

Wie stelt de dokter de wet?

REDE

uitgesproken bij
de openbare aanvaarding van
het ambt van buitengewoon hoogleraar
gezondheidszorgbeleid en gezondheidsrecht
aan de faculteit der geneeskunde,
studierichting algemene gezondheidszorg,
van de Erasmus Universiteit
Rotterdam
op woensdag 13 april 1983
door
MR. W.B. VAN DER MIJN

Kluwer – Deventer – 1983

ISBN 90 312 0209 6

© 1983, Uitgeverij Kluwer, Deventer

Mijnheer de rector magnificus,
Leden van deze universitaire gemeenschap,
Zeer gewaardeerde toehoorders,

De macht van de geneeskunde

Sinds de vroegste tijden heeft de mens getracht de kwaliteit van het leven te verbeteren en de duur van een mensenleven te verlengen. Genezing werd nagestreefd door gebed, door een beroep op magische krachten, door gebruik te maken van natuurlijke geneesmiddelen en later steeds meer door uitoefening van geneeskunde op wetenschappelijke grondslag. Het verhaal van de strijd tegen ziekte en dood is dan ook uitzonderlijk boeiend.¹

In deze strijd hebben zich altijd weer personen geweerd die zich door opleiding bekwaamd hadden of zich door bijzondere gaven bekwaam achtten om beroepsmatig verschillende methoden van behandeling toe te passen. Een stoet van beeldende namen gaat aan ons oog voorbij: medicijnmannen, tovenaars, genezers, chirurgijnen, heelmeeesters en ten slotte de ons allen vertrouwde dokter, universitair gevormd, de witte jas aan.

De wetenschap en techniek hebben de geneeskunde tot grote hoogte opgevoerd en aan haar beoefenaren een grote macht gegeven.² Als Erasmus in zijn tijd al reden had de lof der geneeskunde³ te zingen, al ontbrak een kritische ondertoon niet, zoveel te meer reden hebben wij nu. Thans zijn de meest verborgen delen van het lichaam door diagnosemethoden toegankelijk geworden, kan door psycho-chirurgische ingrepen en andere methoden het karakter van mensen worden veranderd, is geslachtstransformatie mogelijk en kunnen zieke organen door middel van transplantatie worden vervangen door gezonde. Men is in staat door te dringen tot de inwendige werking van de cel en men kan al voorspellen of een jong kind van nu op oudere leeftijd een bepaald ziektebeeld zal vertonen.

Er klinkt echter ook in onze tijd ten aanzien van de geneeskunde een kritische ondertoon, die langzamerhand aanzwelt tot een boventoon en waarbij de aandacht meer uitgaat naar het falen van de geneeskunde in de strijd tegen ziekte en dood, en juist de onmacht van de arts centraal staat. In

talrijke binnen- en buitenlandse geschriften, waaronder van vooraanstaande medici, wordt er op gewezen dat de geneeskunde wel meer en meer kan, maar dat het effect van dat meerdere gering is te achten. Men wijst er op dat er relatief nog evenveel mensen dood gaan als 50 jaar geleden⁴, dat wij ondanks de buitensporig gestegen kosten niet of nauwelijks gezonder zijn geworden⁵ en dat nieuwe medische handelingen niets meer toevoegen aan de gezondheid van de patiënt.⁶ Men stelt zelfs dat de geneeskunde de mens eerder ziek dan gezond maakt.⁷

De lof en de kritiek hebben beide eenzelfde uitgangspunt, de vrijheid van medisch handelen, de vrijheid van de arts zelf zijn diagnostiek en therapie te bepalen. Juist omdat er vrijheid van medisch handelen is, aldus de lofzingers, heeft de geneeskunde zich tot een hoog niveau kunnen ontwikkelen. Juist omdat er vrijheid van medisch handelen is, aldus de critici, is de geneeskunde boven haar nut uitgegroeid. Deze twee visies op de geneeskunde roepen de vraag op hoe het in ons land eigenlijk is gesteld met de vrijheid van medisch handelen.⁸ Ik zal deze vraag zonder details bespreken in het licht van de geldende wetgeving, van de regelingen en opvattingen omtrent de rechten van de patiënt en van de bestaande beroepsnormen. Aan het beeld dat daaruit naar voren komt, laat zich een tweede vraag verbinden, namelijk wie, zo de bestaande vrijheid te ruim wordt geacht, tot begrenzing daarvan geroepen kan zijn. Beide vragen samengevat onder de titel van mijn oratie: Wie stelt de dokter de wet?

Actualiteit van het onderwerp

Dat mijn onderwerp niet van actualiteit ontbloot is, zal een ieder beamen die de discussies in en buiten het parlement over de kosten van de gezondheidszorg in ons land volgt. Met name aan de artsen wordt verweten de ergste kostenopdrijvers te zijn door maar zoveel mogelijk verrichtingen te willen doen en menige discussiant komt met schrijnende voorbeelden uit zijn omgeving, daaraan in de regel geruststellend toevoegend dat er ook artsen zijn die wel medisch en ethisch verantwoord handelen. Twijfel wordt geuit of ambitieuze bezuinigingsplannen wel uitvoerbaar zijn zolang artsen de onaantastbaarheid hebben die ze kennelijk geacht worden te bezitten.⁹ Dergelijke voorspellingen vervullen zichzelf trouwens als men ze maar vaak genoeg herhaalt.

Het zou overigens onjuist zijn de actualiteit van de vraagstelling uitsluitend te zoeken in de huidige bezuinigingsmaatregelen. Van niet minder belang is de nieuwe Grondwet die onlangs is afgekondigd. Daarin is naast het langzamerhand vertrouwde recht op gezondheidszorg¹⁰ als sociaal grondrecht ook opgenomen de bepaling dat ieder, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht heeft op onaantastbaarheid van zijn lichaam.¹¹ Dit recht moet aldus worden verstaan, dat men gevrijwaard dient te zijn tegen inbreuken op het lichaam door anderen en dat men het recht heeft zelf over zijn lichaam te beschikken. In de parlementaire beraadslagingen over deze bepaling is het medisch handelen vaak aan de orde gekomen. Ik volsta op dit moment met de constatering dat juist deze bepaling in de Grondwet¹² omtrent de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam, een bijzondere reden vormt om onder ogen te zien hoe het met de vrijheid van medisch handelen is gesteld en om na te gaan tot welke nadere wettelijke regelingen met betrekking tot dit handelen zij aanleiding kan geven.

De bestaande wetgeving

Het ligt voor een jurist voor de hand thans eerst te bezien wat de bestaande wetgeving omtrent het medisch handelen bepaalt. De typisch *geneeskundige* wetgeving is op dit punt bijzonder summier. Bij de Wet uitoefening geneeskunst van 1865¹³ en aanverwante wetten¹⁴ is wel bepaald wie op basis van welke opleiding bevoegd is tot uitoefening van geneeskunst in volle omvang of op een beperkt gebied, maar deze wetten bepalen niet op welke wijze de uitoefening dient te geschieden. De arts is volgens deze wet vrij in de keuze van diagnostiek en therapie.

De in voorbereiding zijnde wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)¹⁵ gaat in zoverre verder dat krachtens deze wet ook kwaliteitseisen ten aanzien van de beroepsuitoefening kunnen worden gesteld, onder meer op het stuk van de technische uitrusting, de dossiervorming en de deelneming aan nascholings- en toetsingsactiviteiten, maar deze wet regelt evenmin hoe artsen medisch dienen te handelen. Ook de Medische Tuchtwet van 1928¹⁶, tot stand gekomen na en naast de interne rechtspraak van de beroepsorganisaties¹⁷, maakt alleen repressief optreden tegen artsen en anderen mogelijk, al kan van gepubliceerde uitspraken¹⁸ een normerende werking voor de toekomst uitgaan.

