

Vergaderjaar 2005–2006

29 494

Wijziging van de Wet op de orgaandonatie (evaluatie)

F

NADERE MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 10 mei 2006

Wij hebben met belangstelling kennis genomen van de vragen en opmerkingen die door de leden van de fracties van de PvdA, de VVD en de SP zijn gesteld. Wij willen deze vragen hieronder gaarne beantwoorden.

De leden van de PvdA-fractie stelden vast dat de transplantatie van donororganen een medische behandeling is, die in het basispakket is opgenomen, waarbij de inspanningen van de regering erop zijn gericht om het donoraanbod te vergroten. Zij vroegen waarom een duidelijke positionering van de overheid in de voorlichting een averechts effect kan hebben of het vertrouwen van de burger kan verstoren, zoals in de memorie van antwoord wordt gesteld.

Ondanks het feit dat door orgaandonatie veel mensenlevens gered worden en in de enquêtes over het onderwerp ondervraagdden altijd heel positief zijn over orgaandonatie, blijkt het verlenen van toestemming in de praktijk vaak moeilijk. Allerlei zaken kunnen de mening van burgers over orgaandonatie negatief beïnvloeden. Een te sterke nadruk van de overheid op de boodschap dat het goed is om orgaandonor te willen worden zou als dwang ervaren kunnen worden en een averechts effect kunnen hebben op de donatiebereidheid. Er is daarom gekozen voor een voorlichtingsmodel waarbij de overheid op afstand staat en een andere organisatie, namelijk NIGZ-Donorvoorlichting, op een zakelijke, maar uiteraard wel wervende manier, voorlicht.

De aan het woord zijnde leden vroegen ook waarom er niet voor is gekozen de proef met het meesturen van een registratiedocument bij de brief van de gemeente aan de burger over het verlopen van de geldigheidsduur van het paspoort uit te breiden naar (motor)rijbewijzen en brommercificaten.

Aangezien niet iedere Nederlander over een rijbewijs beschikt, lijkt een koppeling van de registratievraag aan het uitgeven van reisdocumenten (paspoort en identiteitskaart) effectiever dan een koppeling aan het rijbewijs. Het uitbreiden van de proef naar (motor)rijbewijzen en brommercificaten zou er daarnaast toe kunnen leiden dat de burger te váák wordt geconfronteerd met het nemen van een beslissing over orgaandonatie, waardoor deze burger geïrriteerd kan raken, hetgeen een averechts effect kan hebben. De gemeente Brielle heeft enige jaren geleden zelf het initiatief genomen tot het uitreiken van een donorcodicil

bij de afgifte van het rijbewijs. Daar is gebleken dat de combinatie orgaandonatie/rijbewijs bij burgers negatieve associaties oproept. De leden van de PvdA-fractie vroegen tevens waarom het invullen van het donorformulier niet verplicht is gesteld en welke praktische problemen zich voordoen wanneer een adequate regeling voor de bespreking van de donatievraag met nabestaanden ontbreekt. Bij de behandeling van het voorstel van de Wet op de orgaandonatie (WOD) is destijds de vraag naar verplichtstelling van het inzenden van het donorformulier naar de registratie-instelling al wel aan de orde geweest. In paragraaf 5.2 van de memorie van antwoord (Kamerstukken II 1992/1993, 22 358, nr. 5, blz. 34) van het wetsvoorstel is als overweging om niet tot verplichtstelling over te gaan genoemd dat zo'n verplichting niet in overeenstemming werd geacht met de bedoeling van het voorgestelde beslissysteem in combinatie met registratie, namelijk dat zoveel mogelijk overeenkomstig de eigen uitdrukkelijke wens van mensen wordt gehandeld. In hoofdstuk 5 van de nadere memorie van antwoord (Kamerstukken II 1993/1994, 22 358, nr. 13, blz. 24) is dienaangaande nog toegevoegd dat het beginsel van zelfbeschikking ook de vrijheid impliceert om geen standpunt in te nemen.

