAN DE TEKST

Om een tekst taalkundig te kunnen analyseren en van betekenis te voorzien, dient men hem in zijn context te plaatsen, oftewel de functie van de tekst te bepalen. Het gaat bij de geanalyseerde teksten van Wessel-Tuinstra en Lubbers om wets teksten voor een wet regelende de euthanasie. Met betrekking tot deze functie kunnen de volgende algemene punten waaraan een euthanasiewet minimaal moet voldoen worden genoemd:

- Een zwaar lijdende patiënt die niet meer verder wil leven, moet worden beschermd tegen steeds verdere geneeskundige behandelingen.
- Een patiënt die niet dood wil moet worden beschermd tegen levensverkortende handelingen.
- De geneeskundige die euthanasie uitvoert moet rechtszekerheid krijgen. Dat kan als hij of zij weet hoe rechtmatig te handelen.

Uit het feit dat Wessel-Tuinstra en Lubbers een wetsontwerp hebben gemaakt, blijkt dat beiden de maatschappelijke noodzaak van een wettelijke euthanasieregeling positief beantwoorden. De gedachte die erachter zit en de uitwerking ervan blijken echter te verschillen.

WOORDGEBRUIK

Wessel-Tuinstra en Lubbers nemen in hun wetsvoorstel een uiteenlopend standpunt in met betrekking tot de strafuitsluitingsgrond.

Wessel-Tuinstra werkt met een *rechtvaardigingsgrond*, hetgeen wil zeggen dat het *feit* van euthanasie onder bepaalde voorwaarden wordt toegestaan. Lubbers daarentegen kiest voor een *schulduitsluitingsgrond*, hetgeen inhoudt dat de *geneeskundige* onder bepaalde voor-

waarden niet strafbaar is; het feit blijft dat wel.

Deze twee uitgangspunten hebben gevolgen voor wie de verantwoordelijke is in de tekst. Door een taalkundige analyse kan de verantwoordelijkheid ook worden bepaald waar deze niet direct duidelijk is. Uit ons onderzoek is naar voren gekomen dat in de Proeve de geneeskundige vrijwel alle verantwoordelijkheid draagt, terwijl er bij Wessel-Tuinstra een redelijke verdeling tussen hulpverlener en hulpvrager bestaat. Het woordgebruik is meteen al opvallend: Wessel-Tuinstra benadrukt met 'hulpverlener' en 'hulpvrager' het gelijkwaardige karakter, terwijl Lubbers een afhankelijkheidsrelatie kenschetst met 'geneeskundige' en 'patiënt'. Dit wordt ook duidelijk doordat bij Lubbers de patiënt slechts een *verzoek* om levensbeëindiging doet en er bij Wessel-Tuinstra sprake is van het *besluit* van de hulpvrager.

We zetten de handelingen van de hulpvrager/patiënt en van de hulpverlener/geneeskundige even op een rij:

<u>Wessel-Tuinstra</u>	<u>Lubbers</u>
hulpverlener	geneeskundige
verleent hulp	geeft voorlichting
is overtuigd	verlicht lijden
raadpleegt	heeft overtuiging
beslist	heeft oordeel
beëindigt	bevindt
verklaart	tekent aan
hulpvrager	patiënt
vraagt hulp	wil
lijdt	verklaart
verlangt	overweegt
besluit	drukt uit
overlijdt	

Bij Wessel-Tuinstra is uit deze handelingen duidelijk het verloop van het proces af te lezen. Bij Lubbers daarentegen worden er veel woorden gebruikt en komt er toch niets uit, want nergens nemen geneeskundige of patiënt een beslissing. Ook in de voorwaarden gesteld in beide wetsvoorstellen staan begrippen die dit verschil aantonen. Wessel-Tuinstra hanteert haar twee voorwaarden 'stervensfase' en 'ondraaglijk lijden' los van elkaar. Dit maakt voor de hulpvrager euthanasie mogelijk op grond van zijn ondraaglijk lijden. Daar komt nog bij dat Wessel-Tuinstra naast lichamelijk ook geestelijk lijden en als ondraaglijk *ervaren* lijden erkent; dit maakt de hulpvrager verantwoordelijk voor zijn eigen keuze. Bij Lubbers moet er sprake zijn van een 'concrete doodswachting' en 'ondraaglijk lijden', criteria die bij hem uit-

sluitend worden bepaald door de geneeskundige: door middel van het 'heersend medisch inzicht' krijgt deze alle verantwoordelijkheid te dragen. Ondraaglijk lijden houdt slechts lichamelijk lijden in (waar vaak nog wat aan te doen is) en de geneeskundige moet constateren dat dit ondraaglijk lijden bij de patiënt aanwezig is.

Wij kunnen concluderen dat de geneeskundige in de Proeve een verantwoordelijkheid krijgt die hij niet kan en eigenlijk ook niet mag dragen. De patiënt behoort een belangrijke rol te spelen als het om zijn euthanasieverzoek gaat. Dit lijkt ook in de Proeve een vanzelfsprekendheid, maar dat is het daar niet (zie bovenstaand rijtje). Wessel-Tuinstra hoeft geen fraaie woorden te construeren en kan veel explicieter zijn over de rol van de hulpvrager, omdat zij die ten volle serieus neemt.

TAALKUNDIGE BEOORDELING

Een uiteindelijke taalkundige beoordeling van de teksten vindt plaats tegen de achtergrond van de vereisten van een goede wetgeving en de gedachten die bij Wessel-Tuinstra en Lubbers moeten hebben voorgelegen bij het opstellen van deze wetsvoorstellen.

Wessel-Tuinstra baseert zich in haar wetsvoorstel op het zelfbeschikkingsrecht. Dit vindt zijn weerslag in haar taalgebruik: zij laat hulpverlener en hulpvrager beiden verantwoordelijke handelingen verrichten.

De Proeve van Lubbers blinkt uit in tegenstrijdigheden. Lubbers erkent het zelfbeschikkingsrecht niet, maar heeft toch een wetsvoorstel euthanasie gemaakt. Dit voorstel van wet wordt dan ook gekenmerkt door eufemistisch en onduidelijk taalgebruik. Hoeveel de patiënt ook mag 'willen', 'verklaren', 'overwegen' en 'uitdrukken', beslissen mag hij of zij niet. Door de schulditsluitingsgrond en termen als 'naar heersend medisch inzicht' is de geneeskundige de verantwoordelijke. Deze verricht inderdaad tal van medische handelingen, maar neemt ook nergens een beslissing tot euthanasie.

De Proeve is geen leidraad voor een verantwoorde uitvoering van euthanasie en kan ook niet als zodanig zijn bedoeld, gezien het feit dat Lubbers het zelfbeschikkingsrecht niet eens erkent. Artikel 293 quater, waarin een viertal vormen van passieve euthanasie zijn omschreven, gaat hierdoor een belangrijke rol spelen als ontsnappingsclausule. Dit is

een zeer gevaarlijke ontwikkeling, omdat het er dan in feite op neerkomt dat euthanasie wordt 'wegbenoemd' en dat is in strijd met het idee van wetgeving an sich! Gerelateerd aan de vereisten voor goede wetgeving blijkt dat Lubbers' Proeve, in tegenstelling tot het ontwerp van Wessel-Tuinstra, als wettelijke regeling niet voldoet.

BESLUIT

Geen van beide wetsvoorstellen euthanasie is goedgekeurd door de Raad van State. In augustus 1987 heeft de regering een nieuw voorstel bij de Raad van State ingediend.

Ondanks de voorstellen van Wessel-Tuinstra en Lubbers en ondanks een euthanasiediscussie van meer dan vijftien jaar, is toch maar besloten de huidige wet euthanasie in het Wetboek van Strafrecht onveranderd te laten. Als goedmarkertje is de Wet regelende de uitoefening der geneeskunst uitgebreid met bijna de gehele negatieve begripsbepaling inzake euthanasie (art. 293 quater uit de Proeve) en de vastgestelde zorgvuldigheidseisen. Na al die jaren discussie heeft men geen overeenstemming kunnen bereiken over wat euthanasie is, aangezien het noodzakelijk wordt geacht aan het onderscheid actieve en passieve euthanasie vast te houden. De zorgvuldigheidseisen, bijna letterlijk uit het initiatiefontwerp overgenomen, zijn in de nieuwe versie duidelijker dan in de Proeve. Toch blijft daarin de nadruk liggen op het medische aspect en speelt de patiënt ook in dit nieuwe voorstel geen noemenswaardige rol. Na al die jaren discussie is voor het probleem van de patiënt die dood wil nog steeds geen bevredigend antwoord geformuleerd. Met het ongewijzigd laten van de strafwet is de discussie weer bij het beginpunt aanbeland, met dit verschil dat Nederland er vijf soorten euthanasie en een heel begrippenapparaat bij heeft gekregen. □

Het onderzoek 'Als de dood voor duidelijkheid' is à f 10,— te bestellen bij de Letterenwinkel van de Rijksuniversiteit Utrecht, Muntstraat 4, 3516 EV Utrecht, tel. 030-392171.

Gezondheidsethiek en levensbeschouwing

In de huidige biomedisch-ethische discussie waarin wordt gezocht naar een morele consensus met het oog op een beleid dat door zo veel mogelijk burgers zou kunnen worden beaamd, duiken regelmatig ja's en neen's op die, met verwijzing naar een levensbeschouwing, niet verder worden beargumenteerd. Opvattingen over wat goed en kwaad is, humaan en mensonwaardig, wortelen uiteindelijk in een mens- en maatschappijbeeld of een confessie; met andere woorden: ethiek heeft ook altijd te maken met een geloof, wat dit laatste ook moge zijn.

In deze bijdrage wil ik ingaan op de verhouding van gezondheidsethiek en levensbeschouwing. In hoeverre worden gezondheidsethische standpunten bepaald door levensbeschouwelijke uitgangspunten? Dat deze problematiek geen overbodige vraag is, is nog recent gebleken uit een pauselijk document waarin ook op levensbeschouwelijke gronden experimenten met foetussen en de kunstmatige voortplanting radicaal worden afgewezen¹. Allereerst zal ik ingaan op wat onder levensbeschouwing wordt verstaan².

TYPEN LEVENSBESCHOUWING

Uit de omschrijving van het begrip levensbeschouwing zoals Van Dale die geeft, vallen drie typen te onderscheiden:

- De opvatting omtrent het leven kan synoniem zijn met een bepaalde godsdienstige beschouwing, bijvoorbeeld de calvinistische, de katholieke.
- Zij kan synoniem zijn met al dan niet religieus systeem van zingeving aan het leven met behulp waarvan een individu zichzelf kan plaatsen in een groter geheel.
- Zij kan synoniem zijn met een persoonlijk verworven levensoriëntatie en -visie³.

In het vervolg bespreek ik met betrekking tot de gezondheidsethiek alleen het eerste en tweede type.

CONFESSIONS

De duidelijkste vorm van levensbeschouwing is de confessie. De christelijke levensbeschouwing heeft meer dan welke andere ook onze cultuur beïnvloed⁴. In de (onderscheiden) christelijke confessies worden teksten geproduceerd

Jan J. Rolies

In hoeverre worden ethische standpunten met betrekking tot zaken die de gezondheid(szorg) betreffen door levensbeschouwelijke standpunten bepaald? De vraag komt van de Leuvense ethicus-seksuoloog Jan J. Rolies en hij geeft er zijn antwoord ('De ethiek is het terrein bij uitstek waarop levensbeschouwingen met elkaar een dialoog kunnen aangaan') bij.

over gezondheidsethiek, waarbij steeds wordt gerefereerd aan de bijbel en aan de kerkelijke tradities. Dit neemt niet weg dat er in de kerken een feitelijk pluralisme heerst in morele opvattingen en dus ook met betrekking tot gezondheidsethische kwesties. Afhankelijk van de interpretatie van de verantwoordelijkheid van de mens tegenover zichzelf, de schepping en God, worden standpunten ingenomen betreffende genetische manipulatie, de zelfbeschikking en euthanasie.

Identieke mensbeelden, waarden en normen voeren niet noodzakelijkerwijze tot dezelfde conclusies. In de moraal worden conflicterende waarden en normen tegen elkaar afgewogen. Daarom hanteert men principes als: redelijke proportionaliteit, het minst kwade en het dubbele effect. Het morele dilemma behoort tot het hart van de moraal. Over de opvulling van genoemde principes kan worden gediscussieerd. Wat is het meest humane: een opgegeven neonaat dagenlang naar adem te laten snakken of door een ingreep een einde aan dit leven te maken? Een antwoord op die vraag is niet zomaar af te leiden uit de bijbel.

De verscheidenheid van standpunten binnen de christelijke confessies treedt naar buiten in het euthanasiedebat. Zo heeft de katholieke kerk bij monde van de paus en de lokale bisschoppen vanuit een visie dat het leven een gave Gods is waarover de mens niet mag beschikken, euthanasie afgewezen. Vanuit hetzelfde geloof in God als Schepper en Oorsprong van het leven wijzen protestantse kerken en ook katholieke moraaltheologen euthanasie op eigen verzoek niet af. Zij leggen er sterk de nadruk op dat God de mens tot mede-verantwoordelijke over zijn leven heeft gemaakt. De christelijke kerken verschillen in hun interpretatie

van de waardigheid van de mens, de heiligheid van het leven en de vrijheid van de mens, en bijgevolg ook in de praktische conclusies die hieraan zijn verbonden. Terecht wordt dan ook de vraag gesteld of er wel een specifiek christelijke ethiek, in casu een specifiek christelijke gezondheidsethiek, bestaat.

Een van de centrale problemen van een confessionele ethiek is de interpretatie van de bijbel. De bijbel is geen handboek voor moraal en nog minder een wetboek. Ook laat de morele betekenis van de bijbel zich niet eens en voorgoed uit het geheel distilleren: steeds nieuwe lezingen en interpretaties zijn mogelijk. De kerkelijke traditie kan een bron van rijkdom zijn, maar ook van verstarring. De zorg voor continuïteit in de leer en de moraal mag ons niet ontslaan van de verplichting rekening te houden met veranderde culturele opvattingen en situaties. De veranderingen in de geneeskunde hebben totaal nieuwe vragen aan de orde gesteld. Zo is de vraag niet meer: mag de arts een patiënt iets onthouden?, maar wel: onder welke voorwaarden mag hij een therapie starten?

Confessionele moralen hebben, omdat zij zijn gebonden aan een openbaring en tradities, zeker indien zij bovendien strak hiërarchisch zijn gestructureerd, zoals de katholieke kerk, het er bijzonder moeilijk mee rekening te houden met de ontwikkeling in het denken en de praktijk van mensen. Als behouders van waarheid en continuïteit in de leer en in de praktijk van de kerk passen kerkleiders graag traditionele principes en regels toe op nieuwe situaties. In morele kwesties worden te snel standpunten ingenomen, die ook te concreet zijn. Na een officiële stellingname wordt verder overleg heel moeilijk. Dit is op het ogenblik in de katholieke kerk heel duidelijk het geval bij alles wat betrekking heeft op seksualiteit, huwelijk en voortplanting. Een reeks documenten ('Humanae Vitae', 1968; 'Persona Humana', 1976; 'Donum Vitae', 1987) heeft polarisatie gebracht onder de kerkleden en heeft de betrekkingen van de basis met de hiërarchie verstoord. Dit zou niet hoeven, indien het spel van het moreel beraad fair zou worden gespeeld.

