

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

LOKALE CONTRACEPTIVA

Vraag Nr. 38. Naast de orale contraceptiva wordt ook reclame gemaakt voor vaginale middelen als schuimspray, tabletten, crèmes e.d. Is er iets bekend over de betrouwbaarheid en over de mogelijkheid van complicaties (erosie, infectiekansen door verandering van de vaginale flora, carcinogene werking)? Welke middelen verdienen de voorkeur?

Antwoord. De betrouwbaarheid van lokaal aangewende chemische contraceptiva in de vorm van (schuim)tabletten, crème, gelei of aërosolspray is beduidend geringer dan die van orale contraceptiva. Uitgedrukt in het aantal ongewenste zwangerschappen tijdens toepassing daarvan in 100 zg. vrouwjaren (ca. 1200 cycli) bedraagt de betrouwbaarheid ca. 20-40, hetgeen in scherp contrast staat met die van orale contraceptiva (combinatietherapie) waarvan de betrouwbaarheid blijkt uit 0-1,5 zwangerschappen per 100 vrouwjaren. De grote variatie in de opgave van betrouwbaarheid van de chemische contraceptiva berust op het feit, dat het effect slechts ten dele afhankelijk is van de werkzaamheid van de spermicide component doch voor een belangrijk deel van het in acht nemen van de instructies ten aanzien van de wijze en tijdstippen van toediening.

Complicaties in de zin van portio-erosies, colpituden of carcinogene effecten zijn van de erkende preparaten niet beschreven. Uit het bovenstaande blijkt, dat deze methode van contraceptie slechts in overweging mag worden genomen onder omstandigheden waarin men met de geringe tot matige graad van betrouwbaarheid vrede neemt, en vergelijking met andere methoden met overeenkomstige betrouwbaarheid ten gunste van de eerste uitvalt. Voorkeur voor een van de toepassingsvormen van spermicide preparaten zal enerzijds worden bepaald door persoonlijke voorkeur, terwijl anderzijds de kostprijs mede een rol zal kunnen spelen.

CALCIUM-TABLETTEN

Vraag Nr. 39. Wat is uw mening over de werkzaamheid van Calcium-Sandoz forte tabletten in vergelijking met calciumlactaat en calciumgluconaat (bij osteoporose)?

Antwoord. De samenstelling van Calcium-Sandoz forte tabletten is blijkens opgave van de fabrikant:

| | |
|-------------------------|---------|
| calciumlactaatgluconaat | 2,94 g |
| calciumcarbonaat | 300 mg, |

overeenkomend met 500 mg geïoniseerd calcium, nadat ook het calciumcarbonaat met behulp van zuur in een oplosbare calciumverbinding is omgezet.

De oplosbaarheid van calciumlactaatgluconaat (1 in 10 delen water) is groter dan die van calciumlactaat (1 in 20 delen water) en die van calciumgluconaat (1 in ongeveer 30 delen water); het is echter waarschijnlijk, dat bij gelijktijdig oplossen van calciumlactaat en -gluconaat in de verhouding, zoals deze verbindingen in calciumlactaatgluconaat voorkomen, een oplosbaar-

heid wordt verkregen, die vergelijkbaar is met die van calciumlactaatgluconaat. Zelfs afgezien hiervan kan niet worden aangenomen, dat bij toediening van een mengsel van 1,76 calciumlactaat en 1,70 g calciumgluconaat (de hoeveelheden, die equivalent zijn met 2,94 g calciumlactaatgluconaat) de geresorbeerde hoeveelheid calcium kleiner zal zijn dan bij toediening van 2,94 g calciumlactaatgluconaat.

Overigens moge de vraag worden gesteld, of de aanwezigheid van 500 mg geïoniseerd calcium, op grond waarvan de fabrikant concludeert tot „bij uitstek geschikt voor massieve calciumtherapie”, bevorderlijk is voor de resorptie.

De verdienste van het preparaat van Sandoz schuilt in de vormgeving, die toediening van grote hoeveelheden calcium in een smakelijke vorm mogelijk maakt.

Het bovenstaande houdt uiteraard geen oordeel in over het al of niet doelmatige van het gebruik van calciumverbindingen bij osteoporose.

INGEZONDEN

HERPES ZOSTER EN MALIGNIE AANDOENINGEN
Gaarne zou ik een aanvulling willen geven op het antwoord op vraag Nr. 33, gepubliceerd in dit Tijdschrift (1969).

Het is een sedert lang bekend feit, dat bepaalde factoren (infectieuze, toxische, traumatische) het uitbreken van herpes zoster kunnen bevorderen. Wat ziekten aangaat, worden in de literatuur vermeld pneumonie, influenza, meningitis epidemica, malaria, difterie, tuberculose, syfilis (tabes), carcinoom, lymfosarcoom, maligne reticulose en leukemie; wat vergiftigingen betreft, arsenicum en Salvarsan.