De aanverwante *structuur- en financieringswetten*¹⁹ die op het gebied van de gezondheidszorg tot stand zijn gekomen om een doelmatige, kwalitatief goede en betaalbare gezondheidszorg te waarborgen, regelen evenmin in directe zin het medisch handelen, maar wel talrijke andere aspecten van de medische beroepsuitoefening. Als wij in vogelvlucht nagaan welke aspecten zijn of kunnen worden geregeld, dan zien we dat beperkingen kunnen worden opgelegd ten aanzien van de vestiging, de praktijkomvang, de toepassing van bepaalde verrichtingen, de aanschaf van kostbare apparatuur en de aanstelling van hulppersoneel. Voorts kunnen eisen worden gesteld aan de organisatie van de hulpverlening, de samenwerking met anderen, en aan waarborging van de rechten van de gebruiker. Ten slotte kunnen regelen worden gesteld ten aanzien van tarieven en inkomens en ten aanzien van medewerking aan de uitvoering van sociale verzekeringswetten.

Niet direct maar wel indirect kunnen deze wetten een grote invloed uitoefenen op het medisch handelen. Als bepaalde verrichtingen slechts in daartoe aangewezen ziekenhuizen worden toegestaan, als kostbare apparatuur niet meer ter beschikking wordt gesteld, als bepaalde geneesmiddelen niet meer voor rekening van het ziekenfonds komen, kunnen artsen in hun keuze van diagnostiek en therapie worden beperkt.

Het is te verwachten dat de voorgenomen bezuinigingsmaatregelen een nog verdere beïnvloeding van het medisch handelen ten gevolge zullen hebben. Het is oprecht te hopen dat uit de nood der tijden nieuwe wegen voor het medisch handelen worden gevonden. Uit allerlei publikaties²⁰ blijkt – en het wordt door artsen ook niet ontkend – dat nogal eens meer onderzoek plaatsvindt dan nodig is om tot een verantwoorde diagnose te komen, en dat nogal eens meer medicijnen worden voorgeschreven of langduriger behandeling en verpleging plaatsvindt dan de gezondheidstoestand van de patiënt vereist. Er worden soms welhaast automatisch verrichtingen gedaan zonder dat gekeken wordt of het belang van de patiënt daarmee is gediend. De recente uitspraak van de hoogleraar interne geneeskunde Erkelens²¹ dat, naarmate het aantal mogelijkheden tot medisch handelen toeneemt, het nadenken erover afneemt, heeft, naar mij is gebleken, in medische kring een beeld van herkenning opgeroepen. En buiten de medische kring zal zijn gedacht: zie je wel, ze zeggen het zelf.

Het is niet nodig uitvoerig in te gaan op de redenen voor deze wijze van handelen. Een gebrek aan kostenbewustzijn en kosteninzicht, ingeslopen gewoonten, de behoefte in elk geval achteraf niet het verwijt van de rechter of van de opleider te krijgen te weinig te hebben gedaan, overwegingen van financiële aard aan de kant van de arts, dringende verzoeken van de kant van de patiënt, waaraan soms moeilijk weerstand is te bieden, al deze factoren zullen wel een rol spelen. Wanneer bezuinigingen er toe leiden dat artsen – en met hen vele anderen – efficiënter en kostenbewuster zullen werken zonder dat naar hun eerlijk oordeel aan de kwaliteit van hun werk geweld wordt aangedaan²², dan leveren de bezuinigingen niet alleen economisch maar voor de patiënt ook kwalitatief voordeel op. Maar de grens waar dit omslaat, ligt naar mijn mening niet zover weg als economen hopen.

Rechten van de patiënt

Grenzen aan de vrijheid van medisch handelen worden ook gesteld door de rechten van de patiënt. Van deze rechten op vrije keuze van hulpverlener, op informatie, op zelfbeschikking, op adequate zorg, op geheimhouding en op verantwoording, is het recht op zelfbeschikking in dit verband het meest bepalende. De patiënt mag zelf aangeven wat hij onder kwaliteit van het leven verstaat, en dientengevolge beslissen of hij een advies tot onderzoek en behandeling zal opvolgen. De arts mag slechts handelen met toestemming van de patiënt die, daartoe geïnformeerd, weet waartoe hij toestemming heeft. Handelen tegen de wil van de patiënt is onrechtmatig en kan zelfs een strafbaar feit opleveren.

Het recht op zelfbeschikking is, zoals eerder is opgemerkt, in de Grondwet verankerd en vindt ook steun in artikel 6 van de Wet voorzieningen gezondheidszorg, waarin is geregeld dat de krachtens deze wet te stellen kwaliteitseisen ook het beginsel moeten waarborgen dat een behandeling slechts plaatsvindt met toestemming van de betrokkene. Ook zonder zodanige bepalingen is het recht volop aanwezig krachtens de contractuele relatie tussen arts en patiënt. Het doet aan het vertrouwenskarakter van deze relatie niets af.

Beroepsnormen

De derde categorie van grenspalen rondom het medisch handelen, naast de genoemde wettelijke grenzen en de rechten van de patiënt, wordt gevormd door wat ik gemakshalve beroepsnormen noem.²³ Zij zijn niet in de wet vastgelegd, maar volgen uit de aard van het beroep en zijn binnen de beroepsgroep steeds als normen erkend, hetgeen nog niet wil zeggen dat zij altijd worden nageleefd. In vogelvlucht zal ik de zeven belangrijkste de revue laten passeren.

1. De arts dient zich te houden aan de grenzen van zijn kennen en kunnen
Hoewel wettelijk bevoegd tot uitoefening van de geneeskunst in haar volle omvang, dient de arts zich te beperken tot waartoe hij bekwaam is. De gezondheidszorg is weliswaar langzamerhand in ons land zo georganiseerd dat vrijwel niemand de gelegenheid krijgt ver buiten zijn vakgebied te treden, behoudens in noodsituaties, maar ook binnen het vakgebied dienen de grenzen van de bekwaamheid niet te worden overschreden.

2. De arts dient te handelen volgens de regelen der kunst
Hieronder moet worden verstaan dat de arts handelt in overeenstemming met de stand van de wetenschap, voor zover hij redelijkerwijs geacht kan worden daarvan op de hoogte te zijn. Tot de regelen der kunst, het handelen lege artis, behoort voorts een zorgvuldige uitvoering van het medisch handelen met zo min mogelijk risico's en met gebruikmaking van adequate materiële en personele voorzieningen. Hier kan een spanning optreden tussen de plicht van de arts tot het leveren van kwaliteit en het onvoldoende ter beschikking krijgen van de daarvoor benodigde middelen. Een zin als 'een maximum aan zorg met een minimum aan kosten' vloeit economisch gemakkelijker uit de mond dan artsen.

3. De arts dient primair te handelen in het belang van de patiënt
Salus aegri suprema lex²⁴, het heil van de zieke is de hoogste wet. Dit moet voor de arts bij al zijn medisch handelen het leidende beginsel zijn. Dit beginsel gebiedt de arts zijn volle aandacht te wijden aan elk ziektegeval en zich bij zijn onderzoek en behandeling slechts te laten leiden door wat voor de patiënt naar diens inzicht en dat van de arts het beste is. De arts mag geen andere belangen hoger achten dan dat van de patiënt en deze

moet daarop kunnen rekenen. De arts is dan ook bij het kiezen van zijn middelen slechts binnen bepaalde grenzen vrij, omdat deze middelen moeten strekken in het belang van de patiënt. De middelen moeten het doel dienen. Extra onderzoeken of behandelingen uitsluitend terwille van de bevordering der geneeskunst mogen niet zonder toestemming van de patiënt, en zelfs met toestemming niet altijd. Er kunnen zich omstandigheden voordoen, waarin het belang van de patiënt niet kan prevaleren, maar dan moet de overheidswetgever daarover een uitspraak doen, zoals bij aangifte van besmettelijke ziekten, of de arts moet zich in geweten²⁵ verplicht achten een ander belang hoger te waarderen, met name als door schending van zijn beroepsgeheim een ernstig gebeuren kan worden afgewend, zoals bijvoorbeeld bij kindermishandeling kan voorkomen.