LEVENSBESCHOUWINGEN

Naast de confessies zijn er ook levensbeschouwingen die collectieve zingevingen

systemen zijn, met behulp waarvan het individu zich kan situeren in de werkelijkheid welke hem levensinzicht en -uitzicht geven. Het christendom kan zo'n systeem zijn, maar ook het Humanistisch Verbond, het marxisme, politieke partijen.

Het Humanistisch Verbond refereert als levensbeschouwing aan het humanisme, waarvan het een variatie is en waarvan de aanhangers zich hebben georganiseerd. Het humanisme in zijn meest algemene vorm erkent de mens als een eminent wezen, dat de hoogste eerbied en zorg verdient; in die zin is ook het christendom een humanisme. In het westen heeft zich een vorm van anti-christelijk humanisme ontwikkeld dat God en mens als elkaars opponenten ziet. Wie God dient, kan de mens niet eren. Enige geloofspunt is, dat de mens een vrij en redelijk wezen is dat zichzelf moet kunnen ontplooiën en vrij over zichzelf moet kunnen beschikken. In de landelijke discussie over biomedische kwesties is de stem van het Humanistisch Verbond duidelijk te horen. In naam van de zelfbeschikking verdedigde het Humanistisch Verbond abortus en strijdt het thans voor een wettelijke regeling van euthanasie op verzoek. Het Humanistisch Verbond is even pluralistisch als de christelijke confessies. Uit het humanistisch geloof zijn geen eenduidige morele regels af te leiden.

Een van de pijlers van de humanistische antropologie is het idee van de zelfontplooiing. De mens moet zichzelf worden, ondanks en tegen de vormen van vervreemding die het maatschappelijk leven oplegt; hij moet daartoe ook de mogelijkheden krijgen. Op zich genomen is aan de zelfontplooiing, in casu de optimalisering van gezondheid en geestelijke mogelijkheden, geen grens. Ik meen dat hier voor de gezondheidsethiek ook een veld van vragen ligt dat de moeite van het onderzoeken waard is: In hoeverre heeft de mens recht op zelfontplooiing? Hoe verhouden zich zelfontplooiing en solidariteit?⁵ Wat is een ontplooid mens? Wat is een gezond mens?

In onze samenleving is diffuus een reeks opvattingen aanwezig die geen duidelijk afgerond levensbeschouwelijk geheel of collectief zingevingssysteem vormen en ook niet aan de basis liggen van de groepsvorming, maar die niettemin de levensvisie van mensen en hun handelingskeuzen bepalen en oriënteren. Voor vele van onze tijdgenoten is het leven op de eerste plaats een zaak van genieten, hier en nu. Het uitzicht op een hierna-

maals is in schemer gehuld, zo niet verdwenen. Waar vroeger de christenen nog beleden op aarde te zijn om God te dienen en zo in de hemel te komen, belijden zij nu door God te zijn geschapen om op aarde en later in de hemel gelukkig te zijn. Het geluk wordt niet uitgesteld, maar ligt binnen handbereik, mits men maar gezond is. Een gezond mens kan werken, geld verdienen en dus gelukkig zijn.

De economische explosie in de jaren zestig en de daarbij horende welvaart heeft dit 'materialistisch-hedonistisch' denken versterkt. Bij dit denken past een utilistische ethiek: goed is wat het geluk doet toenemen. In naam van het geluk moet veel kunnen: abortus, euthanasie, maximale gezondheidszorg. Het is duidelijk dat het utilistisch denken grenzen heeft. Niet alles wat mijn zogeheten geluk dient, is moraal verdedigbaar⁶.

De laatste jaren is herhaaldelijk de mening geuit dat de gezondheid zelf tot een levensbeschouwing is geworden⁷. Gezondheid zou voor vele tijdgenoten het hoogste goed geworden zijn; zij verleent zin en oriënteert de beslissingen. Ook de gezondheid heeft haar priesters en theologen (artsen en gezondheidswetenschappers) en rituelen (de jaarlijkse 'check-up', de diëten, het joggen). Waar de kerken vroeger het heil aanzegde, belooft de geneeskunde thans een pijnloos, gelukkig en lang leven. Gezondheid vervangt het religieuze heil en is metafoor voor geluk en heel-zijn. Gezondheid is niet alleen een toestand die wordt nagestreefd door de burger, ook de moderne staten, die vroeger slechts optraden in tijden van grote epidemieën, hebben zich thans tot doel gesteld de gezondheid van de bevolking permanent te beschermen en te doen groeien.

Wat zijn de effecten van deze levensbeschouwing op de gezondheidsethiek? Van de kant van de burgers staat op gezondheid geen prijs. Wat de gezondheidszorg betreft moet kunnen wat maar mogelijk is. Door deze houding wordt de gezondheidsethiek voor twee uitdagingen geplaatst. Enerzijds wordt het probleem van een rechtvaardige verdeling van schaarse middelen acuut. De noodzaak dringt zich op, de doelstellingen van de gezondheidszorg opnieuw te evalueren, te toetsen en te herformuleren. Vervolgens dient de gezondheidsethiek de vraag te stellen naar de zin van ziekte, lijden en dood: Maakt ziekte het leven zinloos? Is levensverlenging een op zichzelf na te streven doel? Hoe verhouden

zich levenslengte en kwaliteit van leven?⁸

Ik wees er reeds op dat de gezondheid als levensbeschouwing het leven niet alleen zin verleent, maar ook oriënteert. De geneeskunde, de gezondheidswetenschappen en al de menswetenschappen zijn normatieve wetenschappen. De gezondheidsethiek zal zich mijns inziens meer moeten bezinnen op het onderscheid tussen goed en gezond en hun onderlinge verhouding. Naast de ethische orde heeft zich een gezondheidsorde ingesteld die alle gedragingen en sociale fenomenen beoordeelt op basis van het criterium 'ziek/gezond'. Anders dan de morele orde, die uitnodigend is, is de gezondheidsorde dwingend. In onze tijd heeft zich naast de burgerlijke en kerkelijke beheersingsmoraal ook een gezondheidsbeheersingsmoraal doorgezet. De gezondheidskunde is ook een leefregelkunde. In de van overheidswege uitgebrachte 'Nota 2000' (1986) worden scenario's ontwikkeld om riskante leefstijlen te corrigeren. Gezien de omvang van de gezondheid als norm in het leven en denken van de hedendaagse mens en bij de hedendaagse overheid zal de gezondheidsethiek hieraan meer aandacht moeten schenken.

MENSBEELDEN

In onze cultuur circuleren vele mensbeelden. Sommige zijn van religieuze herkomst, andere van wijsgerige of wetenschappelijke, nog anderen zijn ontstaan in een bepaalde sociaal-economisch-culturele context.

Om de betekenis van de mensbeelden voor het denken over gezondheid en de gezondheidsethiek aan te geven kan ik niet beter doen dan enkele voorbeelden noemen: Wie de mens ziet als een zeer verfijnde machine zal anders over orgaantransplantatie en -donatie denken dan wie de mens ziet als bezielde lichamelijkeheid. Ziet men de mens als een unieke persoon, die ongeacht zijn kwaliteiten beschermwaardig is en erkenning verdient, dan zal men anders reageren op zijn appel om hulp dan wanneer men de mens ziet als een individu van de menselijke soort. Beschouwt men de foetus als iets van de menselijke soort dat slechts door de erkenning van de medemens en door de opname in het menselijk gesprek wordt gehumaniseerd, dan zal men anders tegen abortus aankijken dan wanneer men de foetus ziet als een volwaardige persoon mét alle rechten die aan het mens-zijn verbonden zijn. Een weten-

schappelijk oordeel valt hierover niet te geven, wél een ethisch, dat wil zeggen een waardeoordeel. In de vorming van een waardeoordeel zullen, zoals reeds eerder aangegeven, levensbeschouwelijke elementen een grote rol spelen.

BESLUIT

In het voorgaande heb ik gepoogd heel in het kort de verhouding gezondheids-ethiek en levensbeschouwing in kaart te brengen. Er is natuurlijk veel meer over de besproken materie te schrijven dan hier is gebeurd.

Het behoort mijns inziens tot de taak van de gezondheidsethiek als autonome wetenschap de heersende opvattingen over wat goed en humaan is te analyseren op consistentie en argumentatie. Een beroep op de bijbel of op het eigen humanisme is er geen garantie voor dat de verdigde opvatting ook de mens dient⁹. Gezien de nieuwigheid en de complexiteit van de vragen die in de gezondheidsethiek aan de orde zijn, heeft geen enkele levensbeschouwing, uitgaande van haar eigen traditie of openbaring, het antwoord op de vraag naar wat menswaardig en goed is, beschikbaar. In een gezamenlijk gesprek zal moeten worden gezocht naar wat goed en dus menswaardig is. Aangezien wij leven in een pluralistische en cultureel gefragmenteerde samenleving, zal het ethisch beraad niet altijd gemakkelijk zijn¹⁰. Het gevaar is niet denkbeeldig, zoals blijkt uit de discussie over de

legalisering van euthanasie op verzoek, dat men zich beperkt tot de vragen wie beslist en wie uitvoert; de grond van de zaak: is het goed voor de samenleving dat de overheid euthanasie wettelijk regelt, blijft dan buiten beschouwing. Een gezondheidsethiek die alleen denkt in termen van zelfbeschikking is een gehalveerde ethiek¹¹. Een ander gevaar dat de ethiek bedreigt is op te gaan in het recht. De ethiek is het terrein bij uitstek waarop levensbeschouwingen met elkaar een dialoog kunnen aangaan. De zorg om het welzijn van de mens verbindt hen dan in een gezamenlijk gesprek en dit kan slechts de mens ten goede komen. □

Noten

1. De mens is een persoon, maar ook een kind van God, door hem gekend en bemind en geroepen tot het delen van zijn leven. Het kind-van-God-zijn radicaliseert de eerbied die wij elkaar zijn verschuldigd. Christus radicaliseerde de eerbied voor de medemens door te verklaren: 'Wat ge aan de minsten der mijnen gedaan hebt, hebt ge aan mij gedaan' ('Donum Vitae', 1987).
2. Bij het schrijven van deze bijdrage heb ik dankbaar gebruik gemaakt van een tekst van een collega, M. Pijnenburg: 'Levensbeschouwing en verpleegkundige zorg', in *Metamedica* 1985, 64, pp. 270-284.
3. Van Dale, Groot woordenboek der Nederlandse taal, Utrecht/Antwerpen, 1976, 1982.
4. Voor een uitvoerige uiteenzetting over de verhouding gezondheidsethiek-levensbeschouwing (confessies) verwijs ik naar de reeks uitgegeven door M. E. Marty en K. L. Vaux: 'Health/Medicine and the Faith Traditions' (New York, Crossroad); hierin verschenen onder andere: R. A. McCormick, 'Health and Medicine in the Catholic Tradition'; en K.

L. Vaux: 'Health and Medicine in the Reformed Tradition'. Voorts:

D. F. Kelly, 'Roman Catholic Medical Ethics and the Modern Medicine', in *Ephemerides Theologicae Lovaniensis* 1983, 59, pp. 46-58.
S. E. Lammers en A. Verhey (eds.), 'On Moral Medicine. Theological Perspectives in Medical Ethics', Grand Rapids (Michigan), 1987 (vooral pp. 33-70, met bijdragen van J. M. Gustafson, P. Ramsey, R. A. McCormick en anderen).
J. Mathoney, 'Bio-ethics and Belief. Religion and Medicine in Dialogue', London, 1986.

5. Voor een nieuw solidariteitsdenken, als correctie op het eenzijdig individualistisch zelfontplooiingsdenken, zie: R. Burggraef, 'Mijn verantwoordelijkheid gaat aan mijn vrijheid vooraf'.

Een herdefiniering van het solidariteitsprincipe in het spoor van E. Levinas, in: *De Uil van Minerva* 2(1985-1986) nr. 4, pp. 203-223.

6. Zie hierover het recente boek van Prof. Dr. Henk ten Have: 'Jeremy Bentham. Een quantumtheorie van de ethiek', Kampen, 1985; en A. Burms, en H. De Dijn, 'De rationaliteit en haar grenzen. Kritiek en deconstructie', Leuven/Assen, 1986, vooral pp. 81-103.

7. J. J. Rolies, 'Voorbehouden aan lichamelijk en geestelijk gezonde mensen. Achtergronden van het mechanisme van de normaliteit en normalisering in de samenleving'. In *Wending* 1986, 41, pp. 322-332.

Th. Beemer, 'Ethische bezinning op de koers van de gezondheidszorg', in: D. A. A. Mossel, e.a., 'Waarheen met onze gezondheidszorg?', Baarn, 1977, pp. 58-66.

8. Zie voor een kritiek van de gezondheid als hoogste waarde en levensbeschouwing:

H. Ringeling, 'Der Gesundheitsbegriff in ethischer Sicht', in *Schweizerische Ärztezeitung/Bulletin des Médecins Suisses* 1979, 60, pp. 1866-1874.

P. Antoine, 'Is leven alles?' in *Streven* 1968-1969, 22, deel 1, pp. 341-349.

9. Paus Paulus VI heeft voor de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties verklaard: 'Wij zijn experts in humaniteit'. Bescheidenheid ware beter geweest. Zie: *Mensenrechten in de kerk*, rapport van de commissie Rechtvaardigheid en Vrede, Brussel, 1986.

10. H. van Luijk, 'Op zoek naar moreel houvast. Veel traditionele gezagsinstanties zijn krachteloos geworden', in *Elseviers Magazine* 1 november 1986, pp. 60-65.

11. Henk ten Have schreef: 'Er kan zich een autonomie-dogmatisme ontwikkelen waarbij het morele beraad wordt tekort geschoten met een beroep op ieders persoonlijke keuzevrijheid'. Zie: 'Ethiek en techniek in de gezondheidszorg', in *Wijzgerig Perspectief* 1985-1986, 26, nr. 1.

Kort Amerikaans

6: 'Institutional ethics committees', over de invulling van ethisch overleg

Tijdens een seminar over de ethische aspecten rond levertransplantaties legt Prof. Dr. Mark Siegler de deelnemers het probleem voor wie het eerst moet worden geholpen. Ter illustratie voegt hij eraan toe dat het beleid van het academisch ziekenhuis van de Universiteit van Chicago erop is gericht eerst die patiënten voor een levertransplantatie in aanmerking te laten komen bij wie de vorige levertransplantatie om een of andere reden niet is gelukt. Vervolgens de spoedgevallen, dat wil zeggen patiënten die zich in een uiterst kritieke situatie bevinden ('emergency patients'). Dan patiënten die als gevolg van een ernstige leveraandoening in het ziekenhuis worden behandeld en daar al langere tijd op een levertransplantatie liggen te wachten. Tenslotte de categorie patiënten die lijdt aan een leveraandoening, waarbij aan 'in-patients' voorrang

wordt gegeven boven de 'out-patients'. Het is duidelijk dat de klinische urgentie bepaalt wie als eerste wordt geholpen.

