

beslissing van groot ethisch gewicht moest nemen. Gezien hetgeen in mijn eerste inleidende opmerking werd gezegd, meen ik, dat ook in dit geval de „persoonlijke moraal” in de „sociale moraal” moet uitmonden en dat de ziekte ter bevoegder plaats door hem bekend moet worden gemaakt. Echter niet dan nadat het uiterste is gedaan om de patiënt zélf tot deze conclusie te laten komen. Maar als woordvoerder van de „onbekenden” handelt de arts als mens, niet als medicus. Hij is alleen als medicus in een situatie terechtgekomen, waar zijn medische kennis hem niet aan oplossingen kan helpen. Als medicus is hij getraind, ook als mens?

Daarom twee verzuchtingen tot slot: waar wordt aan onze universiteiten de toekomstige arts getraind voor het omgaan met dergelijke problematiek? En: het zou goed zijn wanneer ook de arts niet meer „baas in eigen spreekkamer” zou zijn, maar te rade ging allereerst (nogmaals gezegd) bij de patiënt, en ook te rade kon gaan bij een officiële of officieuze instantie of persoon (zoals de vraagsteller in feite probeert te doen!). Niet dat deze hem prompte oplossingen voor alle problemen zou dienen te verstrekken; maar die zou hem kunnen helpen de argumenten waarmee en het kader waarin de verantwoordelijkheid gerealiseerd zou kunnen worden te ontdekken. Iets voor de beroepsorganisaties om een dergelijke instantie of persoon ter beschikking te stellen van haar leden?

Antwoord van de jurist.

Het recht kent geen absolute — aan geen enkele beperking onderworpen — verplichtingen of bevoegdheden. Ook de befaamde rechten van de mens en de fundamentele vrijheden zijn in relatie tot elkaar en tot de bij hun afkondiging vermelde bijzondere waarden en belangen gelimiteerd. Het sociale aspect van het menselijk bestaan valt niet te beheersen of te reguleren vanuit het gezichtspunt van één gefixeerde waarde. Van dit besef wordt helder blijk gegeven in de voorafgaande aantekeningen. De eerste medicus heeft dan ook terecht aangevoerd, dat een tot zwijgen verplichte arts kan worden geconfronteerd met professioneel verkregen kennis van zaken, die — met het oog op andere belangen dan die van de patiënt — spreken zeer klemmend zou kunnen maken. Even terecht heeft de eerste medicus er op gewezen, dat de arts er in een dergelijk geval zonder hulp van de patiënt niet in kan slagen beide in zijn voorstelling opdoemende — tegengestelde — belangen volstrekt te dienen. Hij zal het doen van een keuze niet kunnen ontgaan, en — bij een aanvaardbare keuze (die niet voor iedereen dezelfde hoeft te zijn) — biedt het recht het soelaas van de *noodtoestand* als een variant van het klassieke hulpmiddel van de overmacht. Het is natuurlijk de vraag wat een aanvaardbare keus kan heten, wanneer een strikte op een algemeen geldende afspraak berustende maatstaf ontbreekt. De tweede medicus heeft op goede gronden aangevoerd dat de bijzondere belangen — die een arts zouden kunnen bewegen om het zwijgen te verbreken — „wel uitermate zwaar moeten wegen”. Dat lijkt bij een poging tot objectiverend redeneren het goede uitgangspunt. Bij de zwijgplicht van de arts zijn drie van elkaar te onderscheiden maar wel samenhangende belangen in geding: het geïsoleerde belang van de patiënt, het algemene belang van de volksgezondheid dat meebrengt dat de gang naar een arts niet moet worden bemoeilijkt door vrees voor een persoonlijk nadeel, en — in verband met dat tweede belang — het wenselijke besef bij derden dat artsen de vertrouwensaspecten van hun beroep continu met zorg onder ogen zien. Als wij deze opvatting als juist aanvaarden wordt duidelijk dat een arts — ingeval van een conflictsituatie — niet louter de beperkte persoon-

lijke belangen van zijn patiënt heeft af te wegen tegen die van derden, maar dat hij ten bate van zijn zwijgplicht alle hiervoor onderscheiden belangen aan die kant in de schaal zal moeten leggen. Bij een dergelijke wijze kan het waarderingsresultaat in verband met de veiligheid van het vliegbedrijf de beslissing wettigen om het zwijgen te verbreken. Maar — zoals de ethicus ons voorhoudt — niet dan na de patiënt ernstig van de noodzaak daarvan te hebben doordrongen en hem de vrijheid te hebben gelaten zelf te handelen. Is er iemand die een betere gesprekspartner voor de behandelende arts kan zijn dan de medische adviseur van het betrokken bedrijf?