De WOD heeft, zoals bekend, tot gevolg dat wanneer de overledene niet zelf bij leven een doorslaggevende wilsbeschikking heeft vastgelegd in het donorregister of op een eigen verklaring, en ook als betrokkene dat expliciet zo heeft bepaald, de nabestaanden bevoegd zijn toestemming te geven voor orgaandonatie, dan wel dat een aangewezen persoon als eerste daartoe bevoegd is. Al met al is er dus sprake van een sluitend systeem, ook wel het volledige beslissysteem genoemd. De huidige wet heeft ook tot gevolg dat er vrijwel altijd iemand is die in de positie is om te beslissen over toestemming voor orgaandonatie. Het nu alsnog aan de burger opleggen van een verplichting tot het in het Donorregister laten registreren van de wil met betrekking tot orgaandonatie na overlijden, vraagt een forse investering in geld die naar verwachting zal resulteren in een relatief beperkt aantal donoren, net zoals verwacht werd voor de invoering van het systeem van Actieve donorregistratie (ADR). Over de invoering daarvan is zoals bekend in 2005 in de Tweede Kamer een motie in stemming gebracht en verworpen. Wij menen, mede gelet op die uitkomst, te mogen betwijfelen of er politiek en maatschappelijk gezien wel een draagvlak zal blijken te zijn voor een in zekere zin met het ADR vergelijkbaar, maar in ieder geval niet minder dwingend of goedkoper, systeem van verplicht laten registreren van wilsbeschikkingen. De wat «zachtere» benadering zoals bij gelegenheid van het aanvragen van een identiteitsbewijs attenderen is niet alleen goedkoper, maar lijkt ons daarnaast als voordeel te hebben dat degenen die een bewuste keuze maken en die keuze laten registreren ook daadwerkelijk achter de gemaakte keuze staan.

Tevens vroegen de leden van de PvdA-fractie in hoeverre er in ziekenhuizen sprake is van een actieve houding ten opzichte van orgaandonatie en in welke mate donororganen worden herkend. Ten behoeve van de donorwerving in ziekenhuizen zijn in ongeveer 65 ziekenhuizen in Nederland donatiefunctionarissen actief. Het is hun taak het beleid van de overheid met betrekking tot postmortale orgaandonatie in ziekenhuizen uit te voeren, waarbij zij samenwerken met de lokale Commissie Orgaan- en Weefseldonatie. Ondermeer door het geven van voorlichting wordt een actieve houding van artsen en verpleegkundigen ten opzichte van orgaandonatie bewerkstelligd en bevorderd. Daarnaast wordt de arts ondersteund bij het proces van donorherkenning, toestemming en donorzorg. De Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS), die verantwoordelijk is voor de landelijke uitvoering van het donorwervingsbeleid, evalueert momenteel de resultaten van dit beleid. De evaluatie

moet leiden tot een verdere aanscherping van het beleid dat is gericht op ondersteuning van artsen in en rond het proces van donatie. Daarnaast gaat de NTS in 2006 bij de Raden van Bestuur en medische staven van ziekenhuizen extra aandacht vragen voor donorwerving, met als doel donorwerving niet langer alleen een zaak te laten zijn van de in het ziekenhuis werkende artsen, maar in toenemende mate onderdeel te laten worden van het algemene strategische beleid van ziekenhuizen. Het uitgangspunt hierbij is dat ook donorzorg een vorm van patiëntenzorg is, waarmee het deel uitmaakt van het totale zorgaanbod van ziekenhuizen. In 2006 zal de ombuiging moeten plaatsvinden van donorwerving als inspanningsverplichting van ziekenhuizen naar donorwerving als resultaatsverplichting. Hierbij zal de NTS gebruik gaan maken van prestatie-indicatoren, waarmee nauwkeurig gemeten kan worden welke resultaten op het gebied van donorwerving worden geboekt. De mate waarin potentiële orgaandonoren worden herkend, wordt bepaald met behulp van een computerprogramma, het Medisch Status Overzicht. Dit programma is in 2004 in verschillende ziekenhuizen in gebruik genomen. De metingen in de ziekenhuizen waar dit programma in 2004 in gebruik was, laten zien dat er weinig potentiële orgaandonoren over het hoofd worden gezien.

De metingen van het jaar 2005 worden op dit moment geanalyseerd door de NTS en de resultaten daarvan zijn naar verwachting binnenkort gereed. Ook vroegen deze leden of er nog aanwijzingen bestaan dat er nog beletselen zijn voor de medewerking aan orgaanvererving in kleinere ziekenhuizen.