Nu viel deze discussie praktisch samen met het bericht dat Ronnie De Silvers vlak voor zijn vierde levertransplantatie was overleden. In de Verenigde Staten waren de emoties hierover mede onder invloed van de media hoog opgelopen. In een dramatische verklaring had de moeder van de 7-jarige Ronnie voor de televisie gezegd dat Ronnie graag een vierde transplantatie wilde ondergaan, maar dat de financiële middelen niet langer toereikend waren. Nancy Reagan had onmiddellijk een beroep gedaan op de goedgevigheid van de Amerikanen om deze vierde transplantatie mogelijk te maken. Ondanks alle inspanningen was Ronnie vlak voor deze vierde ingreep onverwacht overleden¹.

Mede naar aanleiding van dit voorval laat de discussie onmiddellijk hoog op. Sommigen spreken over een verkwisting van de toch al zo schaarse leverorganen, anderen vragen zich af welke de selectiecriteria zijn op grond waarvan patiënten voor een levertransplantatie in aanmerking komen: zouden niet die patiënten het eerst voor een transplantatie in aanmerking moeten komen wier lichamelijke conditie zo goed is dat een zo groot mogelijk succes mag worden verwacht?

Wat is in dezen goed, wat is verantwoord? Binnen de kortste keren ligt een aantal min of meer principiële overwegingen op tafel: Goed is als men diegene helpt die er het ergst aan toe is. Goed is als men zijn hart laat spreken en een deerniswekkend geval voorrang geeft. Goed is wat de eigen deskundigheid en ervaring bevordert. Goed is wat een bijdrage levert

aan het voortbestaan van de functie en, in afgeleide zin, aan het voortbestaan van de instelling. Goed is wat aansluit bij onze levensbeschouwelijke opvattingen c.q. signatuur. Klinische urgentie legt de arts de morele verplichting op onmiddellijk tot actie over te gaan. Eenmaal geholpen, andermaal geholpen. Het best is door loting te bepalen wie het eerst wordt geholpen . . .

Kennelijk wordt het (medisch) handelen bepaald door een groot aantal uiteenlopende overwegingen. Al deze overwegingen laten zich herleiden tot een aantal ethische uitgangspunten. Sommige zijn van pragmatische aard, andere stelen op de levensbeschouwelijke opvatting dat wie er het ergst aan toe is het eerst moet worden geholpen. Ook andere belangen bepalen onze besluitvorming, zoals het imago van de instelling naar buiten. Maar aan een besluit kan ook de opvatting ten grondslag liggen dat iedereen gelijke kansen moet hebben. Er blijken verschillende, gangbare ethische oriëntaties aan onze overwegingen ten grondslag te liggen: een utilitaristische oriëntatie, een benadering die uitgaat van de wederzijdse plichten, naast een deugdenbenadering of een rechtenbenadering, etc.

Het kan nuttig zijn achterliggende opvattingen, die zoveel invloed op onze beslissingen blijken te hebben, te verhelderen en expliciet te maken. Mark Siegler pleit dan ook voor klinisch-ethisch overleg. Samen met een tweetal andere auteurs heeft hij een handboek geschreven dat artsen bij de weging van de ethische aspecten van hun (be)handelen behulpzaam wil zijn². Huns inziens dienen bij de klinisch-ethische besluitvorming vier aspecten zorgvuldig tegen elkaar te worden afgewogen:

1. wat zijn de indicaties voor medische interventie;
2. welke zijn de voorkeuren van de patiënt;
3. de kwaliteit van leven;
4. sociaal-economische factoren, in zoverre ze een rol spelen.

Het boek is geschreven voor artsen, omdat Mark Siegler ervan overtuigd is dat zij het best in staat zijn de belangen van de patiënt te overzien. Zo'n grote - professionele - verantwoordelijkheid kan niet worden overgedragen aan ethische commissies. Door dergelijke commissies in het leven te roepen verschuift men de besluitvorming van de sprekkamer of van het bed naar de tafel in de vergaderruimte³. Rondom die tafel zitten volgens Mark Siegler te weinig mensen die direct bij de behandeling van de patiënten zijn betrokken en te veel mensen die andersoortige deskundigheden vertegenwoordigen, zoals juristen, ethici, geestelijk verzorgers, patiëntenvertrouwenspersonen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en vertegenwoordigers van de directie.

De strekking is duidelijk: het behoort tot de professionele verantwoordelijkheid van de arts ook de ethische aspecten van een behan-

deling in ogenschouw te nemen; geïnstitutionaliseerd ethisch overleg leidt tot verdere bureaucratisering. De ontwikkelingen wijzen echter een andere richting op, die van een gedeelde verantwoordelijkheid⁴. Tegenwoordig beschikken veel instellingen voor gezondheidszorg, behalve over de verplichte toetsingscommissies voor experimenteel patiëntgebonden onderzoek ('Institutional Review Boards' - IRB's), over een 'Institutional Ethics Committee' (IEC). Deze ethische commissies zijn hoofdzakelijk bedoeld om het hoofd te bieden aan alles wat bij de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg om een meer gestructureerde ethische bezinning vraagt; hun bestaan wordt in de allereerste plaats in verband gebracht met het helpen inhoud geven aan de kwaliteit van de patiëntenzorg ('quality patient care'). Mijn opmerking dat het natuurlijk ook handig is zo'n commissie achter de hand te hebben in een land waar mensen elkaar gemakkelijk aansprakelijk stellen voor de kleinste nalatigheden, legde daarbij nauwelijks enig gewicht in de schaal.

Sinds het ontstaan van de 'institutional ethics committees' is het nog maar één keer voorgekomen dat de leden van zo'n commissie vanwege een uitspraak voor de rechter zijn gedaagd⁵. Een onderzoek naar het functioneren van deze commissies heeft uitgewezen dat 69% ervan het tot zijn voornaamste taak rekent artsen advies en ondersteuning te geven; daarnaast worden deze commissies vaak gevraagd te adviseren bij gevallen waar voortzetting van een behandeling zinloos lijkt ('withdrawal of life support'); 56% houdt zich bezig met het evalueren van de wijze waarop hulpverleners met de ethische dilemma's in de dagelijkse zorgverlening zijn omgegaan; aan veel commissies wordt voorts gevraagd te helpen bij het vaststellen van de medische prognose bij ingewikkelde gevallen.

In de academische ziekenhuizen van de Universiteit van California in San Francisco functioneert al jaren een ethische commissie, die het als haar voornaamste taak ziet 24 uur beschikbaar te zijn voor ethische consultatie op de afdeling. Deze commissie is ruim samengesteld: alle disciplines zijn vertegenwoordigd, óók de geestelijke verzorging, het maatschappelijk werk, de directie en de verpleging, en er zit een juridisch deskundige in. Elke week zijn drie leden van de commissie oproepbaar. Komt er een verzoek om ondersteuning van een afdeling, dan kan die afdeling erop rekenen dat binnen 24 uur overleg plaatsvindt. De afdeling verzorgt tijdig de noodzakelijke informatie. Het systeem werkt efficiënt. Een interessante bijkomstigheid is dat in bijna zeventig procent van de gevallen waarin de hulp van de ethische commissie wordt ingeroepen de gerezen problemen bij analyse tot een slechte onderlinge communicatie zijn te herleiden. De ervaring leert dat waar men zich dit realiseert en de communicatie wordt hersteld, het probleem zich meestal

vanzelf oplost. In de dertig procent andere gevallen blijkt men op de afdeling vaak moeite te hebben met het identificeren van de ethische aspecten van een probleem. Het helpen beschrijven van wat er ethisch aan de orde is; het analyseren van de belangen en voorkeuren van de verschillende professies; het verzamelen van aanvullende informatie; alsmede het vaststellen bij wie, gegeven de omstandigheden, de uiteindelijke beslissing ligt, dit alles resulteert meestal in een keuze voor een voor alle partijen acceptabele gedragslijn, een gedragslijn die voor alle patiënten ook ethisch verantwoord is. Heeft een probleem bijzondere kanten, dan kan het drielat in overleg met de afdeling besluiten of de wijze waarop de beslissing is genomen op de agenda van de eerstvolgende bijeenkomst van de voltallige commissie mag worden gezet, niet zozeer om de afdeling achteraf nog eens op de vingers te tikken, maar om de wijze waarop de besluitvorming tot stand is gekomen te evalueren. De praktijk leert dat hiervan een grote scholende en vormende werking uitgaat, zowel voor de leden van de ethische commissie als voor de afdeling.

H. H. van der Kloot Meijburg

Drs. H. H. van der Kloot Meijburg is theoloog en secretaris van de Commissie Geestelijke Verzorging in Ziekenhuizen van de Nationale Ziekenhuisraad.

1. Zie Time Magazine, 11 mei 1987.

2. Zie Albert R. Jonsen, Mark Siegler, William J. Winslade, 'Clinical Ethics. A practical approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine', 2nd Edition, MacMillan, New York 1986.

3. Zie Mark Siegler, 'Ethics Committee: Decisions by Bureaucracy', Hastings Center Report, June 1986, pag. 22 e.v.

4. Zie Judith Wilson, Ross 'Handbook for Hospital Ethics Committees', American Hospital Association, Chicago 1986.

5. Het gaat hier om het geval van Elizabeth Bouvia. Zonder haar nadrukkelijke toestemming adviseerde de ethische commissie van het Los Angeles County High Desert Hospital door te gaan met sondevoeding.

6. Zie Norman Fost and Ronald E. Cranford, 'Hospital Ethics Committees: Administrative Aspects', Journal of the American Medical Association 1985, 253 pag. 2698 e.v.

AIDS en verzekeringen

Een testcase

Vooruitgang van medische kennis en kunde leidt er meer en meer toe dat toepassing van de mogelijkheden ook buiten de gezondheidszorg plaatsvindt. Datgene wat primair is ontwikkeld ten behoeve van een medisch (of gezondheidszorg)doel, wordt in toenemende mate ook aangewend voor niet-medische doeleinden. Medische mogelijkheden krijgen een commercieel belang. Dit kan consequenties hebben voor de individu, als lid van de samenleving, maar ook voor de gezondheidszorg. Hierdoor worden regering, parlement en samenleving voor nieuwe problemen geplaagd. Het gaat in essentie om de vraag of alle medische technieken zonder meer kunnen worden toegepast buiten de gezondheidszorg-context, ongeacht de gevolgen daarvan. Een voorbeeld van een terrein waarop dit vraagstuk speelt, is dat van de genetica. Onderzoek naar erfelijke afwijkingen is van belang met het oog op individuele beslissingen omtrent eventueel nageslacht. In de praktijk blijkt reeds nu dat van dergelijk onderzoek wordt afgezien uit vrees voor maatschappelijke consequenties. Het enkele feit dat een genetisch onderzoek heeft plaatsgevonden kan immers een rol spelen bij verzekeringen, in de particuliere sfeer, bij hypotheeken en zelfs bij sollicitaties. De vraag naar prenatale diagnostiek vermindert vanwege gevolgen daarvan in de maatschappelijke context. Te denken valt bijvoorbeeld aan beperkingen in de mogelijkheid verzekeringen af te sluiten, hogere premies, uitsluiting van bepaalde functies en dergelijke meer.

'De screeningstechnieken kunnen niet alleen voor voortplanting, maar ook voor keuringen, voor sollicitaties of verzekeringen gebruikt of misbruikt worden', aldus de nota 'Preventie aangeboren afwijkingen', die eind vorig jaar aan de Tweede Kamer is aangeboden. Een vergelijkbare vraag wordt in de nota geformuleerd ten aanzien van onderzoek naar seropositiviteit in verband met AIDS. De nota stelt afzonderlijke behandeling van deze en soortgelijke ethische en juridische vragen in het vooruitzicht. Een van de in dat kader relevante stukken is de eveneens eind 1987 aan de Tweede Kamer toegezonden notitie die ingaat op juridische aspecten van verzekering in geval van AIDS-risico.

Bedoelde notitie besteedt ruim aandacht

Mw. Prof. Mr. H. D. C.
Roscam Abbing

De AIDS-problematiek en het door de verzekeringsmaatschappijen in dit kader te voeren beleid vormen een duidelijke testcase, in die zin dat het vragen oproept naar dat wat maatschappelijk en juridisch nog wel en dat wat niet meer aanvaardbaar is. Aldus de hoogleraar in het gezondheidsrecht aan de Rijksuniversiteit Limburg, Mw. Prof. Mr. H.D.C. Roscam Abbing.

aan mogelijke consequenties van een test ten behoeve van het opsporen van besmetting met het virus dat AIDS kan veroorzaken; dit betreft met name de daaraan verbonden privacy-aspecten en de noodzaak discriminatie tegen te gaan. De conclusie van de nota is, dat een verzekeraar bij verzekering van seropositieven hoge financiële risico's loopt en dat het uit dien hoofde is gerechtvaardigd dat een verzekeraar het AIDS-risico tracht te identificeren en bij zijn acceptatiebeleid betreft. Ook wordt opgemerkt dat het aanvaarden van een test in het kader van een verzekering in de onderhavige situatie niet betekent dat ook op andere terreinen een test altijd gewenst of aanvaardbaar is.

Hoewel deze conclusies op zichzelf juist lijken te zijn, rijzen er toch belangrijke vragen in het kader van het testbeleid bij verzekeringen. Deze vragen worden niet of onvoldoende in de notitie beantwoordt. Mij beperkend tot de belangrijkste, betreft het met name vragen met betrekking tot de precedentwerking en vragen rond het met betrekking tot het onderzoek naar seropositiviteit te volgen beleid. Wat dit laatste betreft wordt niet duidelijk gemaakt wat de gevolgen zullen zijn in het kader van verzekeringen van bijvoorbeeld het gegeven dat een test ooit is uitgevoerd of van gebleken seropositiviteit.

PRECEDENTWERKING

Het beleid dat door verzekeringsmaatschappijen ten aanzien van onderzoek naar besmetting of ten aanzien van sero-

positiviteit wordt gevoerd zal ongetwijfeld een precedentwerking hebben, zowel ten aanzien van het beleid in andere situaties als ten aanzien van andere terreinen.

Wat het laatste betreft wordt er door de regering van uitgegaan dat er op dit moment geen aanleiding is om te verwachten dat een dergelijke ontwikkeling zich zal voordoen. Weliswaar wordt uitgesproken dat genetisch onderzoek als voorwaarde voor verzekering op zichzelf ongewenst zou zijn, doch de actualiteit hiervan wordt niet onderkend. Hiervóór wees ik reeds op de huidige signalen dat wordt afgezien van prenatale screening in verband met eventuele maatschappelijke consequenties. Bovendien nemen de mogelijkheden toe door middel van genetische screening voorspellingen te doen over op termijn te ontwikkelen ziektebeelden waarvoor (nog) geen therapie voorhanden is. Dergelijke methoden zijn een instrument in handen van verzekeraars om over te gaan tot risico-uitsluiting.