Het dragen van sieraden door medisch personeel

Vraag 2. Op hygiënische gronden wordt het in ziekenhuizen huizen ongewenst geacht dat tijdens de diensturen van verpleegkundigen en ziekenverzorgenden sieraden zoals oorkettingen, horloges, armbanden, halskettingen worden gedragen. In toenemende mate wordt vooral door de jongere verpleegkundigen tegen een dergelijke regeling bezwaar aangekend.

Zijn er naar uw mening op hygiënisch gebied nog steeds voldoende argumenten om een dergelijk verbod te handhaven?

Antwoord. Zuiver hygiënisch gezien zijn alleen bezwaren aan te voeren tegen het dragen van ringen, eventueel een armbandhorloge, omdat deze het regelmatig wassen van de handen bemoeilijken, zodat dit ook soms achterwege gelaten wordt. Men zou de neiging kunnen hebben het dragen van de trouwring toe te staan, maar men bedenke wel dat wie één ring toestaat in zijn argumentatie verzwakt wordt bij het afraden van 2, 3 tot 10 ringen toe (een niet ongewone manifestatie tegenwoordig). Hygiënisch bestaan er geen bezwaren tegen het dragen van kleine, goed bevestigde oorbellen, zodat die niet tijdens het werk op de patiënt kunnen vallen. Hetzelfde geldt voor halskettingen en dergelijke versierselen, zoals armbanden.

Afgezien van de hygiënische aspecten in engere zin kan men stellen dat het werk van de verpleegkundige niet gehinderd wordt en in een aantal opzichten wordt bevorderd wanneer al of niet als noodzakelijk gevoelde versieringen in de werktijd achterwege worden gelaten. Deze benadering verhoogt waarschijnlijk het genoegen van het opdoffen na het werk op dezelfde wijze zoals niet roken tijdens het werk het rookgenot erna vergroten kan.

INGEZONDEN

De invloed van de armomvang op de bloeddrukmeting

Met het antwoord op vraag 38 (1976) ben ik het in zoverre eens, dat de nog steeds in gebruik zijnde correctietabellen voor de omvang van de bovenarm van onwaarde zijn om het

meetartefact bij de indirecte bloeddrukmeting bij adipositas te elimineren. Waarschijnlijk zou een dergelijke correctiefactor niet de meetfout, maar de reële toename van de (gemiddelde) bloeddruk bij adipositas elimineren (KHOSLA en LOWE 1965).

Wanneer echter de afmetingen van de luchtkamer van de manchetsprake komen, meen ik dat het antwoord de filosofisch getinte mist in gaat. De American Heart Association (1967) beveelt voor de luchtkamer een breedte aan van 1,2 maal de diameter van de bovenarm. Onderzoek heeft aangetoond dat deze aanbeveling als minimum-vereiste in het algemeen voldoet, maar dat bijvoorbeeld bij kleine kinderen, adolescenten met lange, dunne bovenarmen en adipeuze personen met conische bovenarmen, te hoge systolische en diastolische waarden afgelezen worden. Anderzijds hebben klinische en laboratoriumonderzoekingen met een fantoomarm het misverstand ontzenuwd dat „te” brede manchetten te lage meetuitkomsten zouden geven (STEINFELD e.a. 1974). De lengte van de luchtkamer mag niet korter zijn dan de omvang van de bovenarm. Dit is onder meer aangetoond door KARVONEN e.a. (1964), SHEKELLE en OSTFELD (1965), SIMPSON e.a. (1965) en KING (1967). Alleen op deze manier wordt bereikt dat de meetfout door de armovang geëlimineerd wordt. Wanneer de afmetingen van de luchtkamer 14 × 40 cm bedragen (en de vijfde fase van de korotkofftonen het criterium is voor de diastolische druk) veroorzaakt de weefsel-

consistentie van de bovenarm geen systematische meetfout (KARVONEN e.a. 1964).

Het advies om de afmetingen van de luchtkamer onverlet te laten, zelfs bij adipositas, en de manchetsprake eventueel te voorzien van een stevige zwachtel is inderdaad de eenvoudigste oplossing. Het is echter ook een uitnodiging voor het handhaven van een belangrijke meetfout waardoor men ten onrechte als hypertensiepatiënt geëtiketteerd kan worden.

