

heid van de politieman in de originele verpakking te hebben gedaan en die te hebben gesloten, op zodanige wijze, dat die verpakking niet meer kan worden geopend dan bij aankomst in het laboratorium (waar procesverbaal van de ongeschonden aankomst en van de opening door een bevoegde ambtenaar moet worden opgemaakt), het pakje ter hand aan de verbalisant.

De artsenwereld geve zich nauwkeurig rekenschap van het feit, dat de bloedmonsterneming zonder enige twijfel — onverschillig of die bij een verkeersslachtoffer (bij wie de arts EHBO verricht, en die dus door hem als patiënt wordt behandeld) of bij een verkeersongevalveroorzaker geschiedt — als „uitoefening van geneeskunst” moet worden aangemerkt. Wettelijk verdient derhalve te worden vastgelegd, dat de arts, die (vrijwillig) medewerkt tot de bloedmonsterneming, verplicht is de „bloedmonsternemingsverklaring” zo niet in te vullen dan toch te ondertekenen. Maar verder moet zijn plicht uiteraard niet gaan, zodat zijn beroepsgeheim en verschoningsrecht terzake van alles wat bij de bloedmonsterneming en bij de behandeling (EHBO) van het slachtoffer te zijner kennis komt, ongerept blijven.

Speciale verwikkelingen doen zich voor met betrekking tot de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn, wil de arts zich bereid verklaren mede te werken tot bloedmonsterneming bij een bewusteloos verkeersslachtoffer: die kan immers geen toestemming geven. Ik zie voor dit netelige, maar zeer principiële, probleem — medisch-ethisch en medisch-juridisch bekeken — twee oplossingsmogelijkheden:

a. Een lang niet altijd bruikbare „incidentele” oplossing, nl. met name als er „inzittenden” zijn in de auto van het slachtoffer, die in aanmerking komen en bereid zijn de belangen van het slachtoffer waar te nemen zonder uitdrukkelijke lastgeving (de „zaakwaarneming” in de zin van artikel 1390 burgerlijk wetboek). Ik denk daarbij met name aan de echtgenoot(note) van het slachtoffer of aan meerderjarige verwanten of zakenvrienden, die zich toch ook met inroepen van artsenhulp, vervoer naar huis of ziekeninrichting enz., belasten. Waarom zouden die geen toestemming tot bloedmonsterafneming kunnen verlenen? Men moet daarbij niet uit het oog verliezen, dat het bloedonderzoek niet alleen belastend, maar ook ontlastend kan zijn. Deze mogelijkheid verdient bij de voorbereiding van de organisatie zeker onder ogen gezien te worden.

b. Een principiële en universele oplossing, althans voor bestuurders van motorvoertuigen, daarin bestaande, dat de overheid als voorwaarde voor de verlening van een rijbewijs de ondertekening van de desbetreffende machtiging stelt; men kan eventueel die machtiging op het rijbewijs stellen en bij de uitreiking laten ondertekenen.

Natuurlijk belet niets een serieuze rijder bij voorbaat bij zijn „rijpapieren” een schriftelijke machtiging ter zake te voegen, en kan de overheid het gebruik daarvan bevorderen door bij elk rijbewijs een machtigingsformulier te voegen of op elk rijbewijs een machtigingsclausule af te drukken (de vrijwillige ondertekening aan de bezitter van het rijbewijs overlatend).