4. De arts dient te handelen in overeenstemming met de geldende ethiek

De medische ethiek heeft vanaf de oudste tijden haar stempel op het medisch handelen gedrukt. Zij is neergelegd in allerlei verklaringen, veelal van internationale aard, en in talrijke geschriften, hoewel het geschreven woord niet noodzakelijk is voor haar gelding. Bekend is de Eed die aan de Griekse geneesheer Hippocrates (\pm 460-370 v. Chr.) wordt toegedicht. Deze eed boezemt nog steeds ontzag in en wordt zelfs in onze moderne tijd nog dikwijls in stelling gebracht. Bekend is ook het Ochtendgebed van de arts, toegeschreven aan de joodse geneesheer Maimonides (1135-1205). In dit gebed wordt de arts voorgehouden in de patiënt altijd alleen maar de mens te zien en zich verre te houden van het waandenkbeeld dat hij alles kan. Bekend in onze tijd is het zogenaamde blauwe boekje van de Maatschappij Geneeskunst, dat aanvankelijk Medische Ethiek en Gedragsleer (uitgave 1936 en 1959), thans alleen nog maar Gedragsregels voor artsen heet. De medische ethiek laat zich immers niet meer gemakkelijk eenduidig formuleren. Er is sprake van pluriformiteit van opvattingen, zoals actuele discussies in medische kring over abortus en euthanasie laten zien. Betekenis dient ook te worden gehecht aan de declaraties van de World Medical Association.²⁶ Zij allen kunnen voor de arts een houvast zijn bij zijn oriëntatie op ethisch verantwoord handelen en hem helpen op eigen verantwoordelijkheid de meest juiste beslissing te nemen.²⁷ Daarnaast kunnen case-studies van groot belang worden geacht, zoals die van de Amerikaan R.M. Veatch.²⁸

5. De arts dient rekening te houden met de belangen van de samenleving

De samenleving als geheel heeft er belang bij dat de arts met deskundigheid en toewijding te werk gaat en zich bewust is van de consequenties van zijn handelen, met name op het punt van de doelmatigheid en kosten.²⁹

Een ander belang van de samenleving is dat artsen zich bij hun handelen mede laten leiden door de opvattingen in de samenleving. Naar mijn mening behoeft aan de Nederlandse artsen op dit punt geen al te grote behoudendheid te worden verweten. Door hun gewijzigde opvattingen omtrent bijvoorbeeld abortus, euthanasie, de rechten van de patiënt, de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst en ordening van de gezondheidszorg hebben zij regelingen of gewijzigd overheidsbeleid ter zake mogelijk gemaakt. Door hun medewerking, al is die niet altijd van harte gegaan, hebben zij aan de oplossing van een aantal problemen meer bijgedragen dan menige andere groepering in de samenleving, die zich daarop laat voorstaan.

6. De arts dient rekening te houden met de belangen van instellingen, waarbinnen hij werkzaam is

De professionele zelfstandigheid van de arts is deels in de wet, bijvoorbeeld voor bedrijfsartsen³⁰, deels in model-overeenkomsten³¹ en reglementen, maar ook daarbuiten erkend. Niettemin achten de instellingen, zowel ziekenfondsen als ziekenhuizen, zich vanuit hun doelstellingen gerechtigd en door de economische omstandigheden in toenemende mate genoodzaakt, beslissingen te nemen die van invloed kunnen zijn op de inhoud en omvang van het medisch handelen. Indien deze beslissingen in goed overleg tot stand zijn gekomen, voor wat ziekenhuizen betreft in elk geval in overleg met de medische staf, die er dan ook moet zijn, zal de arts zich daarnaar in het algemeen kunnen richten, mits de mogelijkheid van anders handelen in een concreet geval steeds aanwezig blijft. Het is immers de arts en niet de instelling die uiteindelijk voor het medisch handelen verantwoordelijk zal worden gehouden en eventueel aansprakelijk zal worden gesteld. Juist de kans daarop kan aanleiding geven tot een defensieve geneeskunde en meer te doen dan strikt nodig is.

7. De arts dient het oordeel van degenen die met hem samenwerken, ernstig te nemen

Bij de zorg rond de patiënt zijn vele anderen betrokken. Zij kennen de patiënt en zijn situatie, zijn draagkracht en zijn draaglast, soms beter dan de arts. Zij kunnen voor de arts oor, oog en geweten zijn. De controle van zijn omgeving kan de arts, die zich daarvoor openstelt, behouden voor veronachtzaming van de belangen die bij zijn medisch handelen zijn betrokken.

Rechtsgronden voor de vrijheid van medisch handelen

In deze fase van mijn tot dusverre verkennend betoog kan worden geconstateerd dat de dokter de wet wordt gesteld door de patiënt, door zijn eigen geweten en verantwoordelijkheidsbesef, door zijn vakgenoten, door de instellingen en de omgeving waarbinnen hij werkzaam is en tenslotte door de wet zelf. Van een onbeperkte vrijheid van medisch handelen en van een onaantastbare autoriteit, zoals de media nog wel eens doen voorkomen en door artsen graag wordt gehoord, is dan ook geen sprake.³² Toch is niet alle vrijheid weg. De arts is immers nog steeds in het algemeen vrij in de wijze waarop hij meent zijn patiënten te moeten behandelen en in de keuze van de diagnostische en therapeutische middelen die hem ter beschikking zijn gesteld.

Welke zijn nu de rechtsgronden voor deze vrijheid? Het komt mij voor dat deze tweërlei zijn: het recht van de patiënt op zelfbeschikking en de typische aard van het medisch handelen. Het recht op zelfbeschikking³³ brengt mee dat de patiënt zelf mag beslissen door welke arts en op welke wijze hij zal worden behandeld. Daarom heeft de Maatschappij Geneeskunst (KNMG) zich in de zestiger jaren met succes verzet tegen het regeeringsvoornemen om ingrijpen in de medische behandeling binnen het kader van de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering mogelijk te maken. De patiënt zou daardoor, in plaats van subject, object van de behandeling worden. Het is goed ons te realiseren dat aan de ene kant het recht op zelfbeschikking van de patiënt met de daaraan verbonden vrijheid van keuze van hulpverlener en hulpverlening, ook al zijn deze alternatief getint, hoog in ons vaandel is geschreven, en dat aan de andere kant financierings- en structuurmaatregelen aan dit recht ernstig tekort kunnen

doen. Al is dit soms onvermijdelijk, voor de paradox vraag ik uitdrukkelijk aandacht.

De tweede rechtsgrond, de typische aard van het medisch handelen, laat zich als volgt toelichten. Iedere patiënt is verschillend en hoogst individueel, hij beleeft zijn klachten op zijn eigen wijze, de stoornis van zijn lichamelijk en geestelijk functioneren is zelden in overeenstemming met de standaardbeschrijvingen en de arts zal daarmee rekening moeten houden, zowel bij de keuze van zijn diagnostiek als van zijn therapie. Niet alle patiënten verdragen dezelfde therapie of verwachten van de arts hetzelfde. Uiteraard zijn er ten aanzien van de hulpverlening wel vaste patronen, maar zelfs daarbinnen kan verscheidenheid geboden zijn.