Hier ligt een probleem dat duidelijk gemeenschappelijk is aan onderzoek naar seropositiviteit. Het beleid dat ten aanzien van het laatste vraagstuk wordt gevoerd zal bepalend zijn voor dat ten opzichte van het eerste. Het is noodzakelijk de mogelijke gevolgen van onderzoek naar seropositiviteit niet te beperken tot de AIDS-problematiek: reeds nu moet aandacht worden geschonken aan de mogelijke andere ontwikkelingen in de geneeskunde. Consequenties van het beleid van verzekeringsmaatschappijen ten aanzien van het AIDS-vraagstuk voor andere maatschappelijke situaties vallen evenzeer te verwachten. Zo kunnen werknemers even zo goed belang hebben bij uitsluiting van financiële risico's. Ook hieraan zal in de discussies aandacht moeten worden geschonken.

INDIVIDUELE GEVOLGEN

Het feit dat men ooit is getest, is geen voor het risico relevante omstandigheid en derhalve geen reden voor weigering of acceptatie onder bijzondere voorwaarden, aldus de notitie. Slechts besmetting zou een relevante omstandigheid zijn. Waarom wordt dan toch op de bij het aanvraagformulier in te vullen gezondheidsverklaring de vraag opgenomen of

een test heeft plaatsgehad? Waarom dan niet volstaan met een vraag naar seropositiviteit, indien alleen dat gegeven relevant zou zijn?

Ingeval de uitslag van een in het verleden uitgevoerde test negatief was, zal de verzekeraar in het enkele feit dat het onderzoek heeft plaatsgevonden aanleiding vinden om een nieuwe test op antistoffen te verlangen.

Ingeval een uitslag van een test positief is, welke consequenties worden daar dan aan verbonden door de verzekeringsmaatschappijen? Levensverzekeraars zullen in de huidige situatie de aanvrager kunnen weigeren, hogere premies vragen of andere beperkingen aanbrengen. Dit ondanks het feit dat seropositiviteit nog niet wil zeggen dat men ook AIDS ontwikkelt. De vergelijking met andere ziektecategorieën gaat evenmin op, in die zin dat daaraan niet dezelfde maatschappelijke gevolgen kleven als bij AIDS het geval is.

Ziektekostenverzekeraars zouden, aldus de notitie, minder problemen geven, omdat van een acceptatieplicht sprake is. Deze geldt echter, zoals ook in de notitie wordt aangegeven, alleen voor sommige categorieën personen. Het is geenszins zeker dat de aanvrager die in een van deze categorieën valt zich bij gebleken seropositiviteit inderdaad zal kunnen verzekeren tegen ziektekosten en, zo ja, onder welke voorwaarden.

Zolang niet duidelijk wordt gemaakt welke gevolgen worden verbonden aan het feit dat in het verleden een keer een test is uitgevoerd of aan aangetoonde seroposi-

tiviteit, blijven de problemen bestaan. Zo valt zeker te verwachten dat de bereidheid zich vrijwillig te laten testen zal afnemen. Niet getest willen worden en niet willen weten zal immers een consequentie zijn van onduidelijkheid over mogelijke maatschappelijke gevolgen. De gevolgen voor de individu (het zich niet tijdig voorzien van medische raad en bijstand), voor het huidige preventiebeleid en voor de epidemiologie zijn evident. De hiervoor gesignaleerde ontwikkelingen ten aanzien van de genetica zijn in dit opzicht een teken aan de wand.

MAATSCHAPPELIJKE GEVOLGEN

De onduidelijkheid en de onderbelichting van maatschappelijke gevolgen van het beleid van de verzekeringsmaatschappijen kan grote consequenties hebben. Worden aan dit beleid geen grenzen gesteld, dan zal deelname aan maatschappelijke verworvenheden aan steeds grotere groepen van de samenleving kunnen worden onthouden. Discriminatie, stigmatisering en aantasting van de rechtsgelijkheid vallen dan te vrezen, zeker indien men uitsluiting op uitsluiting stapelt. Gelijke deelname aan maatschappelijke verworvenheden komt dan ernstig in gevaar. Dit mede met het oog op snel toenemende mogelijkheden ten aanzien van diagnostiek en opsporing van erfelijke afwijkingen en ten aanzien van de zogenoemde 'predictive medicine'.

Het thans te voeren beleid zal de weg bereiden voor de in andere situaties of op

andere terreinen te volgen koers. Of financiële belangen zover mogen gaan dat hierdoor deelname aan sociale verworvenheden kan worden onthouden aan steeds grotere groepen van de samenleving, is een vraag die dringend beantwoording behoeft.

Bij de afweging van de in het geding zijnde belangen heeft de overheid de verantwoordelijkheid de individu te beschermen tegen aantasting van zijn rechten. Voorkomen moet worden dat medische mogelijkheden worden misbruikt voor commerciële doeleinden.

BESLUIT

De AIDS-problematiek en het door verzekeringsmaatschappijen in dat verband te voeren beleid vormt een duidelijke testcase. Het vraagstuk is immers niet slechts van incidentele aard, maar reikt veel verder. Het roept onder meer vragen op naar datgene wat maatschappelijk en juridisch *nog wel* en *niet meer* aanvaardbaar is. Het kan ook leiden tot een ontwikkeling die fundamentele rechten aantast.

Het vraagstuk 'AIDS en levensverzekeringen' kan dan ook niet vanuit een beperkte invalshoek worden benaderd. Gedragsregels en afspraken die ter zake worden gemaakt zullen op hun aanvaardbaarheid moeten worden getoetst. Indien hiermee onvoldoende garanties worden geboden om niet-aanvaardbare maatschappelijke consequenties tegen te gaan, dan zal de overheid via wetgeving moeten ingrijpen. □

PRAKTIJKPERIKELLEN

Een bijzondere wijze van voorschrijven

Een 56-jarige man wordt op de EHBO met gips behandeld voor een polsfractuur. Een week later volgt controle op de polikliniek: geen bijzonderheden.

De volgende dag belt een verontwaardigde huisarts waarom op de polikliniek een recept met 50 tabletten Bellanox 50 mg en 30 tabletten Glifanin is afgegeven. De man, een alcoholicus, heeft suicide gepleegd.

Bij interne navraag blijkt niemand op de EHBO of de polikliniek een dergelijke recept te hebben uitgeschreven. De apotheek heeft aanvankelijk afgifte geweigerd, maar nadat telefonisch op verzoek van patiënt 'vanuit het ziekenhuis' was bericht dat afgifte akkoord was, waren de tabletten verstrekt.

Bij de patiënt thuis werd een informatiebrochure over euthanasie gevonden waarin bovenbeschreven recepten werden aangegeven. Het receptpapier was ontvreemd bij het controlebezoek op de poli. Moeten recepten dus ook in de brandkast?

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

HIV, een dilemma voor de arts?

Dit artikel beoogt een antwoord te geven op de volgende vragen:

- Levert het zonder toestemming laten bepalen van HIV-antistoffen een onrechtmatige daad op in de zin van art. 1401 BW?
- Kan er in dit kader sprake zijn van een overmachtsituatie voor de arts?
- Kan de betrokkene tegen zijn of haar wil worden geïnformeerd over een testuitslag, en zo ja wanneer?

TOESTEMMING

Evenals in het voorontwerp van wet De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling, wordt in het algemeen aangenomen dat de relatie arts-patiënt juridisch kwalificeerbaar is als een behandelingscontract¹; aldus is hierop het regime van de artikelen 1356 en 1357 van het Burgerlijk Wetboek van toepassing. Het vereiste van toestemming (art. 1356-1° BW) geldt in deze relatie als het belangrijkste. Grondslag hiervoor is het autonomiebeginsel van het contractenrecht in het algemeen en het recht op zelfbeschikking in het bijzonder.

In een behandelingscontract kan pas van de vereiste toestemming sprake zijn, indien deze is gegeven in het kader van 'informed consent'. Daaronder wordt verstaan dat de toestemming slechts kan worden gegeven op grond van een weloverwogen beslissing, gefundeerd op informatie over doel en methode van de behandeling, de beschikbare alternatieven en de eventuele risico's². Ontbreekt de 'informed consent', of is deze gegeven op onvoldoende of misleidende informatie, dan zal er sprake zijn van een wilsgebrek, waardoor de toestemming van generlei waarde is (art. 1357 BW); vernietiging van het contract kan in rechte worden gevorderd en betaling kan uitblijven³.

Uit de literatuur blijkt dat toestemming mag worden verondersteld bij routinematig onderzoek⁴. Ongeacht een precieze omschrijving van dit begrip (dit varieert immers per medisch specialisme) zal men het erover eens zijn dat bloedonderzoek hieronder kan worden begrepen. Naast het tot nu toe reguliere onderzoek zal het een kleine stap zijn tevens antistoffen tegen het HIV te laten bepalen. Gesteld kan dan worden dat een uitdrukkelijke toestemming achterwege kan blijven. Hiertegen wordt het volgende ingebracht:

Mw. Mr. I. Ravenschlag

Kunnen in het kader van de HIV-problematiek de belangen van derden een noodtoestand in het leven roepen, die de medicus rechtvaardigt zonder toestemming van de betrokkene een test op antistoffen te laten afnemen? Het antwoord van Mw. Mr. I. Ravenschlag luidt: nee, het is en blijft te allen tijde een onrechtmatige daad. De auteur is als medisch analiste verbonden aan de afdeling Hematologie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt; voor haar studie Nederlands Recht schreef zij een doctoraalscriptie over de juridische positie van de AIDS-patiënt.

Ten eerste: hoewel de patiënt door zijn arm uit te steken toestemming geeft voor de bloedafname, betekent dit nog niet dat hij toestemming geeft voor elk denkbaar bloedonderzoek. In dit verband kan een analogie worden getrokken met een ziekenhuisopname; instemming hiermee betekent op zichzelf nog geen toestemming tot elke behandeling.

Ten tweede: van een veronderstelde toestemming kan pas sprake zijn in het kader van een behandelingscontract dat door de patiënt wordt aangegaan ter behandeling en eventueel genezing van zijn klachten. Tegen het HIV bestaat (nog) geen effectief geneesmiddel; er moet worden volstaan met een symptomatische behandeling⁵. Het aantonen van HIV-antistoffen is therapeutisch dus niet van belang en kan daardoor niet onder een veronderstelde toestemming van het behandelingscontract worden begrepen. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld het routinematig onderzoek op lues bij zwangeren. De vrouw stelt zich onder medisch toezicht met het oogmerk de gezondheid van haar ongeboren kind (en zichzelf) te waarborgen. Lues geeft, doorgaans in de tweede helft van de zwangerschap, een intra-uteriene vruchtdood of een levend kind met congenitale lues. De effectieve behandeling bestaat uit het toedienen van penicilline. Uit het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat de test op HIV-antistoffen altijd uitdrukkelijk moet worden gevraagd, op basis van 'informed consent'.

ONRECHTMATIGE DAAD

Uit diagnostisch, epidemiologisch en wetenschappelijk oogpunt zal het voor de medicus belangrijk zijn dat de HIV-antistoffen worden bepaald. Met name geldt dit voor de diagnose, aangezien één van de door de Centers for Disease Control in Atlanta (VS) gestelde eisen voor de diagnose 'AIDS' een positieve HIV-test is⁶. Begrijpelijk is dan dat men bij een vermoeden van een HIV-infectie dit vermoeden bevestigd wil zien. Wordt dit met de patiënt besproken en weigert hij of zij toestemming, dan zal ook zonder een HIV-uitslag behandeling van de klachten moeten volgen. De weigering dient te worden gerespecteerd.

Besluit de medicus toch tot bepaling van de HIV-test, dan zal er sprake zijn van een onrechtmatige daad (art. 1401 BW). Immers, door deze handelwijze maakt de medicus een inbreuk op het subjectieve recht, in casu het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt⁷. De mogelijke schade die de patiënt van deze onrechtmatige daad ondervindt kan zowel materieel als immaterieel zijn⁸; immaterieel: de wetenschap een agens bij zich te dragen dat over kan gaan in een dodelijk verloopende ziekte, en (toekomstig) materieel: het benadeeld zijn bij het afsluiten van een levensverzekering, hypotheek, veranderen van werkkring, etc. (Naast de inbreuk op het subjectieve patiëntenrecht zal de medicus ook de door art. 1401 BW gestelde zorgvuldigheidsnorm overschrijden. Onzorgvuldig is het ernstig benadelen van een ander zonder enig redelijk belang te dienen⁹. Het 'rondkrijgen' van een diagnose staat in geen verhouding met het nadeel dat een patiënt van een positieve HIV-test kan ondervinden. Eveneens onzorgvuldig is het misbruiken van een machtspositie¹⁰. De medicus kan uit hoofde van zijn beroep de test buiten medeweten van de patiënt laten verrichten.

Uitgaande van de omstandigheid dat er sprake is van een verdenking van een HIV-infectie of het behoren van de patiënt tot één van de bekende risicogroepen, kunnen arts en patiënt overeenkomen dat de test op HIV-antistoffen wordt afgenomen onder het beding dat, ongeacht de uitslag van de test, de patiënt hiervan niet op de hoogte zal worden gesteld. Gaat de medicus met dit beding akkoord, dan eist de goede trouw dat hij zich aan deze overeenkomst gebonden

acht. In dit kader zal de patiënt dus niet kunnen worden geïnformeerd over de testuitslag, ook niet als die uitslag negatief zou zijn. Komt de arts de overeenkomst niet na, dan zal er sprake zijn van wanprestatie (art. 1279 BW).

OVERMACHTSITUATIE

De onrechtmatige daad, waartoe ook de wanprestatie behoort, kan zijn onrechtmatige karakter verliezen indien er sprake is van een onvermachtsituatie. In het verbintenissenrecht zal de meest voorkomende vorm van overmacht de noodtoestand zijn. Een noodtoestand wordt in het leven geroepen door een conflict van plichten. Men kan van een noodtoestand spreken wanneer de plicht om een handeling niet te plegen, omdat zij onrechtmatig zou zijn, wordt opgeheven door een andere plicht of een belang van hogere orde¹¹.

Kunnen in het kader van de HIV-problematiek de belangen van derden een noodtoestand in het leven roepen waardoor de medicus het gerechtvaardigd acht zonder toestemming antistoffen te laten bepalen of tegen de wens van de patiënt deze over de testuitslag te informeren? Om die vraag te kunnen beantwoorden zullen we eerst moeten uitmaken wie deze derden en hun belangen zijn.

Belangen van derden

Mijns inziens kunnen drie groepen derden worden onderscheiden, namelijk:

1. personen uit het sociale (niet-seksuele) leven; 2. de seksuele partner(s); en 3. werkers in de gezondheidszorg. Het belang van deze groepen is dat wordt voorkómen dat ze worden besmet met het virus.