Tenslotte, doch niet het minst belangrijk, een zeer principiële voorwaarde, die RANG — heel begrijpelijk als niet-medicus — over het hoofd zag, maar waarvan hij ongetwijfeld geen ogenblik zal aarzelen, als sociaal aangelegd jurist, de urgentie te erkennen: *uitdrukkelijk moet worden vastgelegd, dat onder alle omstandigheden, gene uitgezonderd, onvoorwaardelijk de eerste-hulpverlening aan het of de verkeersslachtoffer(s) volledig voorrang heeft boven de bloedmonsterneming.*

Geen arts verklaare zich ooit bereid tot bloedmonsterneming mede te werken, noch tot de voorbereiding daarvan

over te gaan, vóór hij volgens eigen eer en geweten zijn taak als eerste-hulpverlener heeft voltooid, hoeveel tijd dat ook moge vergen en hoeveel slachtoffers hij ook te verzorgen moge hebben. Gelukkig zijn „massa-verkeersongevallen” met vele slachtoffers zeldzaam en is in den regel de tijd, die verloopt tussen het ogenblik, waarop het ongeval plaatsvindt en — indien geen arts ter plaatse aanwezig is — de komst van voldoende medische hulp, beperkt, maar bij in levensgevaar verkerende gewonden, die geen ogenblik door de artsen mogen worden verlaten en ook naar het ziekenhuis moeten worden vergezeld, bestaat in theorie de mogelijkheid, dat er geen gelegenheid voor bloedmonsterneming overblijft. Ofschoon in de praktijk die mogelijkheid zich slechts bij uitzondering zal voordoen, moeten artsen en de politie ervan doordrongen zijn, dat de eerste-hulpverlening prioriteit heeft: het belang van de slachtoffers moet nu eenmaal voorgaan boven het algemeen belang der levering van het wettig en overtuigend bewijs, dat een of meer verdachten zich hebben schuldig gemaakt aan het misdrijf, bedoeld in artikel 26 Wegenverkeerswet (zie voor de strafbaarstelling van het in strijd handelen met artikel 26 Wegenverkeerswet artikel 35 eerste lid Wegenverkeerswet, en voor de qualificatie als misdrijf artikel 38 Wegenverkeerswet). Naar mijn wijze van zien geldt dit niet slechts voor medici-practici (huisartsen en specialisten), maar ook voor niet praktiserende geneeskundige ambtenaren, die hun artsenplicht bij hun ambtsplicht moeten laten voorgaan.

*Literatuur:* RANG, J. F. (1968) *Recent medisch ethisch denken*. De Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde, deel 40. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij N.V., Leiden.

Knegsel, februari 1969 W. SCHUURMANS STEKHOVEN

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

### BEROEPSGEHEIM

In zijn klinische les bespreekt Prof. DROGENDIJK (1969) de problemen van het conflict van plichten rondom het beroepsgeheim bij een epileptische taxi-chauffeur.

Prof. DROGENDIJK schrijft, dat een Hoofdbestuur commissie in haar rapport „terecht” stelt, dat het moreel der verzekerden zou worden geschaad, als het publiek zou gaan menen, dat men zich door middel van het beroepsgeheim onrechtmatig zou kunnen bevoordelen ten koste van de sociale verzekering. De schrijver vergeet echter te vermelden dat de Algemene Vergadering van de Maatschappij van Geneeskunst (terecht m.i.!) na uitvoerige besprekingen dit rapport met grote meerderheid heeft verworpen!

De verwerping berustte o.a. op: a. de door schrijver vermelde opvatting van Prof. LANGEMEIJER; b. het zeer kleine aantal gevallen van fraude waarbij het beroepsgeheim betrokken was.

Hieronder valt nl. niet de door schrijver ten onrechte genoemde simulatie en aggravatie, want dat kan de controlerend geneesheer achterhalen zonder dat hierbij het beroepsgeheim van de huisarts in het gedrang komt. Het ging om de fraude, veroorzaakt door het verschil in uitkering door de Ziektewet en Ongevallenwet (voetbalongeval, aangegeven als bedrijfsongeval).

Indertijd wees ik er in de Algemene Vergadering al op, dat in verband hiermee het beroepsgeheim niet „omgebo-

gen" moest worden, maar dat men moest trachten, de oorzaak weg te nemen, door gelijktrekking van Ongevallenwet en Ziektewet. Dit is inmiddels gebeurd („WAO") en hiermee is de bedoelde argumentatie van de schrijver achterhaald.