Daarnaast speelt de individuele werkwijze van de arts bij verschillende fasen van het medisch handelen een belangrijke rol. Medisch handelen, zo wordt wel gezegd³⁴, is een voortdurend scheppend bezig zijn, maar er zijn verschillen in wijze van scheppen. Er is geen kookboekgeneeskunde³⁵ (een goede kok heeft trouwens geen kookboek nodig, hij beoefent kookkunst en geen kookkunde). Voor zijn totale onderzoek heeft de ene arts meer behoefte aan subjectieve inlichtingen van de patiënt zelf, de ander meer behoefte aan objectieve gegevens, al mag men van beiden verlangen dat zij een goed onderzoek doen. De een heeft wellicht, wat men noemt, een klinische blik en vertrouwt daarop met aanvulling van slechts enkele gegevens, de ander meent dat men nooit teveel, maar veelal te weinig weet. Hoeveel gegevens heeft een arts nodig om verantwoord de diagnose te kunnen stellen en zich ook verantwoord te voelen?³⁶ Vandaag komt een arts rechtstreeks tot een goede diagnose, morgen langs een omweg. Naarmate bovendien de kans groter wordt dat het medisch handelen achteraf wordt getoetst, hetzij intercollegiaal, hetzij door de rechter, zullen artsen niet graag meer het risico willen lopen het verwijt te krijgen te weinig onderzoek te hebben gedaan. Tegenover de mondigere wordende patiënt kan behoefte aan een defensieve geneeskunde ontstaan. Nochtans hoeft niet te worden geaccepteerd dat meer wordt gedaan dan nodig is. Ook de keuze van de therapie daarna zal het resultaat moeten zijn van een zorgvuldig besluitvormingsproces, waarin de eigen inzichten van de arts een grote rol spelen, onder andere voor wat betreft de verwachtingen, de risico's en eventuele nevenwerkingen van de gekozen therapie, al zal ook

hier naar vermogen naar objectivering van gegevens moeten worden gestreefd.

Wat arts en patiënt samen betreft, het is een vast gegeven dat de arts bij het zoeken en tasten naar een juiste diagnose en therapie vaak in onzekerheid verkeert. Van Crevel³⁷ heeft de arts een onzekerheidsdeskundige genoemd. Iedere therapie bergt door de mogelijkheid dat de patiënt 'anders dan normaal' reageert, onzekerheid in zich, ook al is de behandeling al lang bekend en veelvuldig toegepast. Het rendement van het medisch handelen is bij de ene patiënt veel groter dan bij een andere. Het is mede deze onzekerheid waardoor een tendens tot maximaliseren³⁸ kan ontstaan. Het is dezelfde onzekerheid die in beginsel moet aansporen tot voorzichtigheid bij beperking van de vrijheid van medisch handelen, niet omdat het belang van de arts deze vrijheid verlangt, maar omdat het belang van de patiënt er mee is gediend. Dáárom ook pleit ik voor deze vrijheid, omdat ik straks als patiënt liever heb dat mijn arts mij zegt hoe ik het beste beter kan worden, dan dat de staatssecretaris of een van zijn ambtenaren dat zegt. Daar komt nog bij dat ik wel vrije artsenukeuze, maar geen vrije ambtenarenkeuze heb.

Meer waarborgen nodig?

De kernvraag is nu of binnen de wettelijke regelingen en de beroepsnormen voldoende gewaarborgd is dat het medisch handelen inderdaad recht doet aan de betrokken belangen en blijk geeft van een zorgvuldige belangenafweging. Wie kennis neemt van de recente politieke beschouwingen in de Tweede Kamer,³⁹ ziet grote bezorgdheid bij allen over de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg en over de rol van de artsen daarbij, maar ziet verschil van opvatting of en hoe het medisch handelen in verdergaande mate moet worden gereguleerd. Sommigen zijn van oordeel, en zij lijken in het algemeen steun te ondervinden van de publieke opinie, dat veel meer met de geldkraan het medisch handelen moet worden geregeld, een opvatting die niet zonder gevaar is, indien dit regelen met de geldkraan geschiedt zonder een gedegen kennis van de effecten van bepaalde verrichtingen, een kennis die de overheid en de instellingen zelf niet hebben en die zij aan de beroepsbeoefenaren zullen moeten ontlenen. Anderen, en zij lijken in het algemeen steun te vinden in de medische wereld

zelf, zoeken het vooral in beïnvloeding van de mentaliteit van artsen en patiënten, in opleiding en voorlichting omtrent kostenbewust handelen, in bevordering van intercollegiale en toetsing van aangewende middelen, en in het ontwikkelen van een protocollaire geneeskunde. Interessant is ook de uitspraak van staatssecretaris Van der Reyden dat de overheid toch niet de voorschrijvende of opererende hand van de arts kan vasthouden. Dit laatste leek hem fataal, mij trouwens ook.

De aandacht voor de kostenproblematiek zou ons uit het oog kunnen doen verliezen dat het, zoals eerder gezegd, bij de geneeskunst in de eerste plaats gaat om de patiënt, en dat dus ook de primaire vraag is of diens positie bij de bestaande vrijheid van medisch handelen, ondanks de daaraan door wetgeving en beroepsnormen gestelde grenzen, voldoende is gewaarborgd. Juist de grotere mogelijkheden van de geneeskunst, afgezien of er geld voor is, doen de behoefte gevoelen aan bijzondere waarborgen. Deze behoefte is groter naarmate het gaat om een medische ingreep met belangrijke psychische, ethische, sociale of juridische aspecten. De medische technologie wordt door patiënten niet langer alleen als een zegen, maar soms ook als een bedreiging ervaren. Men gaat zich al wapenen met verklaringen om zich te beschermen tegen, wat men wel noemt, behandelingen tot de dood erop volgt. Het vertrouwen is niet algemeen dat artsen in alle gevallen komen tot een zorgvuldige afweging tussen nut en offer van een ingrijpende behandeling voor de patiënt. In de eigen medische kring heeft men daarover zijn twijfel. Bij ingrepen met geringe gevolgen zal de patiënt wellicht op zijn eigen oordeel durven te vertrouwen, bij ingrepen met ernstige gevolgen zal de patiënt, zelfs na uitvoerige informatie, zich toch veelal moeten verlaten op het oordeel van zijn arts. Is hij nu door het recht beter te beschermen?

Het vak gezondheidsrecht

Het is hier het moment enkele zinnen te wijden aan het vakgebied, waarop mijn leeropdracht is gericht. Het gezondheidsrecht kan als onderdeel van de rechtswetenschap een zinvolle rol spelen, wanneer het gaat om het recht te vinden en de rechtsregels te construeren die nodig zijn om het 'suum cuique tribuere', ieder het zijne geven, ook op het gebied van de volksgezondheid zoveel mogelijk tot levend recht te maken.⁴⁰ Er doen

zich daarbij verschillende mogelijkheden voor, zoals zelfregulering binnen het veld van de gezondheidszorg of het oordeel van de rechter in concrete gevallen, dan wel een wettelijke regeling. Elk van deze mogelijkheden heeft zijn gunstige en ongunstige kanten. Zelfregulering sluit goed aan bij de opvattingen in eigen kring, maar kan bij gebrek aan afdoende sancties erg vrijblijvend zijn. De rechter op zijn beurt kan rekening houden met de bijzonderheid van de zaak, maar hij hoeft geen publieke verantwoording van zijn beslissing af te leggen. Wetgeving biedt de mogelijkheid van democratische besluitvorming, maar kan soms onvoldoende rekening houden met de dynamiek van de samenleving. Wetgeving kan bovendien remmend werken op het nemen van initiatieven en risico's, in de geneeskunst juist zo nodig om de geneeskunst verder te ontwikkelen, maar anderzijds kan wetgeving ook beschermen tegen ondoordachte initiatieven en onverantwoorde risico's. Het gezondheidsrecht nu kan helpen bij het vinden van de goede weg, als men maar weet waar men naar toe wil.