Personen uit het sociale (niet-seksuele) leven. Uit empirisch onderzoek blijkt dat het besmettingsgevaar voor personen uit het sociale, niet-seksuele, leven van HIV-drager of AIDS-patiënt nihil is¹². Het uitvoeren van een HIV-test zonder toestemming ter bescherming van huisgenoten, collega's van de werkplek of in het algemeen belang, mist aldus rechtsgrond.

Seksuele partner(s). Zoals bekend, is de kans van transmissie van het virus bij deze groep zeer groot; dit geldt zowel voor homoseksueel als heteroseksueel geslachtsverkeer. Toch zal het belang van deze groep, hoe reëel het gevaar op besmetting ook is, niet kunnen rechtvaardigen dat een HIV-test zonder toestemming van de betrokkene wordt afge-

nomen. Het vertrouwen en daarmee het belang van de patiënt moet in de arts-patiëntrelatie voorop blijven staan.

Bij een gegrond vermoeden van HIV-positiviteit kan de medicus deze verdenking aan de patiënt mededelen en hem of haar erop wijzen welke de eventuele consequenties zullen zijn voor de seksuele partner. In deze context kan het gebeuren dat de patiënt uiteindelijk toestemt in de test, maar aan de arts te kennen geeft geen prijs te stellen op de uitslag. Het is dan aan de arts uit te maken of hij deze wens kan inwilligen. Noodzakelijk is dat hij hierin vooraf zijn standpunt heeft bepaald. Is hij de mening toegedaan dat hij deze wens niet kan honoreren, dan zal de test niet mogen worden uitgevoerd. Gaat hij met de voorwaarde akkoord, dan zal hij zich hieraan ook moeten houden.

Werkers in de gezondheidszorg. Bij deze groep staat vooral het gevaar van transmissie via bloed-bloedcontact voorop. Dit gevaar zou zich verwezenlijken bij prikaccidenten en bloedige ingrepen. Echter uit een Amerikaans onderzoek onder 1.498 beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg die op de een of andere wijze in contact waren gekomen met HIV besmet bloed, bleken er 1.472 seronegatief en waren er 26 positief, van welke laatsten er 23 behoorden tot (een) risicogroep(en). De drie resterende personen zouden beroepsmatig met het HIV zijn besmet. Bij deze personen betrof het echter geen 'gewoon' prikaccident, maar diepe, bloederige verwondingen (één persoon had zich door een onhandige manoeuvre met enkele millimeters bloed geïnjecteerd)¹³.

Worden de basisstandaard voorschriften voor de *ziekenhuishygiëne* opgevolgd, zoals het direct wegwerpen van besmet materiaal en het dragen van wikkellassen met eventueel een beschermingsbril bij bloedige ingrepen, dan wordt het beroepsrisico tot nul gereduceerd¹⁴. Als tegenargument wordt wel aangevoerd dat het irreëel zou zijn te veronderstellen dat overal en altijd dusdanige maatregelen kunnen worden getroffen dat de transmissie van het HIV kan worden tegengegaan¹⁵. Mijns inziens wordt hierbij uit het oog verloren dat het hier standaardziekenhuisvoorschriften betreft en dat deze maatregelen noch nieuw en tijdrovend zijn, noch onredelijke financiële consequenties met zich meebrengen.

Anderen zijn de mening toegedaan dat het voorkómen van besmetting van ziekenhuispersoneel verdergaande maatregelen noodzakelijk maakt, dan die welke zijn geformuleerd in de standaard-

ziekenhuisvoorschriften. Deze maatregelen zouden wel de kans op fouten, met name bij operatieve ingrepen, vergroten of wel degelijk tijdrovend en kostbaar zijn¹⁶.

Zo zou de arts er om zichzelf tegen prikaccidenten bij operatieve ingrepen te beschermen verstandig aan doen een dubbel paar steriele handschoenen te gebruiken. Dit heeft echter als consequentie dat zijn vingergevoeligheid vermindert, waardoor de kans op fouten groter wordt. Maar doorboort een naald, scalpel of botsplinter niet evenzo goed het tweede paar handschoenen? En welk menselijk orgaan is zo scherp of puntig dat bij palpatie gevaar bestaat voor een prikaccident? Indien één paar handschoenen onvoldoende bescherming biedt voor de arts, biedt één paar handschoenen dan ook onvoldoende bescherming voor de patiënt? Hoe reëel is de kans dat een seropositieve arts zijn patiënt besmet bij een prikaccident met een botsplinter?

Tijdrovend en zeer kostbaar is de sterilisatie van de gehele anesthesie- en beademingsapparatuur, die noodzakelijk zou zijn om te voorkomen dat transmissie van het HIV plaatsvindt tussen operatiepatiënten onderling¹⁷. Is het dan niet zo dat een operatiepatiënt slechts door middel van een tube en buizen in verbinding staat met de anesthesie- en beademingsapparatuur en dat deze apparaten op enige afstand van de patiënt staan? En, indien alleen tot sterilisatie van de apparaten wordt overgegaan bij patiënten van wie bekend is dat ze besmet zijn, wat doet men dan met een tube of buis waarin een seronegatieve patiënt bloed heeft opgehoest?

Voor een beroep op overmacht kan de arts de drie beroepsmatig besmette personen uit het Amerikaanse onderzoek aanhalen en stellen dat het beschermen van deze levens voor hem een overmachtsituatie in het leven roept, waardoor hij zich gerechtigd ziet zonder toestemming van de patiënt toch de HIV-test te laten bepalen. Hoe begrijpelijk deze redenering ook is, naar mijn mening zal ze ter argumentatie van de overmacht en rechtvaardiging van de onrechtmatige daad onvoldoende blijken te zijn. Voor een beroep op overmacht is het noodzakelijk dat aan de hiervoor geldende regulatieve voorwaarden is voldaan; deze zijn: het beginsel van proportionaliteit, het beginsel van subsidiariteit en de zogenoemde *Garantenstellung*.

Het *proportionaliteitsbeginsel* eist dat aan een zekere belangenafweging niet

kan worden ontkomen. In dit kader betekent dit dat de belangen van de werkers in de gezondheidszorg moeten worden afgewogen tegen de belangen van de patiënt.

Het beginsel van de *subsidiariteit* stelt de vraag of er andere uitwegen openstonden, met andere woorden: bestaan er minder vergaande maatregelen waarmee hetzelfde doel kan worden bereikt?

In tegenstelling tot de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit, wordt de *Garantenstellung* geacht inherent te zijn aan bepaalde beroepen, zoals aan dat van artsen en verpleegkundigen, waardoor hogere eisen aan de personen in kwestie worden gesteld eer zij een beroep op overmacht kunnen doen¹⁸. Hiermee wordt dan gezegd dat werkers in de gezondheidszorg worden geacht de risico's van het vak te (onder)kennen, hiermee te kunnen omgaan en zich hiervan bewust te blijven.

CONCLUSIE

Uit het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat het laten bepalen van HIV-antistoffen zonder toestemming van de betrokkene een onrechtmatige daad in de zin van art. 1401 BW oplevert en dat een beroep op overmacht, gezien de hiervoor

geldende regulatieve voorwaarden, zal falen. Wordt aan het vereiste van toestemming strikt de hand gehouden dan zal noch de arts, noch de patiënt onverwacht met een positieve HIV-uitslag worden geconfronteerd.

Betreffende dit laatste geldt slechts één uitzondering. In de ons omringende landen, en daarbuiten, neemt men het minder nauw met het toestemmingsvereiste. Het kan dan voorkomen dat een patiënt in het buitenland medisch onderzoek heeft ondergaan en dat de onderzoekresultaten, waaronder de uitslag van een HIV-test, aan de huisarts of specialist worden toegestuurd. Wat doet de arts met deze uitslag? Brengt hij de patiënt ervan op de hoogte of houdt hij hem voor zich? De arts kan besluiten de uitslag niet mee te delen, omdat hij van mening is dat de wetenschap seropositief te zijn een te grote psychische belasting betekent voor de patiënt. Hij kan ook besluiten de uitslag wél te vertellen, omdat hij het belang van de seksuele partner voor ogen heeft en in het mededelen van de uitslag een mogelijkheid ziet besmetting te voorkomen.

Voor een arts kan het onverwacht geconfronteerd zijn met een positieve HIV-test een noodtoestand in het leven roepen. Naar mijn mening is dit de enige situatie

waarin van overmacht sprake kan zijn. Dit in tegenstelling tot de situatie waarin, buiten medeweten van de patiënt, de arts zelf een HIV-test heeft laten afnemen. De arts kan zich immers niet beroepen op een noodtoestand die hij aan zichzelf te wijten heeft. □

Literatuur

1. Bartels JAC. Hulpverleningsrecht, pag. 116 e.v.
2. Leenen HJJ. Gezondheidszorg en recht, pag. 263.
3. Asser-Rutten. Verbintenissenrecht deel II, pag. 109 e.v.
4. Leenen HJJ. Rechten van mensen in de gezondheidszorg, pag. 155.
5. Danner SA, Lange JMA. AIDS, ziekte, patiënt en samenleving, pag. 59 e.v.
6. Danner SA, Lange JMA. AIDS, ziekte, patiënt en samenleving, pag. 50 e.v.
7. Asser-Rutten, Verbintenissenrecht deel III, pag. 60.
8. Asser-Rutten, Verbintenissenrecht deel III, pag. 92 e.v.
9. Asser-Rutten, Verbintenissenrecht deel III, pag. 66.
10. Asser-Rutten, Verbintenissenrecht deel III, pag. 67 e.v.
11. Asser-Rutten, Verbintenissenrecht deel III, pag. 75 e.v.
12. Zie ook derde advies Gezondheidsraad, pag. 103.
13. Congresverslag 'AIDS en zorg'. Amsterdam: AMC 1986.
14. Congresverslag 'AIDS en zorg'. Amsterdam: AMC 1986.
15. Dupuis, HM. Een klassiek dilemma: wiens belang prevaleert? Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131, nr. 33.
16. o.a. Smalhout B. Telegraaf 31 oktober 1987.
17. o.a. Smalhout B. Telegraaf 31 oktober 1987.
18. Hazewinkel-Suringa D, Rummelink J. Inleiding tot de studie van het Nederlandse strafrecht, pag. 197 e.v.
19. NRC 19 september 1987.

Teleac-cursus 'AIDS: medisch en sociaal'

Voor mensen die beroepsmatig met AIDS te maken hebben begint Teleac op maandag 25 januari 1988 een cursus 'AIDS: medisch en sociaal'. De cursus bestaat uit zes televisieprogramma's en zes radioprogramma's en er hoort een cursusboek bij.

Het aantal AIDS-patiënten is op dit moment niet zo groot, maar het aantal mensen dat is geïnfecteerd, of zich daar terecht of onterecht zorgen over maakt, is veel groter. Dit betekent dat de vragen in tal zullen toenemen en dat met name de hulpverleners met deze problematiek zullen worden geconfronteerd. Aan het leren omgaan met deze vragen en met de eigen angst besmet te raken wil Teleac een bijdrage leveren.

De televisieprogramma's starten op 28 januari 1988 om 23.05 uur op Nederland 2. Deze programma's, die net als die op de radio steeds een half uur duren, lopen parallel aan de hoofdstukken uit het boek.

1. *Virologie/Immunologie*. De hulpverlening wordt geconfronteerd met vragen over besmetting, tests, seksueel gedrag en met de angst die een dodelijke ziekte als AIDS verspreidt. Hulpverleners zullen zich kennis, begrip en vaardigheden eigen moeten maken om de hulpvragers goed te kunnen opvangen. In

de eerste TV-uitzending worden gesprekstechnieken onder de loep genomen, alsmede de voorlichting.

2. *De ziekte AIDS*. Reacties van het lichaam bij een onvoldoende functionerend afweersysteem. LAS, ARC, AIDS. Diagnose, opportunistische infecties. Behandelingsprincipes, antibiotica, cytostatica, AZT. Effecten van het AIDS-virus. Psychische aspecten.

3. *Epidemiologie*. Ontdekking en isolatie van het AIDS-virus. Verspreiding geografisch en in de tijd. Risicogroepen.

4. *Preventie*. Hoe een antistoftest werkt wordt uitgelegd in het vierde programma. Niet alleen de feiten roepen veel reacties op bij hulpvragers en hulpverlener, dat geldt ook voor het verzoek om een test. Een positieve uitkomst betekent dat men met het HIV-virus is besmet en dus ook drager van dit virus is. Het verwerken van zo'n bericht is voor patiënten die HIV-antistoffen hebben, de seropositieven, een zware opgave. Persoonlijke en maatschappelijke gevolgen van seropositiviteit zullen vaak begeleiding en hulp vereisen.

5. *Psychosociale aspecten*. Hoe kan men als hulpverlener leren omgaan met AIDS? In een aantal sectoren, waaronder de gezondheidszorg, is sinds de ontdekking van AIDS grote angst ontstaan voor infectie. In TV-uitzending

nummer 5 wordt ingegaan op werkmethodes om het infectierisico te verkleinen, de grenzen van de betrokkenheid van de hulpverlener en barrières voor het professioneel functioneren. 6. *Maatschappelijke gevolgen en actuele ontwikkelingen*. Recente ontwikkelingen op medisch gebied: onderzoek, geneesmiddelen. Maatschappelijke consequenties van AIDS, economische gevolgen, reacties uit de samenleving, beleid overheid.

In de zes radio-uitzendingen, de eerste op 26 januari om 22.30 uur, zal vooral basisinformatie over de ziekte AIDS worden verstrekt. Verder wordt via reportages uitgebreid aandacht gegeven aan de gevolgen die de ziekte heeft voor mensen die in hun werk met AIDS en AIDS-patiënten te maken krijgen; deskundigen, patiënten en hulpverleners zullen uitgebreid aan het woord worden gelaten.

Het bij de cursus behorende boek 'AIDS: medisch en sociaal' kan worden besteld door f 45,— over te maken op postgiro 544232 ten name van Teleac te Utrecht; titel vermelden, s.v.p.

Nadere inlichtingen: Teleac, Postbus 2414, 3500 GK Utrecht, tel. 030-956911.

Routinematig HIV-onderzoek in een Rotterdams methadonprogramma

Na een aanlooptijd van enige jaren begint in veel methadonprogramma's de discussie uit te kristalliseren omtrent het omruilen c.q. verkopen van steriel injectiemateriaal en het al dan niet doen van de bloedtest teneinde besmetting met het HIV-virus vast te stellen. Bij het project P3 van de Karl Hormannstichting in Rotterdam hebben die discussies met zowel staf als cliënten geresulteerd in het volgende beleid: vanaf juli 1979 spuitenverkoop (hepatitis B), vanaf september 1985 routinematig HIV-onderzoek. Omdat vervolgonderzoek bij P3 goed mogelijk is, zijn de meeste cliënten zowel in 1986 als in 1987 onderzocht, terwijl een deel van hen al drie opeenvolgende jaren is nagekeken.