Ook het voorbeeld van de luetische verloofde is uit de tijd; na 1 penicilline-injectie is de besmettelijkheid verdwenen (de genezing is hier irrelevant). Evenmin is de automutilatie een gelukkig voorbeeld. In 1969 zal in Nederland waarschijnlijk alleen een psychisch gestoorde zelfverminking toepassen ter verkrijging van een uitkering. Een dergelijke patiënt krijgt waarschijnlijk op psychische gronden toch ziektegeld.

Wel kan er een conflict van plichten zijn bij de besproken taxi-chauffeur, die aan een lichte vorm van epilepsie leed. Hierbij moet men dan tegen elkaar afwegen het bezwaar van het schenden van het beroepsgeheim in het algemeen (waarbij volgens Prof. LANGEMEIJER het bezwaar bestaat, dat het publiek gaat twijfelen aan de geheimhouding van de artsen in het algemeen) en het risico van een ernstige aanrijding, die te wijten is aan de epilepsie.

Indien de door Prof. DROGENDIJK bedoelde huisarts naar eer en geweten de weegschaal naar het zwijgen laat doorslaan, kan men het met deze afweging misschien niet eens zijn. Maar men mag deze arts niet zo maar „fout" noemen, zoals schrijver dit doet onder „in de eerste plaats" (bl. 423, laatste alinea). De „fout" van de arts, het geheim wel te schenden toen het zijn eigen gezin betrof, is niet essentieel voor het onderhavige „conflict" van plichten.

Indien tenslotte het risico van een ernstige aanrijding zo groot is, dat men hiervoor het beroepsgeheim zou willen schenden, zou men eerst nog eens moeten overwegen, of dit probleem niet op een andere manier op te lossen is. Men zou bv. een taxi-chauffeur kunnen verplichten, zich bij de eerste keuring aan een elektro-encefalogram te onderwerpen. Hiermee zou men de meeste patiënten met genuïne epilepsie kunnen opsporen.

Als anticlimax mag misschien vermeld worden, dat volgens het *Rapport inzake medische geschiktheid tot het besturen van motorrijtuigen* van de Gezondheidsraad van 1966 een automobilist met een „lichte" epilepsie soms wel voor een rijbewijs in aanmerking kan komen. Dit lijkt me een reden te meer, om de beslissing van de bedoelde huisarts niet met een nogal ongenueanceerd „fout" te bestempelen.

*Literatuur:* DROGENDIJK, A. C. (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 421.

Zwolle, 26 maart 1969

E. GERRITSEN

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van collega GERRITSEN zou ik de volgende opmerkingen willen maken.

I. Het feit dat de Algemene Vergadering van de Maatschappij van Geneeskunst het bewuste rapport met grote meerderheid van stemmen (41 tegen, 8 voor en 1 blanco) heeft verworpen, is door mij niet vergeten (hetgeen ook moeilijk zou kunnen, omdat ik als afgevaardigde de behandeling van dit rapport van a tot z heb meegemaakt), maar niet vermeld omdat de argumenten van de tegenstemmers mij toen en tot op heden niet overtuigd hebben van de juistheid van hun standpunt. Ten aanzien van de door collega GERRITSEN genoemde gronden, waarop volgens hem de verwerping berustte, moge ik verwijzen naar mijn betoog op de Algemene Vergadering van 19 december 1959 (*Med. Contact* (1960) **15**, 195 en 258).

Het is overigens niet ondienstig, in dit verband te releveren, dat het toenmalige Hoofdbestuur in zijn vergadering van 6 september 1958 het rapport *Beroepsgeheim in de Sociale*

*Verzekering met algemene stemmen* heeft aanvaard en de Algemene Vergadering derhalve adviseerde zich met het rapport akkoord te verklaren. Ook is het van belang te vermelden dat de „Commissie inzake het Beroepsgeheim" in haar advies van 2 augustus 1960 als haar oordeel heeft uitgesproken dat genoemd rapport *geen aantasting inhoudt* van de opvatting omtrent het beroepsgeheim, zoals deze is vastgelegd in het Rapport Commissie Beroepsgeheim van 1952. Voorts verlieze men niet uit het oog dat de tegenstemmers niet zozeer bezwaren hadden tegen de inhoud van het rapport, dan wel tegen sommige formuleringen.