Overwegingen ten aanzien van wetgeving

Alvorens in te gaan op de vraag of met name de wetgever een verdergaande rol ten aanzien van het medisch handelen zou dienen te vervullen, wil ik nog enkele gedachten over wetgeving in het algemeen naar voren brengen. Tot voor kort heeft men zich in het algemeen niet veel zorgen gemaakt omtrent het verschijnsel wetgeving en de gevolgen van wetgeving. Pas de laatste jaren verschijnt er een stroom van geschriften hierover.⁴¹ De aanleiding daartoe vormt de wetgevingsexplosie die zich sedert de oorlog en in het bijzonder in het laatste decennium heeft voorgedaan. Wetgeving is een graag gehanteerd instrument geworden om bepaalde doeleinden van het overheidsbeleid te bereiken.⁴²

Het gehele maatschappelijke leven is doordrenkt geraakt van wettelijke regelingen, ook de gezondheidszorg heeft zijn deel daarvan gekregen. Men constateert echter in allerlei juridische en politicologische geschriften steeds meer dat wetgeving kan leiden tot verstarring en bureaucratisering, en dat teveel wetgeving het leven uit het maatschappelijk leven haalt. Men constateert ook dat wetten lang niet altijd effectief zijn, lang niet altijd hun doel bereiken en soms nadelige neveneffecten oproepen. Er wordt dan ook gesproken over de macht en onmacht van de wetgever. Dit

is mede de reden dat de laatste tijd veel gesproken wordt over deregulering⁴³, het afschaffen of beperken van wettelijke voorschriften. Het zijn overigens met name kostenoverwegingen die tot bestudering van het vraagstuk van deregulering in het bedrijfsleven aanleiding geven. Voor wat de gezondheidszorg betreft is het naar mijn mening nog te vroeg om al over deregulering te denken. De motieven die voor regulering hebben gegolden, te weten grotere doelmatigheid, betere kostenbeheersing, meer kwaliteitsgarantie en grotere waarborging van de rechten van de patiënt, hebben immers nog niets aan betekenis verloren. De ineffectiviteit van veel wetten kan trouwens niet betekenen dat men voortaan maar geen nieuwe wetten meer maakt. Maar het inzicht dat wetgeving wel een instrument, maar geen sacrament is, zoals wel eens wordt gezegd, kan een reden zijn om tot nieuwe wetgeving pas dan te besluiten, indien met redelijke zekerheid een gunstig gevolg daarvan kan worden verwacht.

Nadere wetgeving voor geneeskundige ingrepen

Vanuit deze optiek wil ik mijn verdere betoog richten op de vraag of nadere wetgeving betreffende geneeskundige ingrepen aanbeveling verdient. Medisch handelen dat niet een ingreep inhoudt, maar een adviserend of beoordelend karakter heeft, blijft buiten beschouwing. Het motief wetgeving zou dan kunnen zijn het bieden van bijzondere bescherming aan patiënten die door hun toestand in een kwetsbare positie verkeren en dikwijls geen redelijk tegenspel kunnen bieden aan hun arts als het gaat om de beoordeling van, zoals gezegd, nut en offer van de ingreep. Het belang van een wettelijke regeling zal groter zijn naarmate het meer gaat om ingrepen met, wat ik noemde, belangrijke psychische, ethische, juridische en sociale aspecten. Deze formulering ontleen ik aan het regeerakkoord van het eerste kabinet-Biesheuvel van 1972, waarin de afspraak was vastgelegd een commissie in te stellen ter advisering over de wettelijke waarborgen met betrekking tot geneeskundige ingrepen met de genoemde aspecten. Als voorbeelden werden genoemd castratie, sterilisatie, euthanasie, orgaantransplantatie en hersenoperaties. Deze commissie is er toen niet gekomen, wel zijn nadien door de Gezondheidsraad adviezen uitgebracht over deelonderwerpen als euthanasie en orgaantransplantatie, terwijl adviezen in voorbereiding zijn over electroshock en psycho-chirurgie. De aandacht behoeft zich echter m.i. niet tot deze paradepaardjes te be-

perken. Ook ingrepen die door de leeftijd van de patiënt of door diens lichamelijke of geestelijke gesteldheid een complex karakter hebben dan wel bijzondere risico's, of in het algemeen minder gunstige prognoses hebben, zouden hiertoe kunnen worden gerekend. In dit stadium van eerste verkenning is een nadere precisering niet nodig.

Bijzondere waarborgen

Als we thans trachten ons voor te stellen welke inhoud zou kunnen worden gegeven aan een wettelijke regeling ten aanzien van geneeskundige ingrepen, dan is het van belang te weten voor welke aspecten men bijzondere waarborgen wenst.

Het eerst te noemen aspect betreft de *toelaatbaarheid*. Zoals ieder nieuw geneesmiddel eerst een bij de Geneesmiddelenwet⁴⁴ geregelde procedure moet doorlopen eer het in de handel kan worden gebracht, zo zou denkbaar zijn dat ook nieuwe onderzoeks- en behandelingsmethoden eerst een bij de wet geregelde procedure moeten doorlopen eer toepassing daarvan kan plaatsvinden. Een dergelijke procedure bestaat thans niet; nieuwe methoden worden veelal experimenteel en vaak stap voor stap ontwikkeld, en daarna door anderen gevolgd op grond van gegevens over voor- en nadelen. Toetsing daarvan bij of krachtens de wet vindt niet plaats. Ten aanzien van experimenten bestaan in ons land al verscheidene medisch-ethische commissies, de Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft een wettelijke regeling aanbevolen⁴⁵ en de regering heeft toegezegd de totstandkoming van zo'n wet te zullen bevorderen, waarin toetsingscommissies een plaats krijgen. Daarmede wordt echter nog niet een oordeel uitgesproken over de toelaatbaarheid van een nieuwe methode. Toch kan daaraan behoefte bestaan, omdat men vindt dat de rechten van de patiënt worden aangetast, zoals bijvoorbeeld wel ten aanzien van de electroschock-therapie wordt gesteld⁴⁶, en in dergelijke gevallen zelfs een verbod zou kunnen worden overwogen, of omdat er twijfel kan bestaan of de nieuwe methode wel voldoende, wat men noemt, gezondheidswinst oplevert. Gewezen kan worden op studies in andere landen, waar de effectiviteit van nieuwe therapiën aan de hand van vooralsnog vier graadmeters in gezondheidswinst wordt uitgemeten: resthandicap, tijdsduur van ziek-zijn, genezingspercentages en de tijdspanne tot het overlijden.⁴⁷ Ook de Gezondheidsraad heeft zich onlangs beziggehouden met de vraag of

het mogelijk zou zijn iedere nieuwe diagnosemethode en therapie eerst te toetsen op efficiency en effectiviteit (technology assessment). Voorshands zou ik er voor willen pleiten aan deze Raad op te dragen de beoordeling van die onderzoeks- en behandelingsmethoden, die vragen oproepen ten aanzien van de ethische toelaatbaarheid, of twijfels ten aanzien van een gunstige uitkomst van een kosten-effectiviteit-analyse.