Nu is de kans om als volwassene herpes zoster te krijgen niet groot — volgens FREUND 0,2-0,4 pro mille —, terwijl bovengenoemde ziekten deze kans slechts in zeer geringe mate vergroten. Volgens WOHLWILL maken alleen leukemie, lymfosarcoom en lymfogranulomatose (maligne reticulose) op deze regel een uitzondering. Opmerkelijk hierbij is, dat carcinoom juist niet vermeld wordt als een maligne aandoening die in bijzondere mate voor herpes zoster predisponneert. Aangezien de publikatie van genoemde auteur dateert van 1938, is het evenwel mogelijk dat in de laatste decennia verandering hieromtrent is ingetreden.

Literatuur: DROGENDIJK, A. C. (1940) Over het aetiologisch verband tusschen zoster en varicellae. *Geneesk. Bladen*, 37ste reeks, nr. X. — Vraag Nr. 33 (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1395. — WOHLWILL, F. (1938) Zona. In: C. LEVADITI en P. LÉPINE, *Les ultravirus des maladies humaines*, bl. 359. Parijs.

Amsterdam, 19 augustus 1969

A. C. DROGENDIJK

RECHTSKRACHT VAN VERKLARING OMTRENT BEHANDELING

Naar aanleiding van het antwoord op vraag Nr. 34 (1969) moge ik een opmerking maken, die voor de inhoud niet ter zake doende is, maar die mag wijzen op een vaak gemaakte vergissing. Op bl. 1397, linker kolom, staat:

„a. „Gesloten ziekenhuizen” met eigen staf: deze worden geacht met de opgenomen patiënten een „logeer- en behandelingscontract” te hebben gesloten (die dus de geneeskundige behandeling insluit).”

Dit is niet geheel juist. Gesloten ziekenhuizen met een eigen staf worden in twee groepen verdeeld: „All in” of „all out”. Alleen in de eerste, kleinere groep en dan nog alleen voor de klinische derde-klas-patiënt, geldt wat in de

aangehaalde passage staat. Het gesloten zijn of het bezitten van een eigen staf is niet essentieel in het behandelde vraagstuk. Of het „all-in” dat wel is — en dat wordt in het antwoord bedoeld — laat ik graag voor de antwoordgever, al meen ik dat het niet zo zwart-wit is als hij voorstelt.

Literatuur: Vraag Nr. 34 (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1395.

Leeuwarden, 11 augustus 1969

J. TH. PLANTEN

De zeer gewaardeerde opmerking van de inzender berust op een heel begrijpelijke vergissing, nl. dat naar zijn mening de „all-out” clausule in de „opname-overeenkomst” tussen ziekenhuis en patiënt (resp. diens wettelijke vertegenwoordiger) aansprakelijkheid van het ziekenhuis voor de behandeling uitsluit. Dat nu is rechteens niet het geval omdat de „stafovereenkomst” tussen (gesloten) ziekenhuis en specialisten geacht moet worden een (bijzondere) „arbeidsovereenkomst” te zijn, die de aansprakelijkheid van het ziekenhuis voor de behandeling impliceert op basis van een ter zake ruime interpretatie van artikel 1403 B. W. De tijd, dat ziekenhuizen en specialisten tegen die visie overwegende, principële bezwaren hadden spoedt ten einde, sedert WA-assuradeuren geen enkel bezwaar (meer) hebben, die aansprakelijkheid ruim te dekken, zonder (langer) over de „status” van de behandelende specialist te strijden. Die „status” (in juridische zin) is ook een echte „status-prestige-kwestie” in menselijke en medische zin, die bij de moderne „staf-overeenkomsten” tactisch en praktisch wordt opgelost. Wie daarover meer wil weten bestudere het antwoord van Prof. Dr. F. J. H. M. VAN DER VEN op de vraag „Het beroep van geneesheer nog steeds een vrij beroep?” („De geneesheer en het recht”, afl. 1 van *Medisch Recht*. Uitg. Kluwer, Deventer 1968). Hij stelt daarin het „moderne professie-model” tegenover het „traditionele professie-model” (de arts zal even moeten wennen aan dergelijke termen). Dat moderne „professie-model” doet zich voor waar professionalisten „werken in complexe organisaties, veelal in teamverband en/of in verticale hiërarchische verbanden”. De toepasselijkheid op de gesloten ziekenhuizen zal wel zonder meer duidelijk zijn, evenals de ontwikkeling in de aangeduide richting. Prof. Dr. J. B. STOLTE (1968) zoekt als medicus naar wat de jurist VAN DER VEN noemt „een niet gemakkelijk te vinden middenpositie tussen organisatiegezag en professioneel gezag” en hij rept in het voorbijgaan niet ten onrechte over „traditioneel statusgevoel en belang” van de specialisten. En over „geïmproviseerde samenwerking in het organisatieverband van het ziekenhuis” — als steeds complexer organisatie met een steeds duidelijker hiërarchisch karakter. Wie vooruit ziet — de tekenen der tijden begrijpend — heeft geen voorspellende geest nodig om overtuigd te zijn, dat „inspraak” van vertegenwoordigers van de medische staf in de complexe ziekenhuis-bedrijfsorganisatie snel moet en zal komen. WA-assuradeuren hebben als praktische mensen, uit zuiver zakelijke overwegingen, al deze wat tere status-strijdvragen ter zijde gesteld voor zover zij in hun verzekeringsvoorwaarden de dekking van de aansprakelijkheid van het ziekenhuis volkomen los van „all-in” of „all-out” uitbreiden tot de geneeskundige behandeling — zowel klinisch als poliklinisch — in volle omvang. Ook ten aanzien van daden, waarvoor het ziekenhuis krachtens artikel 1403 B.W. niet wettelijk aansprakelijk mocht kunnen worden gesteld.