Een ander nadeel, althans voor de patiënten van de beantwoorder van vraag 38, is dat de gramschap over het onvermogen om de bloeddruk op betrouwbare wijze te meten afgewenteld dreigt te worden op de patiënten die het vermageringsadvies niet opvolgen.

Literatuur: American Heart Association (1967) *Circulation* 36, 980. — KARVONEN, M. J., L. J. TELIVUO e.a. (1964) *Amer. J. Cardiol.* 13, 688. — KHOSLA, T. en C. R. LOWE (1965) *Brit. J. prev. soc. Med.* 19, 159. — KING, G. E. (1966) *Clin. Sci.* 32, 223. — SHEKELLE, R. B. en A. M. OSTFELD (1965) *Bull. Wld Hlth Org.* 33, 284. — SIMPSON, J. A., G. JAMIESON e.a. (1965) *Amer. Heart J.* 70, 208. — STEINFELD, L., H. ALEXANDER e.a. (1974) *Amer. J. Cardiol.* 33, 107. — Vraag 38 (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 2012.

Amsterdam, november 1976

W. A. VAN VEEN

BOEKAANKONDIGINGEN

J. J. I. VERBURG, *Het verschoningsrecht van getuigen in strafzaken.* (Een studie over art. 218 Sv.) 327 bl. Tjeenk Willink, Groningen 1975.

Dit bijzonder diepgaande exposé van schrijvers uitkomsten van onderzoek is uitgegroeid tot een soort „beroeps-geheimencyclopedie”. Het handelt over art. 218 wetboek van Strafvordering waarin aan beroepsgeheimhouders als artsen het recht wordt toegekend als getuige of deskundige gedagvaard zich van het afleggen van getuigenis of verklaring te „verschonen”. Helaas blijft het verschoningsrecht van art. 219 van dit wetboek, dat ook voor artsen van belang is, buiten beschouwing. Dat art. geeft nl. het recht geen getuigenis af te leggen en geen verklaring te geven, als men daardoor zich zelf aan een strafvervolgung zou blootstellen. Van de ruim 300 bladzijden zijn er 50 gewijd aan de te dien aanzien in medische kringen bestaande controversen. De schrijver kiest in die controversen nu eens partij vóór en dan weer tegen de ook in medische kring lang niet algemeen aanvaarde KNMG-standpunten. Stelt men centraal de mondige patiënt als geheimeigenaar, de arts als geheimbewaarder, en de plicht van de (behandelende) arts om de patiënt in te lichten, zodat deze zijn toestemming tot de behandeling kan geven, dan ontkent men dat de behandelende arts het recht heeft zich tegen de uitdrukkelijke eis van de beroepsgeheim eigenaar in, op zijn beroepsgeheimbewaarderschap te beroepen.

De schrijver miskent blijkbaar, dat tandarts en vroedvrouw „geneeskunst” uitoefenen en de apotheker niet. Hij behandelt de interessante „receptgeheim-problematiek”, noch de speciale wettelijke regeling van het beroepsgeheim van de (niet-behandelende) „bedrijfsartsen”. Aan de groepen

erkende „para-medici” is bij de desbetreffende besluiten een speciale geheimhoudingsverplichting opgelegd.

Hij vergist zich als hij in zijn nawoord de huidige stand van wetgeving als duurzaam wil beschouwen. Naarmate het medische beroepsgeheim door patiëntenwereld en medische tuchtrechter verder wordt gerelativeerd en uitgehold en de zg. „kwaliteitstoetsing” van medisch handelen van „intern” „extern” wordt, zal er medisch bekeken van het verschoningsrecht ex art. 218 wetboek van strafvordering steeds minder overblijven.

W. SCHUURMANS STEKHOVEN

S. SANTEMA, *Georganiseerde maatschappelijke gezondheidszorg.* Structuur – werkzaamheden – raakvlakken. 236 bl. Van Gorcum, Assen 1976. Prijs: ing. f 29,50.

Het moeilijke werk om in leesbare vorm de structuur, werkzaamheden en raakvlakken van de georganiseerde maatschappelijke gezondheidszorg in een hanteerbaar boek te beschrijven, is in deze grondig aangepaste druk weer uitstekend gelukt. Ook voor degenen die bekend zijn met dit gebied, is het telkens weer verbazingwekkend onder ogen te krijgen hoe ingewikkeld de georganiseerde maatschappelijke gezondheidszorg in Nederland, behartigd door overheid en particulier initiatief, is.

De auteurs verdienen onze dank voor hun werk, dat niet alleen aan medische studenten, maar ook aan artsen en vele andere werkers in de gezondheidszorg aanbevolen wordt.

L. BUREMA