In kleinere ziekenhuizen komt orgaandonatie weinig voor, deze ziekenhuizen beschikken doorgaans slechts over een kleine Intensive Care afdeling, en soms ontbreekt deze zelfs. Daarnaast is in deze ziekenhuizen niet altijd een neuroloog aanwezig, die noodzakelijk is voor het kunnen vaststellen van de hersendood, een voorwaarde bij de heartbeating donatie. Voor non-heartbeating donatie gelden deze voorwaarden niet, dit soort donatie zou ook in kleinere ziekenhuizen goed plaats kunnen vinden. Voorwaarde daarbij is wel dat ziekenhuizen op de hoogte zijn van de mogelijkheid van non-heartbeating donatie en dat zij beschikken over het bijbehorende protocol. De NTS is daarom in 2005 gestart met een project ter stimulering van non-heartbeating donatie. Een tussenrapportage van dit project wordt verwacht in het najaar van 2006, het project wordt in het voorjaar van 2007 afgerond. Bij de beoordeling van de resultaten van dit project zal ook expliciet aandacht bestaan voor de eventuele substitutie van heartbeating naar non-heartbeating donatie.

Vervolgens vroegen de leden van de PvdA-fractie in hoeverre elementen uit de praktijk zoals die in Spanje en in delen van Italië bestaat, bijvoorbeeld ondersteuning van ziekenhuizen gekoppeld aan prestatieafspraken, een groter aanbod aan donoren kunnen opleveren.

In het antwoord op de eerdere vraag van deze leden over de houding van ziekenhuizen ten opzichte van orgaandonatie en de mate waarin potentiële orgaandonoren worden herkend is al aangegeven dat in 2006 een ombuiging zal plaatsvinden van donorwerving als inspanningsverplichting naar donorwerving als resultaatsverplichting. De resultaten kunnen worden gemeten aan de hand van prestatie-indicatoren. Enerzijds krijgen ziekenhuizen meer vrijheid om donorwerving naar eigen inzicht vorm te geven, anderzijds vormen de behaalde resultaten de basis voor verdere financiële ondersteuning. Van een goed resultaat zal sprake zijn wanneer is vastgesteld dat alle medisch gezien geschikte potentiële donoren zijn herkend, het verschil tussen het aantal herkende potentiële donoren en het aantal werkelijke potentiële donoren beperkt en verklaarbaar is en het aantal weigeringen door nabestaanden zo laag mogelijk is.

De leden van de PvdA-fractie vroegen zich af wat de oorzaak is van het relatief hoge percentage non-heartbeating donoren en vroegen in hoeverre is aan te geven welk aandeel hiervan ook een heart beating donor had kunnen zijn.

Zoals beschreven in het antwoord op de vraag over beletselen voor de medewerking aan orgaanvererving in kleinere ziekenhuizen, wordt non-heartbeating donatie sinds 2005 door middel van een project gestimuleerd, en is de kwestie van ongewenste substitutie een onderdeel van dit project.

Tevens vroegen deze leden in welke mate voorlichting over hersendood, betere faciliteiten en financiële vergoeding voor ziekenhuizen het aantal heart beating donaties zou kunnen vergroten.

Wat betreft hersendood wijzen wij graag op het volgende. Onlangs verscheen de geactualiseerde versie van het Hersendoodprotocol dat de Gezondheidsraad op verzoek van de toenmalige minister van Volksgezondheid conform artikel 15 van de WOD heeft opgesteld. Dit is niet alleen een goede aanleiding om opnieuw bekendheid te geven aan het onderwerp in de ziekenhuizen, maar ook om de voorlichting aan de burgers te herzien en nog toegankelijker te maken. Door middel van een circulaire zullen de ziekenhuizen op de hoogte worden gesteld van het nieuwe Hersendoodprotocol. Bovendien verschijnt binnenkort ook een nieuwe versie van het modelziekenhuisprotocol dat een handreiking is voor de ziekenhuizen die op grond van artikel 23 van de WOD een protocol moeten hebben voor het ter beschikking stellen van organen voor transplantatie. Het Hersendoodprotocol moet deel uitmaken van dit protocol (art 23, vierde lid). NTS zal dit model aan de ziekenhuizen aanbieden, waarmee er een tweede moment van aandacht zal zijn voor het onderwerp. Van extra aandacht mag een positief effect worden verwacht op het aantal heartbeating donaties. Ten aanzien van betere faciliteiten en financiële vergoedingen is relevant dat in 2006 een ombuiging plaatsvindt van donorwerving als inspanningsverplichting naar donorwerving als resultaatsverplichting. Hierdoor zal de financiële vergoeding voor ziekenhuizen afhankelijk worden van de resultaten die worden behaald.