Hier moge een voorbeeld van een dergelijke (moderne) „ziekenhuis- en medische specialisten-aansprakelijkheids-dekkingsclausule” volgen:

De dekking strekt zich met name uit tot de aansprakelijkheid van:

1. de bestuursleden, de directeur(en), de administrateur(en), de economen of wie zich verder in enige functie bezighoudt met de behartiging van de belangen van de verzekerde, resp. van het ziekenhuis (de polikliniek, de bedrijven en terreinen van de inrichting daaronder begrepen);
2. het huishoudelijk, verplegend en ander personeel van verzekerde;
3. de artsen in dienst van verzekerde;
4. de sub 1 t.m. 3 genoemden over en weer.

De dekking strekt zich voorts uit tot de aansprakelijkheid van:

5. de artsen, die al dan niet krachtens overeenkomst met verzekerde — zonder in dienst van verzekerde te zijn — door verzekerde zijn of worden toegelaten, resp. in de gelegenheid zijn of worden gesteld om hun beroep in het ziekenhuis (de polikliniek daaronder begrepen) uit te oefenen;

6. het personeel van de onder 5 bedoelde artsen, dat hun behulpzaam is bij de onder 5 bedoelde beroepsuitoefening, doch uitsluitend met betrekking tot handelingen en nalatigheden door de sub 5 en 6 genoemde personen in hun vermelde kwaliteit verricht in het ziekenhuis (de polikliniek daaronder begrepen).

Onder deze dekking zijn medebegrepen alle vorderingen terzake van schade:

- a. toegebracht aan klinische en poliklinische patiënten bij de uitvoering van enigerlei door of namens hen of door of namens derden met verzekerde gesloten overeenkomst tot verpleging, observatie, afzondering of behandeling;

- b. toegebracht aan eigendommen en bezittingen van klinische en poliklinische patiënten tijdens hun verblijf in het ziekenhuis (de polikliniek daaronder begrepen) en wel tot een maximum van f 1.000,— per persoon en per gebeurtenis, met dien verstande, dat de aansprakelijkheid voor kostbaarheden, geld en geldswaardige papieren — met inachtneming van het eerder genoemde maximum — beperkt is tot die kostbaarheden, dat geld en die geldswaardige papieren, die door deze patiënten aan verzekerde in bewaring zijn gegeven.

De aansprakelijkheid wegens schade veroorzaakt door, optredende bij of voortvloeiende uit het gebruik van radioisotopen, die zich niet op het terrein van een atoomkernreactor-installatie bevinden is medegedekt, zulks in afwijking van het vermelde in de clausule „Atoomkernreacties”.

De enige groep „mogelijke schadeveroorzakers”, die in deze al verscheidene jaren oude, maar nog altijd moderne „specimen-risicodekking” ontbreekt, is de nieuwe categorie van de „assistent-artsen”, waarvan trouwens de „status” nog geregeld moet worden, in aansluiting waaraan het specimen gewijzigd of aangevuld zal moeten worden, wil het ziekenhuis-aansprakelijkheidsrisico te hunnen aanzien uitdrukkelijk gedekt zijn.

De slotsom is en blijft, dat de ziekenhuizen zonder onderscheid — open of gesloten, met of zonder staf, all-in of all-out, publiekrechtelijk of privaatrechtelijk, commercieel of charitatief, e.t.q. — zich tegenover een patiënt, die bij de opneming een „non-resuscitatie-verklaring” produceert hetzij wettelijk, hetzij contractueel aansprakelijk zullen moeten achten en verklaren voor de nakoming van het alsdan ten aanzien van de behandeling gemaakte „non-resuscitatie-beding”. Juridisch — dit moge de medicus, die niets erger vindt dan juristerij, „grijs” toeschijnen — bestaat er geen kleur of tint, die ontstaat door menging van zwart en wit, en derhalve geen gradatie in „zwart-witheid”.

Literatuur: STOLTE, J. B. (1968) De organisatorische positie van de medische specialist in het Nederlandse algemene ziekenhuis. *Ned. T. Geneesk.* 112, 166.