ONDERZOEKGROEP

Bij P3 kunnen heroïnegebruikers alleen terecht na verwijzing door een van de andere Rotterdamse programma's. Verwijsredenen zijn: polydruggebruik, agressie, manipulatie, psychiatrische ziektebeelden, slechte lichamelijke toestand, buitensporig gebruik; deze redenen zijn samen te vatten onder de noemer 'extreem problematisch druggebruik'. P3 is laagdrempelig: er worden geen dwingende eisen gesteld met betrekking tot het heroïnegebruik, zoals verplicht afkicken en urinecontroles. De begeleiding beoogt met instandhouding van de verslaving (methadononderhoud) de gevolgen van die verslaving te minimaliseren (tertiaire preventie) door cliënten aan te spreken op hun eigen verantwoordelijkheid. Alleen in levensbedreigende situaties en bij gevaar voor anderen (aanwezigheid van behandelbare besmettelijke ziekten, zoals tbc en syfilis) treedt P3 handelend op; in andere gevallen treedt P3 op als een adviserende en/of verwijzende instantie.

De cliënten van P3 zijn oudere, langdurig verslaafden (zie tabel 1). De combinatie van intensieve begeleiding met vaste hoge doseringen leidt tot een populatie die langdurig in het programma blijft en dus toegankelijk blijft voor onderzoek en preventie. Bij P3 zijn die mogelijkheden vanaf 1979 gebruikt in het kader van preventie, onder meer van spuitcomplicaties. Ervan uitgaande dat hepatitis B een vermijdbare complicatie is, is sindsdien

W. Barends

De Rotterdamse Karl Hormannstichting heeft extreem problematische druggebruikers die met een hoge onderhoudsdosering bij de methadonbus lopen na discussie bereid gevonden om bloedonderzoek op HIV-antistoffen te ondergaan zonder dat de uitslag wordt bekendgemaakt. Die uitslag wijst op de introductie van het virus in 1985, een stijging van de seroprevalentie tot 9,7% in 1986, maar bij vervolgonderzoek geen enkele seroconversie bij hen die in de methadonverstrekking waren gebleven. De arts W. Barends, sinds 1983 aan de stichting verbonden, rapporteert. (Terzijde: de Hormannstichting is niet meer; de gemeente Rotterdam wil de drughulp anders opzetten.)

de mogelijkheid geboden schone spuiten plus alcoholdepper tegen kostprijs (35 cent) te kopen. Dat werd gecombineerd met enerzijds voorlichting over risico's van gemeenschappelijk gebruik van andere spuitattributen (lepel, watjes, waterglas) en anderzijds voorlichting over manieren om gebruikte spuiten zonder prikrisico met het huisafval te laten werken.

MENING VERSLAAFDEN

Met het beschikbaar komen van de laboratoriumtest waarmee antistoffen tegen het HIV-virus kunnen worden bepaald (1985) ontstond de mogelijkheid zowel groepen als individuen te onderzoeken. Probleem daarbij was de tegenstrijdigheid in de uitgangsprincipes, die toen al bekend waren en nu nog gelden¹. Enerzijds wordt onderzoek bij omschreven risicogroepen noodzakelijk geacht teneinde inzicht te krijgen in de verspreiding van het virus en de daaruit af te leiden preventieve maatregelen en beleidsaanpassingen. Anderzijds dient men uiterst terughoudend te zijn in het doen van testen vanwege de zeer belastende consequenties voor diegenen die weten dat

ze seropositief zijn, terwijl bovendien de invloed van testuitslagen op het gedrag (nog steeds) aan discussie onderhevig is². Een mogelijke oplossing voor dit dilemma was verslaafden toestemming te vragen voor seroprevalentie- c.q. epidemiologisch onderzoek en ermee akkoord te gaan dat de individuele uitslag anoniem blijft.

Tijdens een voorlichtings- annex discussiebijeenkomst met verslaafden over AIDS werd een aantal algemeen geldende meningen geconstateerd:

1. Verslaafden doen alles om onthoudingsverschijnselen kwijt te raken. Seropositiviteit zal worden verzwegen in de prostitutie en spuiten zullen worden (uit)geleend als men 'heroïneziek' is. Dezelfde bevindingen zijn gedaan bij onderzoek op de tippelzones in Amsterdam en Rotterdam³.

2. Lymfeklierzwellingen, perioden met overmatig zweten, sterke gewichtschommelingen en ontregelde stoelgang komen bij (poly)druggebruikers veelvuldig voor. Seropositieve verslaafden kunnen niet weten of de genoemde klachten het gevolg zijn van druggebruik of symptomen zijn van het lymfadenopathiesyndroom (LAS) of het 'Aids related complex' (ARC). Ze zullen dus vaker de angst hebben dat het niet bij seropositiviteit blijft, maar erger wordt. Deze angst wordt bovendien nog versterkt doordat harddruggebruikers anders met emoties omgaan: angsten worden veelal of gesomatiseerd of direct uitgegeerd dan wel 'weggespoten'. Dit resulteert erin dat het meedelen van HIV-uitslagen aan verslaafden nog terughoudender dient te geschieden dan bij andere personen. Verslaafden accepteren dat ook, te meer omdat ze inzien dat gedragsverandering (ongeacht de HIV-uitslag) te allen tijde noodzakelijk is.

3. Bloedafname is bij langdurig intraveneuze druggebruikers moeilijk door de slechte toestand van de bloedvaten. Illustratief hiervoor is dat circa 15% van de afnames zelfs niet meer lukt uit bloedvaten op voeten en kuit en daarom slagaderlijk geschiedt. Een extra bloedafname voor groepsonderzoek naar HIV-besmetting werd door de cliënten dan ook afgewezen. Wel gingen ze ermee akkoord dat aan het (half)jaarlijkse perio-

dieke bloedonderzoek de HIV-test werd toegevoegd.

Na deze bijeenkomst werd het bloedonderzoek zodanig georganiseerd dat toestemming van de betrokkenen en de anonimiteit van de individuele uitslagen verantwoord werden geregeld.

Indien personen niet op anonieme basis wilden meewerken, was de afspraak dat hun bloed niet op HIV-antistoffen zou worden onderzocht. Als ze er ondanks ontmoedigende voorlichting bij bleven bekend te willen zijn met de testuitslag, was de afspraak niet de anonimiteitscode van het onderzoek te verbreken, maar de cliënt door te verwijzen naar de Alternatieve Testplaats van de GGD in Rotterdam. Enerzijds werden verslaafden dus niet verplicht om hun bloed op HIV-antistoffen te laten onderzoeken, terwijl anderzijds werd gewezen waar men zich kon laten testen als men dat nadrukkelijk zelf wilde. In de praktijk bleek echter dat van de mogelijkheid geen gebruik werd gemaakt. In de twee jaar dat het onderzoek naar HIV-antistoffen nu duurt (235 onderzoeken) blijkt iedereen na voorlichting op anonieme basis te willen meewerken, terwijl van niemand bekend is dat hij of zij tevens bloedonderzoek op de Alternatieve Testplaats heeft laten doen; de drempel die deze testplaats bewust heeft opgeworpen blijkt dus effectief te zijn.

RESULTATEN

Met inachtneming van de genoemde voorzorgen werd er in september 1985 mee begonnen bij het periodieke bloedonderzoek ook HIV-antistoffen te bepalen, en wel door middel van ELISA-onderzoek bij de Rotterdamse GGD en bevestiging in de Westernblot. In de laatste maanden van 1985 werden 29 personen onderzocht. In 1986 werden vrijwel alle deelnemers aan het methadonprogramma onderzocht, evenals in 1987 (93 personen op 1 juli 1987). De cijfers (zie de tabellen 2 en 3) laten een daling van de seroprevalentie zien. De oorzaak daarvan is tweeledig. Ten eerste konden niet alle personen worden heronderzocht. Van de 113 personen gingen er 37 uit het programma zonder er voor 1 juli 1987 in terug te keren ten gevolge van detentie, verhuizing, overlijden, zwerven of afkicken. Van deze 37 personen waren er 6 seropositief (16%), hetgeen een significant hoger percentage is dan de 6,5% van de groep die in 1987 wel kon worden onderzocht ($p < 0,001$ in de χ^2 -test). Ten tweede kon worden geconstateerd dat bij

Tabel 1. Gegevens van de in 1986 onderzochte personen.

leeftijd in jaren	man		vrouw	verslavingsduur in jaren		methadondosering in milligram	man		vrouw
	(N=84)	N(%)	(N=29)	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	
20-24	8 (9,5)		4 (13,7)	< 5	5 (6)	< 20 mg	—		—
25-29	31 (36,8)		8 (27,5)	5-9	19 (22,6)	20-39	8 (9,5)		—
30-34	24 (28,5)		13 (44,7)	10-14	36 (42,8)	40-59	15 (17,8)		3 (10,3)
35-39	12 (14,3)		—	15-19	18 (21,4)	60-79	25 (29,7)		8 (27,5)
40-49	7 (8,3)		4 (13,7)	≥ 20	6 (7,1)	80-100	36 (42,8)		18 (61,9)
≥ 50	2 (2,4)		—						
gemiddeld	30,4 jr		30,1 jr		11,8 jr		67,7 mg		77,2 mg
gem. totaal			30,3 jr		11,7 jr		70,2 mg		

de heronderzochte personen in geen enkel geval seroconversie optrad: 71 seronegatieven bleven na een gemiddeld interval van 281 dagen seronegatief, een 'attack rate' van 0%.

Uit vergelijking van de eerste seropositieve uitslagen (tabel 4) met eerdere negatieve sera wordt het zeer aannemelijk dat introductie van het HIV-virus in 1985 in de P3-populatie heeft plaatsgevonden.

Achtergrondgegevens

Druggebruik. Meer dan 80% van de P3-populatie gebruikt drugs intraveneus. Een kwart daarvan spuit echter sporadisch. Meestal gaat het om verslaafden die naast methadon andere psychofarma-

ca gebruiken als goedkoop alternatief voor heroïne. Deze zogenaamde pillenfreaks zijn in het algemeen niet op zoek naar injecteerbare drugs, zoals heroïne en cocaïne, maar spuiten deze stoffen wel als ze het zich financieel kunnen permitteren. Alle seropositieven (6 vrouwen, 5 mannen) zijn intraveneuze gebruikers.

Prostitutie. Van alle vrouwen is prostitutie bekend. Van één man is het met zekerheid bekend, terwijl het bij drie van de vier andere mannen niet kan worden uitgesloten, omdat seksuele contacten tegen betaling bij mannelijke verslaafden veel meer voorkomt dan in een anamnese kan worden vernomen.

BESCHOUWING

Afkicken lukt de meeste mensen die aan heroïne zijn verslaafd niet. Mislukte afkickpogingen versterken de neerwaartse spiraal waar verslaafden wegens hun afhankelijkheid van de zwarte markt in zitten. Nadelige gevolgen voor zowel lichamelijke gezondheid als sociale omstandigheden zijn daar (vrijwel zonder uitzondering) het gevolg van. AIDS is daarbij een groot risico.

Als afkicken reëel gezien niet tot de mogelijkheden behoort, is de ideale situatie dat een verslaafde alleen methadon gebruikt, een vaste dagelijkse dosering. Hem of haar verplichten alleen methadon te gebruiken – via urinecontroles op heroïnegebruik in sanctiëring daarvan – draagt er vaak toe bij dat gebruikers de risico's van het afhankelijk zijn van de zwarte markt verkiezen boven een dergelijke methadonverstrekking. Zodoende is er een groep verslaafden met de meeste kans op verloedering, omdat in hun geval de eisen van de eerste methadonprogramma's te hoog blijken te zijn. In Rotterdam worden deze verslaafden doorverwezen naar P3, waar laagdrempelige hulpverlening wordt gecombineerd met intensieve begeleiding; door

Tabel 2. Seroprevalentie op jaarbasis.

	1985	1986			1987		
		1	2	3	1	2	3
aantal personen	29	88	25	113	17	76	93
aantal seropositief	1	8	3	11	1	5	6
% seropositiviteit	3,5%			9,7%			6,5%

1 = eerste HIV-onderzoek; 2 = al eerder HIV-onderzoek verricht; 3 = totaal.

Tabel 3. Vervolgonderzoek bij seronegatieven.

	1985-1986 (gem. 245 dagen)	1986-1987 (gem. 281 dagen)
aantal heronderzochte seronegatieven	24	71
aantal seroconversies	2	0
'attack rate'	8%	0%

Tabel 4. De eerste seropositieven.

seronegatief	seropositief
no. 1 mei '85	okt '85
no. 2. onbekend	maart '86
no. 3 mei '85	mei '86 (zwangerschap)
no. 4 okt '85	mei '86

deze combinatie lukt het het grootste deel van deze groep jarenlang in de methadonverstrekking te houden.

Preventie is op dit moment de enige manier om verspreiding van het HIV-virus tegen te gaan. Preventie is van groot belang, omdat de verspreiding van het HIV-virus zeer snel kan verlopen. Buitenlands onderzoek laat zien dat het virus in het vierde jaar na introductie al bij 50%-70% van de verslaafden in bepaalde steden kon worden aangetoond; dit geldt zowel voor de Verenigde Staten als voor Europa^{4,5}. Onderzoek onder een deel van de verslaafden in Amsterdam toont een besmettingspercentage van 27%⁶, hoewel het om een extra-risicovolle selectie uit de groep van Amsterdamse verslaafden zou kunnen gaan omdat zij zichzelf aanmelden, hetzij voor methadonverstrekking, hetzij omdat zij zichzelf meer risico toedenken.

De mening leeft dat laagdrempelige drughulpverlening en de verkrijgbaarheid van schone spuiten en naalden de verspreiding van het HIV-virus in belangrijke mate kunnen voorkomen dan wel afremmen⁷. Onze cijfers versterken deze mening. Weliswaar trad na virusintroductie een eerste snelle stijging naar 10% besmetting op, maar bij de verslaafden die in de methadonverstrekking waren gebleven vond in geen enkel geval seroconversie plaats; in de groep die niet aan P3 gebonden bleef bevonden zich significant meer virusdragers. Mijn veronderstelling is dat het bloedonderzoek zoals dat plaatsvindt een belangrijke rol speelt bij het feit dat alle seronegatieve personen seronegatief bleven. Het is om gedragsverandering te bewerkstelligen immers noodzakelijk relevante informatie bij herhaling op de juiste plaats te geven⁸. Het geven van een folder of een schone spuit heeft op zich een beperkte preventieve waarde. Belangrijker zijn de ingangen die de drughulpverlening heeft om AIDS bespreekbaar te maken. Het bespreken van zaken als abcessen, hepatitis B, geslachtsziekten, prostitutie, homoseksualiteit en kinderporno is zeker geen alleenrecht van artsen en kan vaak door anderen in de drughulpverlening als handvat worden gebruikt. Bloedonderzoek bewerkstelligt echter automatisch dat AIDS bespreekbaar wordt. Men moet immers een 'informed consent' hebben alvorens bloed kan worden afgenomen. De informatie over het anonieme groepsonderzoek is pure voorlichting, die ertoe bijdraagt dat de problematiek bij de betrokkene gaat leven. Vaak komen verslaafden terug met vragen, zodat

de informatie over AIDS meermalen persoonlijk wordt gegeven, waardoor van het bloedonderzoek een sterk preventieve waarde kan uitgaan. Tevens zorgt het ervoor dat de AIDS-problematiek door drughulpverleners serieus moet worden genomen, hetgeen een voorwaarde is om latere paniecreacties te voorkomen⁹.