Een andere waarborg zou kunnen worden gezocht in de *indicatie* voor een ingreep. Zou de wetgever kunnen aangeven in welke concrete gevallen een bepaalde ingreep is toegestaan? Bij de Wet afbreking zwangerschap⁴⁸, is dit geschied door te bepalen dat de ingreep alleen mag worden uitgevoerd, indien de noodsituatie van de vrouw deze onontkoombaar maakt. Een vage aanduiding, die allerlei interpretaties toelaat, en die in elk geval geen aansporing is, de waarborgen voor verantwoord medisch handelen te zoeken in een bij de wet aangegeven indicatieveld.

Nauw verband met de indicatie, maar toch afzonderlijke aandacht waard, is de mogelijkheid categorieën van *personen* aan te wijzen die een *bepaalde ingreep wel of juist niet mogen ondergaan*. Om te bereiken dat de toestemming tot een ingreep in volkomen vrijheid door de patiënt wordt gegeven, zou bij wet kunnen worden bepaald dat personen beneden een zekere leeftijd of in een onvrije situatie niet voor een ingreep in aanmerking kunnen komen. Zo is bijvoorbeeld wel eens overwogen⁴⁹ het donorschap bij orgaantransplantatie in beginsel niet toelaatbaar te achten bij zeer jeugdige personen of bij gevangenen tegen beloning. Ook bij medische proeven op mensen is een dergelijke waarborg denkbaar. Een algemene regeling op dit punt is echter nauwelijks voorstelbaar.

Een belangrijke waarborg voor een zo verantwoord mogelijk medisch handelen kan ook gelegen zijn in het stellen van eisen ten aanzien van de *besluitvorming*. In de praktijk is overigens bij grote ingrepen vrijwel altijd al en in toenemende mate sprake van teamwork en teambeslissingen. Niettemin zou denkbaar zijn ten aanzien van nader te bepalen ingrepen wettelijk voor te schrijven dat de besluitvorming op een voorgeschreven wijze moet plaatsvinden, bijvoorbeeld door inschakeling van ook andere dan medische deskundigen, zoals psychologen, juristen of patiëntenvertrouwenspersonen. Bij meergenoemde Wet afbreking zwangerschap is een besluitvormingsprocedure voorgeschreven; waarmede, naar ik mag aannemen, noch degenen die de abortusingreep willen ondergaan, noch degenen die de ingreep willen uitvoeren, erg zijn ingenomen. Aan de pri-

vacy van de vrouw en de vertrouwensrelatie tussen haar en de door haarzelf gekozen arts wordt naar veler gevoelen geweld gedaan. Ook ten aanzien van het euthanasievraagstuk staan velen huiverig tegenover bijvoorbeeld het instellen van commissies die zouden moeten beslissen over een verzoek om euthanasie.

Indien de patiënt goed wordt voorgelicht omtrent de diagnose en de voorgestelde ingreep met de daaraan verbonden risico's en verwachtingen, zal hij in de regel vertrouwen mogen stellen in de gang van zaken in de praktijk, waarbij zoals gezegd, tot belangrijke ingrepen in de regel niet uitsluitend door één arts wordt besloten. Indien het gaat om heel specifieke ingrepen, waarbij patiënten zijn betrokken die wellicht niet geheel het doel, de aard en de gevolgen van de ingreep kunnen overzien of anderszins in een bijzonder kwetsbare positie verkeren, zou een voorgeschreven besluitvormingsprocedure zin kunnen hebben. Vanuit deze optiek wordt een transplantatiewet overwogen, waarbij een scheiding wordt verlangd tussen degenen die de zorg voor de donor hebben en degenen die de belangen van de receptor behartigen. Andere voorbeelden liggen overigens niet voor het grijpen, maar zouden uit een nadere studie ter zake naar voren kunnen komen. Bij deze studie dient het eerdergenoemde artikel in de Grondwet omtrent het recht op onaantastbaarheid van het lichaam te worden betrokken.

In andere landen is het niet ongebruikelijk de vraag of een bepaalde ingreep bij een bepaalde persoon toelaatbaar is, aan de rechter voor te leggen. Deze voluntaire jurisdictie zou, wil zij in ons land toepassing kunnen vinden, een grondslag in de wet moeten hebben. Een andere mogelijkheid is de instelling van een beoordelingscommissie in ziekenhuizen waar nader aan te geven geneeskundige ingrepen met belangrijke psychische, ethische, juridische of sociale aspecten worden uitgevoerd. De taak, samenstelling en bevoegdheden van de commissie zou in een wet kunnen worden geregeld. Het lijkt echter aanbeveling te verdienen eerst maar eens praktische ervaring op te doen met dergelijke commissies, die door de ziekenhuizen op vrijwillige basis kunnen worden ingesteld. Een tussenweg is nog de instelling van een commissie op te nemen in de erkenningseisen.⁵⁰

De wetgever zou ook waarborgen kunnen scheppen ten aanzien van de *wijze van uitvoering* van een bepaalde ingreep. Wenselijk is dat echter niet. Daargelaten dat nu juist op dit punt volledig zal moeten worden gevaren op het kompas van de artsen zelf, staan de medische wetenschap en

techniek geen moment stil. Wat de wet vandaag bepaalt, kan morgen verouderd zijn. Een arts die zorgvuldig te werk gaat, zal niet belet mogen worden een nieuwe methode toe te passen welke de wet niet noemt. Een zesde denkbare waarborg betreft de *plaats van uitvoering*. Het spreekt vanzelf dat alle ingrepen dienen te geschieden onder omstandigheden welke in overeenstemming zijn met de ernst van de ingreep. De Wet ziekenhuisvoorzieningen biedt overigens al de mogelijkheid bepaalde verrichtingen tot een bijzondere voorziening te bestempelen, en daarvoor de regeling te treffen dat deze alleen in ziekenhuizen mogen plaatsvinden die daarvoor een bijzondere vergunning hebben verkregen.

Is dan nog een bijzondere waarborg voor de patiënt te vinden in meer *controle* op het werk van de arts? Op dit moment bestaan reeds verschillende mogelijkheden daartoe, zoals toezicht van de zijde van de geneeskundige inspectie, controle van de kant van ziektekostenverzekeraars, intercollegiaal toezicht en toezicht binnen instellingsverband, en de verschillende vormen van rechtspraak, al worden deze mogelijkheden van controle wellicht niet voldoende benut. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft onlangs aanbevolen de klachtmogelijkheden voor de patiënt te verruimen en gemakkelijker te maken.⁵¹ Daarmede moet naar mijn mening voorshands worden volstaan. Het zou onmogelijk zijn elke medische raad en daad aan controle te onderwerpen. Daarmede zou het belang van de patiënt niet zijn gediend, zou zelfs de lust bij de arts kunnen ontgaan zich met grote toewijding in te zetten voor zijn patiënt, nog daargelaten dat de menskracht ontbreekt die voor zo'n vergaande controle nodig zou zijn.

Het geheel van denkbare bijzondere waarborgen overziende ben ik van mening dat er geen behoefte bestaat een wettelijke regeling ter zake te treffen voor het medisch handelen in het algemeen. De patiënt krijgt daarvoor geen betere rechtsbescherming. Bij het maken van wetten moet immers ook op de gevolgen daarvan worden gelet, en deze zouden, naar het zich laat aanzien, voor de patiënt niet onverdeeld gunstig zijn. Vertraging in de behandeling, beperking van zijn privacy en wellicht niet meer dan schijnveiligheid zouden van deze bijzondere waarborgen het resultaat kunnen zijn. Uitzonderingen op dit standpunt kunnen worden gemaakt voor specifieke geneeskundige ingrepen zoals transplantatie, psycho-chi-

rurgie e.d., en voor specifieke categorieën van patiënten, bijvoorbeeld patiënten die in een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen. Voor deze uitzonderingen is trouwens wetgeving al in overweging genomen.