De aan het woord zijnde leden stelden dat terwijl de overheid zich terughoudend opstelt bij het werven van donoren in zijn algemeenheid, donatie bij leven wel actief zal worden bevorderd, en vroegen of juist met betrekking tot donatie bij leven niet een meer voorzichtige opstelling gewenst is, temeer daar omgevingsfactoren als sociale controle een grote rol spelen. Het feit dat de overheid maatregelen ondersteunt die er toe moeten leiden dat haar beleid met betrekking tot postmortale orgaandonatie met succes in de ziekenhuizen wordt uitgevoerd, betekent volgens ons dat zeker in dat opzicht niet gesproken kan worden van terughoudendheid. Wij zijn daarnaast van mening dat er – tenzij daaronder ook begrepen wordt het bewerkstelligen van de nodige zorgvuldigheid bij donatie bij leven en het (doen) oplossen van eventuele onwenselijke praktische belemmeringen – eigenlijk evenmin gesproken kan worden van het van overheidswege actief bevorderen van orgaandonatie bij leven. Dit moge onder meer duidelijk worden uit het navolgende. Hoofdstuk II van de WOD staat donatie bij leven slechts toe indien aan de daarin vermelde specifieke voorwaarden is voldaan. Gevolg daarvan is bijvoorbeeld dat nierdonatie bij leven alleen aan de orde kan zijn wanneer de potentiële donor een wilsbekwame meerderjarige is. De Gezondheidsraad heeft in het advies «Nieuwe wegen naar orgaandonatie» (Gezondheidsraad 2003; publicatienr. 2003/01, te vinden via <http://www.gr.nl/pdf.php?ID=715&p=1>) gesteld dat in geval van de donatie bij leven van een nier de belangrijke voordelen voor de ontvanger van de nier kunnen opwegen tegen de mogelijke schade en risico's die de donor van de nier van de donatie ondervindt. Het kabinet heeft in het standpunt op dit advies (Kamerstukken II 2003/2004 28 140 nr. 13, blz. 5) geconcludeerd dat deze vorm van donatie medisch-

ethisch gezien verantwoord is. Daarbij komt dat zo'n donatie niet alleen de beste vooruitzichten biedt aan de ontvanger, maar ook dat gemiddeld genomen diens wachttijd tot de transplantatie korter zal zijn. De Gezondheidsraad heeft verder als aanbeveling geformuleerd dat de mogelijkheid van (nier)donatie bij leven met meer nadruk (maar zonder verplichting) onder de aandacht van nierpatiënten en hun familie dient te worden gebracht. Naar aanleiding daarvan heeft het kabinet opgemerkt het verantwoord te achten om donatie van een nier bij leven met meer nadruk, maar zonder druk, aan de orde te stellen in de gesprekken met nierpatiënten die medisch gezien in aanmerking zouden kunnen komen voor een niertransplantatie (en eventueel hun naasten). Wel dient naar de mening van kabinet een potentiële nierdonor goed te worden ingelicht over een en ander, met inbegrip van de beide verwijderingstechnieken die daarbij mogelijk zijn, en dient deze een doorslaggevende stem in de keuze dienaangaande te hebben, zelfs als zijn keuze in voorkomend geval betekent dat de transplantatie in een ander centrum plaats dient te hebben dan het centrum waarbij de ontvanger zich eerder heeft aangemeld.

Tenslotte heeft het kabinet in zijn standpunt opgemerkt niet voornemens te zijn om een op donatie bij leven gerichte overheids campagne te houden, en ook dat mogelijke donatie van een orgaan bij leven een zaak is die alleen waar zinvol in de contacten van de beroepsbeoefenaren met de patiënten en naasten aan de orde dient te komen. Uitgangspunt daarbij is dat voorafgaande aan donatie bij leven een zorgvuldige evaluatie van de fysieke en psychische geschiktheid en de zuiverheid van de motieven van de potentiële donor wordt uitgevoerd.