Naast het bloedonderzoek speelt bij P3 een rol dat er al jarenlang spuitenverkoop plaatsvindt. De onderzoekresultaten geven geen aanleiding om deze verkoop te veranderen in een omruilsysteem, omdat vooralsnog niet aannemelijk is gemaakt dat zo'n omruilsysteem een betere preventieve waarde heeft¹⁰; essentieel is immers dat verslaafden gemotiveerd zijn om verantwoord met hun spuitattributen om te gaan. De verkrijgbaarheid van schone spuiten en naalden is daarvoor uiteraard een vereiste, maar met die motivatie is 35 cent geen belemmering. Daar ligt ook de kracht van laagdrempelige hulpverlening, waarvoor P3 als voorbeeld kan dienen: verslaafden aanspreken op hun eigen verantwoordelijkheid teneinde hen met hun verslaving een zo normaal mogelijk leven te laten leiden.

Het lijkt erop dat de Nederlandse drughulpverlening een belangrijke bijdrage kan leveren aan de preventie van AIDS. Want het blijft een vermijdbare ziekte. □

Literatuur

1. Bijkerk H. Serologisch onderzoek op AIDS. Medisch Contact 1985; 40: 1156.
2. Wijngaarden JK van. Tussenbalans van het 'testbeleid'. SOA-bulletin 1987; 8: 8-9.
3. Putte B van de. Harddruggebruikende straatprostituees. Onderzoek in opdracht van de FZA, de de Graafstichting en werkgroep 'AIDS en druggebruik'. 1986; 22-4.
4. Marmor M et al. The epidemic of AIDS and suggestions for its control in drug abusers. Journal of Substance Abuse Treatment 1984 Vol 1, 237-47.
5. Robertson JR, Bucknall ABV, Wiggins P. Regional variations in HIV antibody seropositivity in British intravenous drug users. The Lancet 1986, 1435-6.
6. Houweling H et al. Epidemiologie van AIDS en HIV-infecties in Nederland; huidige situatie en prognose voor de periode 1987-1990. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 818-24.
7. Buning EC et al. Preventing AIDS in drug addicts in Amsterdam. The Lancet, 1986, 1435.
8. Moerkerk JH et al. AIDS en druggebruik. Tijdschrift voor alcohol en drugs 1985; 11: 41-6.
9. Des Jarlais DC. Stages in the response of the drug abuse treatment system to the AIDS epidemic in New York City. Journal of drug issues (in press).
10. Hoek JAR van den et al. Paper gepresenteerd op de Internationale conferentie over AIDS, Washington 1987, TP 40.

AIDS in de praktijk

Onder het motto 'voor en door huisartsen' komt sinds een aantal jaren op gezette tijden een gespreksgroep voor huisartsen in de polikliniek van het VU-ziekenhuis te Amsterdam bijeen. Niet zo lang geleden kwamen daarin dagelijkse ervaringen met patiënten met AIDS aan de orde. Verhaald werd, als vervolg op een lezing van twee jaar tevoren, van een huisartspraktijk in de Amsterdamse binnenstad waar veel tijd en energie wordt besteed aan AIDS-patiënten. Twee jaar geleden kende de betrokken huisarts 3 patiënten met AIDS. Inmiddels heeft hij er 10 zien sterven, leven 10 mensen uit zijn praktijk met ARC ('AIDS-related complex') en zijn er op dit moment meer dan 60 HIV-positief bevonden.

Bij de HIV-positieven valt vooral op hoe bang ze zijn. Het aantal contacten met de huisarts en ook de duur van die contacten loopt daardoor op.

AIDS-patiënten spelen de kranten in de hoop dat de therapie om hen te genezen nu toch echt is gevonden; de komst van het chemotherapeutikum AZT heeft ze weer moed gegeven. Alternatieve therapieën (AL721, vitamine C, antimoön) vinden veel aftrek. Van de secundaire gevolgen is de stijging van het aantal gevallen van tuberculose te noemen. Opvallend is dat zelden om euthanasie wordt gevraagd.

Een aparte categorie vormen de junks die om Rohypnol of methadon komen en die met HIV zijn besmet. Heroïnehoertjes zijn er weinig, maar die er zijn zijn erg besmettelijk: ze zijn nogal populair omdat ze niet van hun klanten eisen dat die een condoom gebruiken.

Naar de mening van de huisarts die dit relaas in de gespreksgroep deed doet de landelijke beleidsgroep nauwelijks meer dan vergaderen. Een landelijk beleidsplan ontbreekt. De aanpak is geïmproviseerd. De artsen zijn niet tijdig voorgelicht: een afbeelding van het Kaposi-sarcoom verscheen niet eerder dan 22 augustus 1987 in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. De campagne om het condoomgebruik te bevorderen is pas onlangs op gang gekomen.

Op termijn leveren de vaak ernstige ziektebeelden diepgaande zorgproblemen op, meldde een internist uit het VU-ziekenhuis. Binnen de ziekenhuizen is oppositie tegen en vrees voor AIDS-patiënten waargenomen. Dat is niet nodig. Vereist is uitsluitend gewone eersteklas zorg. Deze zorg heeft meer te maken met 'care' dan met 'cure' en vereist veel toewijding, energie en tijd. Het aantal AIDS-patiënten stijgt exponentieel. Vooral nu er een (zwakke) aanwijzing is dat AZT palliatief werkt, zal het aantal te verzorgen patiënten naar verwachting spoedig stijgen. De methode die de beleidsvormende instanties tot dusver hebben gevolgd is die van de struisvogel-politiek, maar dat helpt niet.

Grondslagen van de geneeskunde

'Chorea hereditaria adultorum'

Een dissertatie uit 1890

CHOREADOORDEEEUWENHEEN

Onder de noemer 'chorea' zijn door de eeuwen heen uiteenlopende ziektebeelden beschreven, zoals de Sint-Vitusdans, scelotyrie, ballisme en andere vormen van onwillekeurige spierbewegingen. De geschiedenis van de chorea heeft haar wortels in de geschriften van Paracelsus. Het woord 'chorea' komt van het Griekse χορεία, hetgeen dansen betekent. Paracelsus (Philip Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, die leefde van 1493 tot 1541) onderscheidde drie vormen van chorea: de chorea ten gevolge van suggestie: de Vistia of Chorea imaginativa; de chorea ten gevolge van begeerte: de Chorea lasciva; en de chorea ten gevolge van lichamelijke oorzaken: de Chorea naturalis of coacta. Met de term 'dansziekte' werd in de middeleeuwen vooral een epidemisch optredende extase aangeduid, soms geïnitieerd door een sekte, zoals die van de flagellanten.

In 1686 beschreef Thomas Sydenham (1624-1689), in het zestiende hoofdstuk van zijn boek 'Schedula Monitoria de Novea Febris Ingressa' onder de term 'Chorea sancti viti', de nu naar hem genoemde stoornis (chorea van Sydenham). Deze aandoening wordt ook wel de Chorea minor (Chorea Anglorum) genoemd. Onder Chorea major (Chorea Germanorum) werd in het verleden een krampachtige, dwangmatige bewegingsdrang verstaan, die later als een vorm van hysterie werd opgevat¹.

German Sée (1818-1896), een van de eerste chorea-experts, meende dat er vier soorten chorea bestonden en wel²: 1. een vorm van chorea zonder veranderingen van het centrale zenuwstelsel (bij één van zijn patiënten vond hij lesies in de tractus digestivus en in het hart); 2. een zeer algemene vorm van chorea die wordt veroorzaakt door een reumatische aandoening van gewrichten en hart; 3. essentiële chorea, een choreasoort ten gevolge van veranderingen in cerebro, zonder dat dit neuropathologisch kan worden geobjectiveerd; en 4. chorea,

Dr. J. M. Keppel Hesselink

In 1890 verscheen de eerste Nederlandse beschrijving van de chorea van Huntington: de dissertatie 'Chorea hereditaria adultorum' van Josephus Marius Michael Conrad Breukers. Dr. J. M. Keppel Hesselink, arts en medisch bioloog, volgt het ziektebeeld 'chorea' door de eeuwen heen.

veroorzaakt door anatomische afwijkingen in het cerebrum of de medulla spinalis, een symptoom van uiteenlopende ziekten als hersentuberculose en myelitis.

In 1846 beschreef Angelo Dubini (1813-1902) onder de naam 'Chorea electrica' een eigenaardige epidemie. Het ging hier om een aandoening die hij in Lombardije had aangetroffen, die gepaard ging met koorts, myoclonische bewegingen, epileptiforme aanvallen en paresen. Meestal verliep de ziekte dodelijk. Een zelfde soort ziektebeeld zou in de vorige eeuw

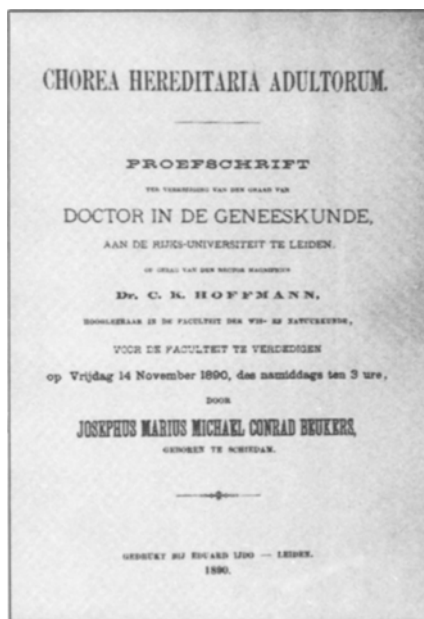
bekend hebben gestaan als de chorea van Hensch-Bergeron; hierover verschillen de meningen echter. Robert Paul Bing (1878-1956) stelde dat de Henschse vorm van de elektrische chorea slechts een atypische vorm van myoclonie was, terwijl het bij de Bergeronse vorm om hysterische aanvallen zou gaan³. Anderen vonden het waarschijnlijker dat deze vormen het gevolg waren van epidemisch optredende encefaliden. De fibrillaire chorea van Morvan is vermoedelijk ook een vorm van myoclonie.

William Richard Gowers (1845-1915) beschreef in 1888 een patiënt bij wie hij de diagnose 'tetanoid chorea' stelde. Deze patiënt werd later in 1912 door Samuel Alexander Kinnier Wilson (1878-1937) als een voorbeeld van de hepatolenticulaire degeneratie besproken^{4,5}. Vroeger werd bij kinderen ook veelvuldig van posthemiplegische chorea gesproken; het ging dan in veel gevallen over afwijkingen die wij nu als athetose zouden beschrijven.

Uit het voorafgaande blijkt dat de term 'chorea' op een dubbelzinnige wijze in de oudere literatuur werd gebruikt. Met deze term zijn vele ziektebeelden beschreven; sommige daarvan kennen of herkennen wij nu niet meer.

DE CHOREA VAN HUNTINGTON

Huntington was niet de eerste die het ziektebeeld dat we nu naar hem noemen beschreef. In 1842 schreef de Amerikaanse arts C. O. Waters aan Robley Dunglison (1798-1869) over een bijzondere vorm van chronische chorea, die binnen families voorkwam en zich na de puberteit manifesteerde. Deze vorm was ongeneeslijk en leidde uiteindelijk tot dementie. De ziekte kwam meer dan eens voor in het zuidoostelijke deel van de staat New York en stond bij de bevolking bekend als 'the magrums'. Waters meende dat deze term afkomstig was uit het Nederlands en werd gebruikt om rusteloosheid mee aan te duiden. Dunglison nam de brief van Waters op in zijn 'Practice of Medicine' (1842). In de derde edi-



tie noemde Duglison (1848) een proefschrift van C. G. Gorman te Luzern uit 1864 waarin een zelfde ziektebeeld werd beschreven; de titel van deze studie was 'on a form of chorea, vulgarly called magrums'⁶.

Huntington kwam uit een doktersfamilie. Door het werk van zijn vader en zijn grootvader was hij in staat het verloop van de ziekte door generaties heen te beschrijven⁷. Toen de Engelsen in 1649 'Maidstone' koloniseerden was de ziekte naar Amerika gekomen. De grootvader van Huntington zou de ziekte al in 1797 hebben gekend. Huntington was 18 jaar oud toen hij voor het eerst patiënten zag die aan deze vreemde ziekte leden; hij was op weg met zijn vader toen ze twee zeer magere vrouwen tegenkwamen die continu bogen, draaiden en grimasten. Na de publikatie van Huntington in 1872 duurde het nog enige tijd voordat deze ziekte algemeen werd geaccepteerd als een zelfstandig ziektebeeld. Vele vooraanstaande klinici uit de vorige eeuw, zoals Charcot, Jolly en Zinn, waren overtuigd van het feit dat het hier slechts om een chronische variëteit van de chorea van Sydenham ging⁸. Jean-Martin Charcot (1825-1893) had deze nieuwe zienswijze nog verdedigd in 1888 in zijn 'leçons du Mardi à la Salpêtrière'.

DISSERTATIE BREUKERS

Josephus Marius Michael Conrad Breukers had in 1890 aan zijn hoogleraar, Samuel Siegmund Rosenstein (1832-1906) een onderwerp voor een dissertatie gevraagd. Het proefschrift dat Breukers vervolgens heeft geschreven bevat helaas geen curriculum vitae⁹, zodat we over de schrijver niet veel weten. Over zijn promotor is des te meer bekend. Rosenstein is namelijk zeer belangrijk geweest voor de ontwikkeling van de interne geneeskunde in Nederland. Hij leidde veel assistenten op die later bekende hoogleraren zouden worden, bijvoorbeeld de internisten Pel en Nolen en de neuroloog Wertheim Salomonson¹⁰. Rosenstein droeg Breukers op een onderzoek in te stellen naar de afstamming, de geschiedenis en de verwantschap van een voormalige patiënt met chorea uit de medische kliniek te Leiden. In de inleiding van zijn proefschrift beklaagt Breukers zich over de moeilijke toegankelijkheid van de oorspronkelijke publikatie van Huntington. Hij merkte op dat het hem was vergaan als enkele tijdgenoten, die eenstemmig betreurden dat deze studie onvindbaar was. Men moest het in de

tijd van Breukers doen met het référaat van het artikel van Huntington in de 'Virchow-Hirsch's Jahresberichte' uit 1872 van de hand van Kussmaul en Nothnagel. Breukers vond bovendien de literatuur over de chronische chorea zeer mager; er waren slechts enkele auteurs die mededelingen hadden gedaan over deze ziekte: Ewald (1884), King (1885), Peretti (1885), Huber (1887) en Hoffmann (1888). Bij het doorlezen van deze publikaties kreeg Breukers de indruk dat de ziekte uiterst zeldzaam was; het aantal nauwkeurig beschreven waarnemingen bedroeg slechts vijf.