Nogmaals de Grondwet

Ik kom hierbij nog terug op eerder genoemde bepaling in de Grondwet dat ieder, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht heeft op onaantastbaarheid van zijn lichaam. Als voorbeelden van wetgeving, waartoe deze Grondwetsbepaling aanleiding zou kunnen geven, noemde de regering in de Memorie van Toelichting de rechten van de patiënt en orgaantransplantatie. Het is de vraag of deze voorbeelden wel goed gekozen zijn, omdat het daarbij immers niet gaat om een beperking van het recht op onaantastbaarheid, maar om een bevestiging van dat recht. Hoe het zij, de bepaling geeft naar mijn mening geen aanleiding tot wetgeving ten aanzien van het medisch handelen dat plaats vindt met toestemming van de patiënt die na verkregen informatie weet waartoe hij toestemming geeft. Slechts in gevallen, waarin sprake is van een zekere dwang of drang tot het ondergaan van een medisch onderzoek of een medische behandeling, is er reden tot optreden van de wetgever. •

Terughoudendheid van de wetgever, maar...

Ik wil mijn betoog in enkele conclusies samenvatten. De vrijheid van medisch handelen is gebleken geenszins een onbeperkte te zijn, maar haar grenzen te vinden in toenemende wettelijke regelingen en in afnemende beschikbare financiële middelen, voorts in de rechten van de patiënt en vooral in een groot aantal beroepsnormen. De vrijheid van handelen binnen deze grenzen heb ik noodzakelijk genoemd om aan de individuele patiënt die hulp te kunnen geven die deze in zijn specifieke situatie behoeft. Aanvullende wettelijke waarborgen om de patiënt verdergaande bescherming te bieden, bleken behoudens voor enkele specifieke ingrepen, niet nodig en wenselijk, en ook nauwelijks uitvoerbaar. Terughoudendheid van de wetgever is daarom bepleit, maar zij is alleen blijvend te bepleiten, indien de artsen met grote inzet, een grotere dan tot dusverre is getoond, in hun medisch handelen streven naar kwaliteit, doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarmede is zowel het belang van de patiënt gediend, die

van zijn kant ook niet meer het maximum moet vragen, als het belang van de samenleving. Aan ideeën ontbreekt het niet; normering, intercollegiale toetsing, toetsing van aangewende middelen, protocollaire geneeskunde zijn begrippen die veel worden gehanteerd, maar zij zijn nog maar weinig geoperationaliseerd. Als men wil voorkomen dat straks nog uitsluitend met de geldkraan het medisch handelen wordt geregeld, zal men nu uit een ander vaatje moeten tappen.

In 1850, toen het ook ging om de rol van de wetgever ten aanzien van de uitoefening van de geneeskunst, werd uit eigen kring aan de artsen de veel geciteerde uitspraak toegevoegd: 'Zij zijn de Staten-Generaal, gij zijt de Staten-Speciaal'.⁵²

Mogen met deze uitspraak in gedachten de dokters zichzelf zo de wet stellen dat de wetgever daartoe geen reden vindt.

Slotwoord

Aan het slot van mijn betoog wil ik gaarne dankzeggen aan allen in deze universitaire gemeenschap die mijn benoeming aan de studierichting algemene gezondheidszorg binnen de medische faculteit hebben bevorderd. Geboren en getogen in Rotterdam verheugt het mij juist aan deze universiteit mijn ervaringen met de werking van het recht in de gezondheidszorg te kunnen doorgeven aan de SAG-studenten, die straks in verschillende functies eveneens zullen kunnen ervaren hoe levend het recht kan zijn.

Mijn dankwoord gaat ook uit naar de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Sedert 1961 in haar dienst als secretaris, heb ik in de vele contacten met bestuurders, mede-staffunctionarissen en individuele leden kennis kunnen nemen van de talrijke gezondheidsrechtelijke problemen, waarmede artsen in hun dagelijkse werk worden geconfronteerd. Het heeft mij steeds weer getroffen met hoeveel deskundigheid en toewijding artsen zich in het algemeen inzetten om voor deze problemen een goede oplossing te vinden. Daarom heb ik vandaag opnieuw een beroep op hen gedaan.

Van de staf bij de studierichting algemene gezondheidszorg heb ik in de afgelopen periode al veel vriendschap ondervonden. Het is een kritisch team, waarbinnen het goed vertoeven is.

De studenten van de studierichting algemene gezondheidszorg hebben in hun opleiding te maken met een verscheidenheid aan disciplines en denktranten. Mogen zij daaraan die brede deskundigheid ontleen die op het gebied van de gezondheidszorg meer dan ooit nodig is. Vanuit mijn vakgebied ben ik hen daarbij graag behulpzaam.

Ik heb gezegd.

Noten

1. A.S. Lyons en J. Petrucelli, *Geschiedenis van de geneeskunde* (vert.), Standaard Uitgeverij Amsterdam 1981.
2. Vgl. W. Iemhoff, *Klacht en interpretatie*, Link 1979, p. 139 e.v. Over de medische macht verschijnen veel geschriften. Eén blik op de boekenkast levert al op:
 - J.H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*;
 - J. Hamburger, *Medische macht en de kwetsbare mens*;
 - J.J. Klinkert, *Macht van artsen*;
 - F. Verhage en J.H.Thiel, *Onmacht en macht in medische situaties*.
3. Als intermezzo tussen de oratie van R.M. Lapré (*Is de gezondheidszorg het waard?*) en mijn oratie, werden teksten uit 'Den lof der Geneeskunde' van Erasmus gebracht door Henk van Ulsen, onder regie van Joes OduFré.
4. Onder andere tijdens de behandeling van de begroting van WVC op 3 februari 1983, *Handelingen Tweede Kamer*, zitting 1982-1983, p. 2137 e.v.
5. F.C. Meyler, *De Friese Elfstedentocht*, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1983, p. 233, heeft naar aanleiding van een authentieke ziektegeschiedenis tegenover de twijfel aan wat de traditionele geneeskunde te bieden heeft, naar zijn zeggen ook eens een keer het succes van de moderne medische wetenschap willen stellen.
6. Vgl. het Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling over 'grenzen aan de gezondheidszorg', nov. 1982.
7. De bekendste vertolker van deze kritiek is I. Illich, *Het medisch bedrijf* (vert.)
8. Vgl. W.B. van der Mijn, *De wetgever en het medisch handelen*, *Medisch Contact*, 1972, p. 1168; H.J.J. Leenen, *De rol van de wetgever bij het regelen van het medisch handelen*, *Medisch Contact* 1977, p. 489; en B. Sluyters, *Vrijheid van artsen beperkt door toename van regels*, *Medisch Contact* 1975, p. 283.
9. Vgl. het interview met staatssecretaris J. van der Reijden in *De Tijd* van 25 februari 1983.
10. Het recht op gezondheidszorg is een sociaal grondrecht, dat in artikel 1.21, lid 1 van de Grondwet als volgt is geformuleerd: 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid'. Tegen bezuinigingsmaatregelen biedt deze bepaling geen bescherming (zie bijlage *Handelingen Tweede Kamer* 13.873, blz. 336, deel 1a).
11. H.J.J. Leenen, *De nieuwe grondwet en de gezondheidszorg*, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1982/2, p. 48. Zie voorts A.W. Heringa en T. Zwart, *Facelift van een oude dame? De Grondwet 1983*, *NJB* 1983/8.
12. Het artikel treedt eerst na vijf jaar of op een bij of krachtens de wet te bepalen eerder tijdstip in werking. Deze termijn kan bij de wet voor ten hoogste vijf jaren worden verlengd. Het tijdstip van inwerkingtreding kan voor de onderscheidene toepassingsgebieden van het artikel verschillend worden gesteld.
13. Wet van 1 juni 1865, Stb. 60.
14. Wet uitoefening tandheelkunst van 24 juni 1876, Stb. 117 en Wet op de paramedische beroepen van 21 maart 1963, Stb. 113. Genoemd kan ook worden de Wet op de geneesmiddelenvoorziening van 28 juli 1958, welke onder meer de positie van apothekhoudende artsen regelt en voorschriften geeft omtrent de receptuur.