Tot slot vragen de leden van de PvdA-fractie of er longitudinale studies bestaan over de psychische en somatische gevolgen van donatie bij leven, of dat er anderszins inzicht bestaat in die gevolgen over een termijn van drie tot zes jaar.

Voor het antwoord op deze vraag willen wij verwijzen naar eerdergenoemd advies van de Gezondheidsraad. Paragraaf 4.2 daarvan behandelt de gevolgen van nierdonatie bij leven van de donor. Belangrijk is daarbij onder meer het volgende. Voor wat betreft de levensverwachting is naar aanleiding van de uitkomsten van in het buitenland verricht onderzoek onder meer vermeld dat «nierdonoren langer leven» (blz. 87). Ook is geconcludeerd dat nierdonoren geen verhoogde kans op het ontstaan van nierziekte hebben (blz. 89). De raad vermeldt (eveneens op blz. 89) als (opvallende) uitkomst van onderzoek op het gebied van de kwaliteit van leven van levende nierdonoren (met een gemiddelde follow-up periode van bijna zeven jaar) waarbij werd gevraagd naar de psychologische status, sociaal gedrag, somatische klachten en naar fysieke belastbaarheid en arbeidsvermogen, dat «op vrijwel alle uitkomstmaten de groep donoren beter scoorde dan de algemene populatie (met uitzondering van slaapstoornissen). Aparte aandacht werd besteed aan de groep donoren bij wie de ontvanger van het orgaan inmiddels was overleden: hun kwaliteit van leven was gemiddeld lager dan die van de rest van de donoren, maar nog altijd gelijk of iets beter dan die van de algemene populatie. Bijna 95 procent van de donoren gaf te kennen dat zij, met de kennis en ervaring van het leven met één nier, opnieuw daarvoor zouden kiezen. Van de donoren bij wie de ontvanger van het orgaan inmiddels was overleden, gaf bijna 90 procent dit antwoord. Minder dan 3 procent van de totale groep donoren gaf aan dat zij die keuze niet opnieuw zouden maken.»

De leden van de VVD- en SP-fracties vroegen of de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met zijn passages over donatie bij leven in zijn brieven aan de Eerste en Tweede Kamer van 17 januari 2006 (Kamerstukken I, 2005–2006, 29 494, D) bedoelt dat hij de diverse zwaarwegende morele bezwaren tegen familiedonaties bij leven irrelevant acht en wil laten voor wat zij zijn.

Uit het hiervoor gegeven antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie of juist met betrekking tot donatie bij leven niet een meer voorzichtige opstelling gewenst zou zijn, moge ook duidelijk zijn geworden dat wij, evenals onze voorgangers overigens, zwaarwegende morele bezwaren die er tegen donatie bij leven ook bestaan geenszins irrelevant achten. We hebben begrip voor de zorgen van de deze leden. Donatie bij leven kan naast positieve ook negatieve gevolgen hebben voor betrokkenen. Daarvan zal bijvoorbeeld sprake zijn wanneer de ontvanger het orgaan afstoot, of de donor blijvende gezondheidsschade oploopt als gevolg van de uitname van het orgaan. De WOD staat om die reden donatie bij leven alleen onder strikte voorwaarden toe, het voorliggende voorstel voor wijziging van de WOD bevat geen bepalingen die op donatie bij leven betrekking hebben. Bijgevolg blijven die voorwaarden ongewijzigd. Een voorstel voor een wijziging van deze voorwaarden zal niet eerder worden ingediend dan nadat tenminste ook een aanvullend advies van de Gezondheidsraad daartoe mede aanleiding geeft. In dit verband is van belang de brief die eerste ondergetekende onlangs ontving van de NTS met daarin het voorstel een pilot te gaan doen met het zogeheten Living Donor List Exchange programma (LDLE).