Een geval van 'chorea hereditaria adultorum'

De patiënt uit het Leidse ziekenhuis aan wie Breukers dissertatie was gewijd, Willem van der Mey, werd in 1885 op 35-jarige leeftijd opgenomen en gedurende acht maanden verpleegd. Bij het vertrek uit de kliniek beloofde de patiënt ter poliklinische controle te blijven komen; hij kwam zijn belofte echter niet na. Op 7 oktober 1890 had Breukers Willem van der Mey voor het eerst in zijn woonplaats Rijnsburg bezocht. De patiënt was 'boerenarbeider' en toen 40 jaar oud. Zijn vader was op 45-jarige leeftijd krankzinnig in het St. Joris-Gasthuis te Delft overleden in 1866. Deze patiënt had zich onderscheiden door verregaande snoep-lust, hebzucht en dwingelandij. Hij was boosaardig geweest, had iedereen gekweld en soms naakt door het gesticht gelopen. Uit de ziekte-aantekeningen kon Breukers opmaken dat hij in ernstige mate aan chorea had geleden. Behalve de patiënt Willem en diens vader ontdekte Breukers bij verder familie- en stamboomonderzoek dat velen in de familie van vaderszijde de aandoening chorea hadden. De ziekte zou voor het eerst zijn gevonden bij beide overgrootouders Paulus van der Mey en Sijtje de Koning, die in 1775 huwden.

Uit de anamnese bleek dat de ziekte zich voor het eerst bij Willem van der Mey had geopenbaard toen deze 16 jaar oud was; details werden niet gegeven. Elf jaar na dit debuut had de patiënt zich onder behandeling van Rosenstein gesteld. Gedurende acht maanden was hij behandeld met arsenicum, kaliumbromide en chloralhydraat, echter zonder enig resultaat. Na het ontslag ging de patiënt achteruit. Het spreken werd moeilijker, de choreatische bewegingen namen in ernst toe; hij werd door onbekenden vaak voor dronken gehouden. Zelfs werd de patiënt éénmaal door agenten wegens

openbare dronkenschap naar het politiebureau gevoerd.

Nog voor zijn zestiende levensjaar was de patiënt gehuwd; hij werd vader van vijf kinderen, van wie er twee spoedig stierven. Zijn twee overgebleven dochters waren volkomen normaal; het zoon-tje was voor zijn leeftijd zeer klein '... en lijdende aan eene motiliteitsneurose, die moeilijk in een der gebruikelijke kaders is op te nemen'. (p.7)

Bij lichamenlijk onderzoek vond Breukers het volgende: De patiënt was goed gevoed en van gemiddelde grootte. Hij had een voorkeur voor een zittende, naar voren gebogen houding. Het hoofd toonde onregelmatige, krachtige, schudden-de en knikkende bewegingen. Het gezicht was steeds in beweging met heftige grimassen, het voorhoofd was sterk gerimpeld met opgetrokken wenkbrauwen. De mond werd zo nu en dan geopend, de lippen gekruld of krampachtig samengeperst. De spraak was ongearticuleerd. De schouders waren ook constant in beweging, rechts meer dan links. De armen toonden alle soorten bewegingen, flexie, extensie, abductie, adductie, supinatie en pronatie. Met de vingers werden plukbewegingen gemaakt. Ook de buikspieren toonden onwillekeurige bewegingen met plotselinge contracties. De benen waren gebogen, in endorotatie en toonden ook onwillekeurige bewegingen, maar minder uitgesproken dan de armen. Er waren geen tekenen van krachtsvermindering. De proef van Romberg was ongestoord. De kniepeesreflexen waren beiderzijds sterk verhoogd, er was geen voetclonus. De sensibiliteit was onveranderd. Verder lichamenlijk onderzoek leverde geen afwijkingen op. Ook het karakter bleek veranderd: de patiënt was volgens zijn vrouw dwingerig, ontevreden en lastig geworden. Er was sprake van geheugenverlies en de patiënt was weinig geïnteresseerd in het welbevinden van zijn vrouw en kinderen.

Vervolgens werden een broer, een zuster en een nicht van de patiënt onderzocht. Alleen toonden choreatische bewegingsstoornissen en karakterveranderingen.

Breukers vatte vervolgens de waarnemingen uit de literatuur samen. Tot 1890 was er slechts één autopsieverslag gepubliceerd, beschreven door Huber. Diens patiënt was sterk vermagerd en had sacraal grote decubitusplekken. Tevens was er sprake van een fistelende osteomyelitis. Er werden tekenen van een meningitis gevonden. In cerebro werden echter geen afwijkingen gevonden, de

ventrikels waren niet verwijd. Het resultaat van therapeutische interventie met 'nervina en roborantia' was nihil. Medische hulp moest beperkt blijven tot aanbevelingen op het gebied van de voeding en een liefderlijke verzorging.

Aan het slot van zijn dissertatie (pp. 54-55) gaf Breukers de volgende opsomming van de *kenmerkende* van de chorea hereditaria:

De Chorea hereditaria is:

1. een ziekte, welke vooral optreedt bij volwassenen.
2. wat de aetiologie betreft, gekarakteriseerd door den overwegenden, essentiellen invloed der heredititeit.
3. symptomatisch alleen in zooverre afwijkend van het beeld van de Chorea Sydenhami, dat onder den invloed van den wil de ongecoördineerde bewegingen tijdelijk of geheel ophouden of in intensiteit sterk afnemen, en bijna nooit vergezeld of voorafgegaan is door Rheumatismus acutus articularum en Endocarditis.
4. Progressief, zij voert na korteren of langeren tijd tot den dood.
5. Pathologisch-anatomisch te weinig bekend, om een orgaanlijden voor hare uitingen verantwoordelijk te stellen.

6. Sterk influenceerdend op de functien der psyche.

7. tot heden toe wel verzacht, maar niet afdoend door eenige therapie bestreden.

De dissertatie van Breukers was de eerste Nederlandstalige publikatie over de chorea van Huntington; Breukers bevond zich onder de eersten na Huntington die over dit ziektebeeld hebben geschreven. De visie van Charcot, dat de ziekte van Huntington geen aandoening sui generis was maar een chronische vorm van de chorea van Sydenham, werd door Breukers niet vermeld. Breukers sloot zich geheel aan bij de opvatting dat het ging om een chronische, erfelijke choreavorm, die voor het eerst duidelijk door Huntington was beschreven. De stamboom die bij beschreef leverde als bijzonderheid op dat beide overgrootouders waren aangedaan. Er werden over deze overgrootouders geen details gegeven. Gezien de incidentie van de aandoening lijkt deze bevinding echter uiterst onwaarschijnlijk. □

Literatuur

1. Roth O. Klinische terminologie. Erlangen: Besold, 1884.
2. Sée G. Correspondance manuscrite. Bull de l'acad nat de méd 1849-1850; 15: 343-5.
3. Bing R. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Basel: Schwabe, 1945.
4. Gowers WR. Diseases of the nervous system. London: Churchill, 1888.
5. Wilson SAK. Progressive lenticular degeneration: a familial nervous disease associated with cirrhosis of the liver. Brain 1912; 34: 296-509.
6. Herringham WP. Chronic hereditary chorea. Brain 1889; 2: 415-8.
7. Huntington G. Essays on chorea. Phil med and surg rep 1872; 15: 317-21.
8. Gezelle Meerburg GF. Bijdrage, naar aanleiding van een anatomisch en genealogisch onderzoek tot de kennis van de chorea huntingtonia. Zeist: Vonk, 1923.
9. Breukers JMMC. Chorea hereditaria adultorum. Leiden: IJdo, 1890.
10. Pannekoek JH. S. S. Rosenstein, aartsvader der Nederlandse internisten. In: Geerling J et al (eds). Nederlandse Internisten Vereniging 1931-1981. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1981.

Uit de Geneeskundige Hoofdinspectie

Hoe sociaal kan een arts drinken?

Drie voorbeelden uit de praktijk:

Een arts-assistent verzucht dat ze vroeger in het ziekenhuis bij de lunch een glaasje bier konden krijgen, wat vooral plezierig was als er nasi goreng op het menu stond. Aan de andere kant was hij blij dat de directie er een stokje voor had gestoken: hij had 's middags onder het werken wel degelijk gemerkt dat hij wat op had.

In de werkkamers van diverse specialistenmaatschappen werden bij enkele bezoeken kratjes bier aangetroffen. Naar de betrokken collegae verklaarden, dronken ze aan het einde van de dag een 'sociaal pilsje' met elkaar. 'Dat moet toch kunnen!'

Recent kreeg een regionaal geneeskundig inspecteur de melding dat een arts 'met zó'n kegel' had staan opereren. Hoewel het enkele medewerkers van hem niet was ontgaan dat hij een zware dranklucht om zich heen verspreidde, had toch niemand geprobeerd hem het opereren te beletten. (Het liep goed af.)

Het ministerie van WVC heeft zojuist een nieuwe campagne gelanceerd tegen overmatige alcoholgebruik. De nadruk ligt daarbij op

matiging. De vraag doet zich voor in hoeverre van artsen mag worden verwacht dat zij daarbij een voorbeeldfunctie vervullen. Een zelfde vraag kan overigens worden gesteld ten aanzien van het roken.

Onze samenleving verandert voortdurend en daarmee ook de geldende gedragsregels. Zo stond in de uitgave 1959 van het boekje 'Medische Ethiek en Gedragsleer' van de KNMG op bladzijde 39 nog, dat van de arts kon worden geëist: '... geen opzichtigheid in huis, kleding of vervoermiddel, geen overdreven café- of sociëitsbezoek, geen misbruik van alcohol vooral. Hoe men verder dit voorschrift wil opvatten is een kwestie van gevoel voor stijl en levenshouding.' Deze passage is uit de latere uitgaven verdwenen.

Van een arts mag worden verwacht dat hij of zij er zorg voor draagt tijdens de daadwerkelijke beroepsuitoefening in een optimale staat van alertheid te verkeren. (Hetzelfde geldt trouwens ook voor een aantal andere beroepen: piloten, buschauffeurs, verkeersleiders op vliegvelden, loodsen in de havens.) Dit geldt niet alleen voor de normale praktijken, maar ook voor de tijd waarin de arts als waar-

nemer of achterwacht elk moment kan worden opgeroepen. Patiënten die een ingreep of een onderzoek moeten ondergaan, hebben voor het overgrote deel het volste vertrouwen in de arts aan wie zij zich toevertrouwen. Van de zijde van de arts mag worden verwacht dat hij zich daarvan bij voortdurende rekenschap geeft. Dit geldt vanzelfsprekend ook voor tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen, paramedici en vertegenwoordigers van andere dienstverlenende beroepen in de gezondheidszorg.

De Geneeskundige Inspectie is van oordeel dat de arts zijn werkzaamheden moet verrichten in een zodanige conditie dat hij zijn kennis, kunde en vaardigheden zo goed mogelijk kan aanwenden en daartoe is een optimale geestelijke en lichamelijke conditie vereist.

Gebruik van alcohol past niet bij de feitelijke uitoefening van het beroep. Verslaving aan alcohol maakt een arts ongeschikt voor zijn functie.

W. J. Chr. van Gestel, arts, geneeskundig hoofdinspecteur van de Volksgezondheid

KNMG

Servicerubriek werkzoekende artsen

Deze rubriek is opengesteld voor werkzoekende KNMG-leden. Via deze rubriek kunnen werkzoekende artsen zich – anoniem – bekend maken aan potentieel geïnteresseerden. Hoe te handelen? U schrijft in telegramstijl de belangrijkste basisgegevens op (opleiding, eventuele specialisatie, bijzondere interesse, ervaring, leeftijd en dergelijke) en stuurt die aan de KNMG, secretaris public relations, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht. De KNMG zorgt dan voor de verdere afhandeling: eventueel tekststroomlijning, publicatie en doorzending van reacties naar de inzender. Wat dat laatste betreft kunt u desgewenst ook uw eigen telefoonnummer en/of adres vermelden in uw mededeling. Het duurt 2 à 3 weken alvorens een dergelijke mededeling kan worden gepubliceerd. Houdt u daar rekening mee. Uiteraard geldt deze service uitsluitend voor leden van de KNMG. Geïnteresseerden kunnen schriftelijk reageren via de KNMG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht ter attentie van de secretaris public relations (onder vermelding van het betreffende servicenummer) of via het in de annonce genoemde telefoonnummer.

Rectificatie van nr. 46:

Huisarts, 35 jr., gehuwd, 3 kinderen, Schagen. Ervaring: 2 jr. klinisch in chirurgie en gynaecologie/verloskunde, 4 jr. tropenarts. Onlangs huisartsopleiding afgerond. Interesse: werk als huisarts. Reacties via tel. nr. 02240-16980.

55. *Huisarts, 29 jr., opgeleid in plattelandspraktijk zoekt waarnemingen, associatie of vestiging. Interesse: huisartsengeneeskunde in breedste zin, onderzoek, kleine chirurgie. Reacties via tel. 035-831580 (na 17.30 uur).*

56. *Huisarts, 40 jr., ongehuwd, regio Eindhoven. Ervaring: huisarts-geneeskunde, interne, kindergeneeskunde, docent geneeskunde, sportgeneeskunde. Interesse: part-time werk (max. 4 dgn. p.w.) in huisartspraktijk regio Eindhoven. Reacties via tel. nr. 040-411968.*

57. *Huisarts, 29 jr. Ervaring: waarnemingen in steden en op platteland in solo- en groepspraktijken, organisatie van bij- en nascholing en in onderwijs. Interesse: vast dienstverband of associatie (bij voorkeur in deeltijd) liefst in het zuiden van het land. Achterwacht beschikbaar. Reacties via tel. 050-716921/710444 (antw. app.).*

58. *Basisarts (examen voorjaar '88), 26 jr., ongehuwd. Interesse: opdoen van klinische ervaring als agnion in de vakken interne, chirurgie, gynaecologie en verloskunde, assistentschap in 1e lijn. tel. 020-433596*

59. *Huisarts, 32 jr., Amsterdam. Ervaring: arts-assistent chirurgie, EHBO, interne. Interesse: waarneming full-time of evt. vaste waarneming voor meerdere dagen per week, geheel Nederland. Tel. 020-854172.*

Hulpverlening aan artsen

Het hoofdbestuur der KNMG heeft het initiatief genomen een systeem van hulpverlening tot stand te brengen ten behoeve van artsen die worstelen met problemen op het gebied van geestelijke gezondheid (zie MC nr. 8/1985, blz. 216). Deze hulpverlening 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. 010-658066

CONTACTPERSONEN REGIO TWENTE

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

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

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

ANONIEME DOKTERS

Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705 of 02208-94624

Werkgroep Den Haag, tel. 01751-17995