15. Het voorontwerp van Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) is gepubliceerd in mei 1981; indiening bij de Tweede Kamer wordt in 1983 beoogd.
16. Wet van 2 juni 1928, Stb. 222. Uitvoerig over deze en andere genoemde wetten W.B. van der Mijn, *Beroepenwetgeving in de gezondheidszorg*, Kluwer Deventer 1982.
17. Een voorbeeld daarvan is de rechtspraak van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, geregeld in de artikelen 600-678 van haar huishoudelijk reglement.
18. Jaarlijks 10 à 15 (van de ca. 500), waarvan overigens maar enkele betrekking hebben op het medisch handelen in strikte zin.
19. Bedoeld worden de Wet ziekenhuisvoorzieningen (Stb. 1971, 268), de Wet voorzieningen gezondheidszorg (Stb. 1982, 563), de Wet tarieven gezondheidszorg (Stb. 1980, 646), de Ziekenfondswet (Stb. 1964, 392) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Stb. 1967, 655).
20. Vgl. A.J. Dunning, *Medische technologie*, Medisch Contact 1982, p. 1574.
21. D.W. Erkelens, *Agere volentem*, oratie Utrecht 1983.
22. J.W. Imhof, interview Medisch Contact 1983, p. 14.
23. Vgl. H.J.J. Leenen, *Gezondheidszorg en Recht*, Samsom Alphen aan den Rijn 1981, p. 30 e.v.
24. J.F. Rang, *Salus aegri suprema lex*, Tijdschrift voor Privaatrecht, Leuven 1974, p. 389, e.v.
25. G. Cartensen, *Das ärztliche und juristische Ermessen als Grundlage chirurgischen Handelns*, *Der Chirurg*, 51, 414-418 (1980), onderscheidt tussen de wetten van het land, de wetten van de geneeskunde en de wetten van het medisch geweten en stelt dat deze elkaar kunnen overlappen, maar ook tegenspreken.
26. In het bijzonder zijn te noemen de declaratie van Genève (1948, 1968), welke een modern geformuleerde tekst van een artseneed bevat, de declaratie van Londen (1949, 1968), welke onder meer bepaalt dat de arts zijn beroep zonder winstmotief moet uitoefenen en de declaratie van Helsinki (1964, 1975), welke regels stelt voor experimenten met mensen (teksten opgenomen in KNMG-uitgave *Gedragsregels voor artsen*).
27. P. Sporken, *Ethiek en Gezondheidszorg*, Ambo 1977, p. 18.
28. Vgl. R.M. Veatch, *Case studies in medical ethics*, London 1977.
29. Een interessante discussie hierover heeft zich afgespeeld in de rubriek *Open Forum van de Volkskrant* (30 nov. 8, 9, 15, 21 en 22 december 1982 en 12 februari 1983).
30. Artikel 18 van de Arbeidsomstandighedenwet (Stb. 1980, 644) bepaalt dat de artsen, werkzaam in een bedrijfsgezondheidsdienst, hun taak uitoefenen met behoud van hun zelfstandig oordeel op het gebied van hun deskundigheid en van hun onafhankelijkheid ten opzichte van het hoofd van het bedrijf.
31. Onder andere in het Model-contract specialist-ziekenhuis.
32. Vgl. G. Memeteau, *Essai sur la liberté thérapeutique du médecin*, Poitiers 1973.
33. Vgl. J.F. Rang, *Patiëntenrecht*, oratie Leiden 1973 en H.J.J. Leenen, *Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Samsom Alphen aan den Rijn 1978.
34. J. Hamburger, *Medische macht en de kwetsbare mens*, Elsevier Amsterdam 1973, p. 63.
35. C.L.C. van Nieuwenhuyzen, *Springtij in de geneeskunde*, *Metamedica* 1978/6. Van

- dezelfde auteur: De arts, onttroning of abdicatie, oratie 1974, De Boer/Cuperus Utrecht.
36. Vgl. J.G.M. Gerritsma en J.A. Smal, De werkwijze van huisarts en internist, proefschrift Utrecht 1982.
 37. H. van Crevel, De arts als onzekerheidsdeskundige, lezing d.d. 23 februari 1983, Erasmus Universiteit.
 38. J.B. Stolte, Zieken en hun verzorgers, H.D. Tjeenk Willink Groningen 1976, p. 100.
 39. Zie noot 4.
 40. C.J. Goudsmit. Voorwoord bij Medische beroepsuitoefening en beroepsaansprakelijkheid, deel 5 serie medisch recht, Kluwer Deventer 1972.
 41. Genoemd kunnen worden:
 - H.Th.J.F. van Maarseveen en M.C.P.M. van Schendelen, Proces van wetgeving, Tjeenk Willink Groningen 1976.
 - M.C.P.M. van Schendelen, Terugtrek van de wetgever, Tjeenk Willink Groningen 1977.
 - De 14 wetsfamilies, Verslag van een studiedag, Instituut voor Bestuurswetenschappen 1977.
 - Beleid en Maatschappij, themanummer Grenzen van wetgeving, juli/aug. 1977.
 - Macht en onmacht van de wetgever, bundel opstellen bij 50-jarig bestaan K.H. Tilburg, Kluwer Deventer 1978.
 - J.M. Polak en M. Scheltema, pre-adviezen NJV 1979.
 - Bestuurswetenschappen, themanummer wetgevingsleer, 1980/4.
 - H. Drion e.a., De hanteerbaarheid van het recht, bundel opstellen opgedragen aan Mr. L.D. Pels Rijcken, Boekenreeks NJB 7, 1981.
 - W.F. de Gaay Fortman (red), Problemen van wetgeving, Kluwer Deventer 1982.
 42. Vgl. A.B. Ringeling, De instrumenten van het beleid, oratie Rotterdam 1983.
 43. Vgl. Heroverwegingswerkgroep, deelrapport 31 'Regulering en deregulering', zitting 1981-1982, 16.625 nr. 39. Vgl. ook Beleid en Maatschappij, Themanummer 'deregulering van het bedrijfsleven', aug. 1982. Vgl. voorts C.J.M. Schuijt, Ongeregeldheden, oratie Leiden 1982.
 44. Besluit registratie geneesmiddelen van 8 september 1977, Stb. 537.
 45. Deeladvies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake medische experimenten met mensen, VAR-Rapport 1982/15.
 46. Aldus patiëntenorganisaties tijdens hearing door de commissie electroshocktherapie van de Gezondheidsraad op 12 januari 1983.
 47. Vgl. S.A. de Lange tijdens het congres vermeld in noot 5 (publicatie van de voordrachten heeft nog niet plaatsgevonden).
 48. Wet van 1 mei 1981, Stb. 257. De wet is nog niet in werking getreden.
 49. Eindrapport van de commissie orgaantransplantatie van het Nederlandsche Rode Kruis, mei 1971.
 50. Dit zijn eisen die krachtens de Ziekenfondswet en AWBZ aan instellingen worden gesteld om in aanmerking te komen voor financiering in het kader van deze wetten.
 51. Deeladvies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake bemiddeling bij klachten van patiënten (VAR-Rapport 1983/53).
 52. Gedenkboek 75-jarig bestaan van de KNMG.