II. In mijn klinische les van 8 maart 1969 heb ik de huisarts niet „zo maar" in gebreke gesteld, maar uitvoerig betoogd om welke reden hij m.i. fout heeft gehandeld. De door mij gesignaleerde tweede fout moge misschien niet in de eerste plaats relevant zijn voor het besproken „conflict" van plichten, het is wel essentieel ten aanzien van het hanteren van het beroepsgeheim in het algemeen.

III. Ten aanzien van het voorstel van collega GERRITSEN, een taxi-chauffeur bij een eerste keuring te verplichten zich aan een elektro-encefalogram te onderwerpen, zou ik mij willen aansluiten bij de mening zoals deze is neergelegd in het rapport van de Gezondheidsraad inzake medische geschiktheid tot het besturen van motorrijtuigen. Aldaar staat op bl. 26 het volgende te lezen: „Het E.E.G. heeft slechts beperkte waarde; in het algemeen zal een normaal E.E.G. wijzen op een gunstiger prognose, maar het betekent zeker geen voldoende aanwijzing voor een toelaatbare geringe kans op aanvallen; omgekeerd kan een gestoord E.E.G. best met langdurige en zelfs permanente vrijheid van aanvallen gepaard gaan."

IV. De „anti-climax" waarmee collega GERRITSEN zijn ingezonden stuk beëindigt is niet zo groot als de argeloze lezer wellicht zou denken. Hij vergeet nl. te vermelden, dat de commissie alleen dan een automobilist met een lichte vorm van epilepsie voor een rijbewijs in aanmerking wil laten komen, indien aan een groot aantal, door haar uitvoerig besproken voorwaarden is voldaan. Een van deze voorwaarden luidt aldus: „Patiënt moet blijk geven inzicht te hebben in de noodzakelijkheid van regelmatig gebruik van medicijnen en voldoende verantwoordelijkheidsgevoel bezitten."

Welnu, in mijn klinische les heb ik gesteld dat bij de betrokken patiënt noch het een, noch het ander het geval was!

V. Samenvattend zou ik het zo willen stellen: Vanzelfsprekend is en blijft het iedere arts vrij welke beslissing hij of zij zal nemen in een conflictsituatie. Naar mijn vaste overtuiging evenwel is iedere arts, die in de besproken — en daarmee gelijk te stellen — situatie niet bereid is de zwijgplicht te doorbreken fout, om de eenvoudige reden dat als gevolg hiervan andere mensen het slachtoffer kunnen worden.

*Literatuur:* Advies van de „Commissie inzake het Beroepsgeheim" over het rapport, uitgebracht door de „Commissie Beroepsgeheim in de Sociale Verzekering". *Med. Contact* (1960) **15**, 565. — DROGENDIJK, A. C. (1960). Het beroepsgeheim in de sociale verzekering. *Med. Contact* **15**, 769. — FESTEN, H. (1960) Het beroepsgeheim in de sociale verzekering. *Med. Contact* **15**, 735. — Kort verslag Algemene Vergadering, dd. 17 dec. 1960 (1961) *Med. Contact* **16**, 87. — Prae-advies van het Hoofdbestuur inzake het rapport „Beroepsgeheim in de Sociale Verzekering" (1958) *Med. Contact* **13**, 649. — Rapport van de Gezondheidsraad inzake medische geschiktheid tot het besturen van motorrijtuigen (1966) *Versl. Volksgezond.* nr. 10.

Amsterdam, 3 april 1969

A. C. DROGENDIJK