Ongeveer 50% van de donor-ontvangerparen kan niet worden geholpen door middel van directe donatie of het cross-over nierdonatieprogramma. In het LDLE-programma wordt een uitwisseling tot stand gebracht tussen een donor-ontvangerpaar dat niet in het directe of het cross-over donatieprogramma kan doneren en de pool van postmortaal ter beschikking gekomen organen. De levende donor biedt zijn nier aan aan de pool van overige transplantatiekandidaten op de postmortale wachtlijst. Als tegenprestatie wordt de ontvanger binnen het paar bovenaan de wachtlijst geplaatst. De reactie van eerste ondergetekende op deze brief luidt dat de door de NTS verschaft informatie nog een aantal vragen onbeantwoord laat. Daarnaast staat de WOD allocatie van postmortaal verkregen organen op basis van niet-medische criteria, zoals bij het LDLE-programma zou geschieden, niet toe. Ten slotte lijkt het LDLE-programma niet in lijn te zijn met het door de regering overgenomen advies van de Gezondheidsraad uit 2003, getiteld «Nieuwe wegen naar orgaandonatie». De Gezondheidsraad ontraadt in dat advies een soortgelijke constructie. Om een goed afgewogen antwoord te kunnen geven op de concrete vraagstelling van de NTS is de Gezondheidsraad gevraagd om een advies over indirecte donoruil. Een reactie hierop wordt voor augustus van dit jaar verwacht. Daarnaast zullen wij, naar aanleiding van de opmerkingen van deze leden over donatie bij leven, laten onderzoeken of er naast de hierboven beschreven gegevens over de gezondheidssituatie, de levensverwachting en de kwaliteit van leven van donoren bij donatie bij leven ook andersoortige gegevens te verzamelen zijn over de gevolgen van donatie bij leven. Van de resultaten van dit onderzoek zullen wij u op de hoogte stellen.

Naar aanleiding van de verwijzing van de aan het woord zijnde leden naar de brieven van 17 januari jongstleden van eerste ondergetekende aan de voorzitters van de beide kamers, merken wij overigens op dat er naar onze mening geen licht tussen de brieven zit. Beide brieven bevatten de navolgende passage: «De inzet in de derde categorie richt zich naast het personeel in de zorg op wetenschappers, zorgverzekeraars en anderen en kent als doelen:

- verhoging van het aantal non-heartbeating donaties;
- minimalisering van belemmeringen in geval van donatie bij leven.

Ingezette beleidsmaatregelen zijn bijvoorbeeld het project non-heartbeating donatie met als doel de uitbreiding van de pool van mogelijke non-heartbeating donoren, vormen van ondersteuning van donatie bij leven enzovoorts».

Het doel van de inzet op het gebied van orgaandonatie bij leven is aldus

bijvoorbeeld om de belemmeringen, zoals die aan de orde kunnen in geval van donatie van een nier, zo veel mogelijk weg te nemen. Heel concreet gaat het daarbij om een verzoek dat eerste ondergetekende eerder aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft gedaan om te bewerkstelligen dat in de tarieven voor donatie bij leven ook ruimte wordt geschapen voor vergoeding van kosten die de donor in verband met de donatie moet maken. Het CVZ heeft inmiddels Prismant opdracht gegeven voor een onderzoek naar de niet-medische kosten op zowel de korte als de lange termijn, en de mogelijke medische kosten op lange termijn zoals die uit donatie bij leven kunnen voortvloeien. Resultaat zal onder meer ook zijn een model voor vergoeding van dergelijke kosten. Het gaat daarbij dus niet om de medische kosten die verband houden met de selectie van een levende donor en aan de feitelijke donatie. Deze kosten komen al sinds jaar en dag ten laste van de verzekering van de ontvanger. Tot slot vroegen de leden van deze fracties of de minister bekend is met de impact die familiedonaties kunnen hebben op toekomstige relaties binnen een familie.

Wij hebben de indruk dat de zorgen die de leden van deze fracties op dit punt hebben zijn ingegeven door het feit dat zich in de praktijk gevallen voordoen waarin familiedonaties een negatieve impact blijken te hebben op relaties binnen een familie. Systematische informatie hierover is ons echter niet bekend. Dat is ook de belangrijkste reden waarom wij hierboven aangaven dat wij nader willen laten onderzoeken of er ook anderzootige gegevens kunnen worden verzameld over de gevolgen van orgaandonatie bij leven dan de eerdergenoemde gegevens uit het advies «Nieuwe wegen naar orgaandonatie». Als de aan het woord zijnde leden beschikken over informatie op dit gebied die van nut kan zijn bij het laten uitvoeren van het bedoelde nadere onderzoek, stellen wij het zeer op prijs daarvan kennis te mogen nemen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

De Minister van Justitie,
J. P. H. Donner