

gevaarlijk voor de patiënt is en snel tot diens dood kan leiden indien niet onmiddellijk op de juiste wijze door de arts wordt gereageerd (derhalve in casu de kinderarts met spoed de anesthesist en (of) de keel-neus-oorarts van het ziekenhuis had moeten alarmeren en L onmiddellijk naar de operatiekamer had moeten overbrengen). Door de mogelijkheid van epiglottitis bij het patiëntje niet te onderkennen met het gevolg dat hij niet de daarop passende maatregelen heeft genomen, heeft de kinderarts over wie is geklaagd gefaald en heeft hij zich schuldig gemaakt aan een nalatigheid waardoor ernstige schade voor het patiëntje is ontstaan en heeft hij het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd. Daaraan doet niet af dat epiglottitis bij jonge kinderen zelden voorkomt.

6. Wat betreft het door de inspecteur in zijn beroepschrift gestelde, als hiervoor weergegeven, is het Centraal College, mede gehoord de deskundige, van oordeel dat in de noodsituatie, zoals deze als gevolg van het onder 5 vermeld falen van de kinderarts was ontstaan, te weten de ademstilstand van het patiëntje, de kinderarts twee mogelijkheden had om te trachten de dood van het patiëntje te voorkomen: (1) toepassing door hemzelf van coniotomie en (2) toepassing van ballonbeademing en, als dit niet lukte, intubatie. Dat de kinderarts over wie is geklaagd voor de tweede methode heeft gekozen en niet voor de eerste, hoewel deze, achteraf gezien, vermoedelijk beter zou zijn geweest, kan hem – gelet op de noodsituatie, die voor hem hoogst verrassend moet zijn geweest – niet worden verweten daar zijn keuze op zichzelf gezien toen niet onjuist was. Het Centraal College deelt de mening van de deskundige dat een tracheotomie – ook in een noodsituatie – niet door een kinderarts verricht dient te worden maar door een keel-neus-oorarts. Wel kan in geval van hoge obstructie van de ademweg in een noodsituatie door een kinderarts coniotomie worden verricht, waarbij de ademweg geopend wordt

door doorboren, middels een hiervoor geschikte naald, van de band tussen ring- en schildkraakbeen.

7. Op grond van hetgeen onder 5 is overwogen, acht het Centraal College de door het College in Eerste Aanleg opgelegde maatregel van waarschuwing passend. Het beroep van de inspecteur dient op grond van hetgeen hiervoor onder 6 is overwogen te worden verworpen.

8. Op grond van hetgeen hiervoor is overwogen dient als volgt te worden beslist.

In verband met het belang van deze beslissing zal worden bepaald dat deze bekend zal worden gemaakt op de voet van artikel 13b van de Medische Tuchtwet.

Het Centraal Medisch Tuchtcollege:

*Rechtdoende op voormeld beroep van de geneeskundig inspecteur van de volksgezondheid voor de provincie*

Verklaart de voormelde inspecteur ontvankelijk in zijn beroep;

Verwerpt diens beroep;

Bevestigt met gedeeltelijke wijziging en overigens overneming en aanvulling van gronden de beslissing waarvan beroep;

Bepaalt dat deze beslissing zal worden bekend gemaakt door toezending ter publikatie aan het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, alsmede aan de redactie van Medisch Contact, het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

Aldus gegeven in Raadkamer door de heren: mr. C.N. van der Ham, plv. voorzitter; G.J. Noome en J.A. de Jong, leden-geneeskundigen; dr. Z. Nauta en J.E. van der Pot, plv. leden-geneeskundigen; in tegenwoordigheid van mr. P. Mout, secretaris; en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 24 maart 1983 door jhr. mr. P.J.W. de Brauw, voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris.

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### Talma-penning 1983

De Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) heeft de Talma-penning ingesteld. Deze penning zal zo mogelijk ieder jaar toegekend worden en uitgereikt worden op de wetenschappelijk najaarsvergadering van de NVVG.

De auteur(s) van publikaties (dissertaties, artikelen, scripties in het kader van de opleiding tot sociaal-geneeskundige) waarvan het onderwerp op het terrein van de verzekeringsgeneeskunde ligt kunnen in aanmerking komen

voor deze penning. De verschijningsdatum van deze publikaties moet liggen na 1 juli 1982. De (eerste) auteur moet een in Nederland werkzaam zijnde arts zijn.

Degene die zijn publikaties in aanmerking wil laten komen voor de Talma-penning stuurt deze publikaties onder motto naar de secretaris van de Talma-jury, J. van der Heiden, Want 27, 1276 HC Huizen. De Talma-jury zal de ingezonden publikaties beoordelen en de winnaar van de penning bepalen.

Voor meer inlichtingen kan men zich wenen tot P. van der Putten, p.a. Afd. Epidemiologie MD/Abp, Postbus 4476, 6401 CZ Heerlen, tel. 045-792277.

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

### Katayamasyndroom en slak

Collega De Nie wijst er in zijn artikel over het Katayamasyndroom terecht op dat de arts in Nederland met dit syndroom ook bij Surinamers en bezoekers aan Suriname rekening moet houden.<sup>1</sup> Tegen de eerste zin van zijn artikel, waarin hij schrijft dat het syndroom genoemd is „naar de

Japanse slak die tussengastheer is”, heb ik echter bezwaar. De tussengastheren van *Schistosoma japonicum* zijn soorten van het geslacht *Oncomelania*. In Japan komen enkele kleine haarden van schistosomiasis japonica voor; één daarvan is in Katayama.<sup>2</sup> In alle haarden in Japan is *Oncomelania nosophora* de tussengastheer; deze slak wordt ook wel *Katayama nosophora* genoemd maar deze naam is ongebruikelijk. Het Katayamasyndroom is dus niet naar de

slak, maar evenals de slak naar dat gebied in Japan genoemd.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Nie J de. Het Katayamasyndroom in Suriname. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 372-3.

<sup>2</sup> Hunter GW, Swartzwelder JC, Clyde DT. Tropical medicine. Philadelphia: WB Saunders, 1976: 558, 676.

Amsterdam, maart 1983

P.J. ZUIDEMA

### *De aansprakelijkheid van een arts voor het doen en laten van een medewerker*

In zijn onderschrift onder mijn bijdrage legt Leenen mij conclusies in de mond die ik niet heb getrokken.<sup>1</sup> Ik heb uitsluitend geconcludeerd dat de verzelfstandiging van de beroepsuitoefening, zoals die in het civiele recht is uitgekristalliseerd in het Nuboerarrest, afstraalt naar het medische tuchtrecht. De problematiek van de verzelfstandiging van de beroepsuitoefening heeft niet te maken met het feit of men al dan niet formeel bevoegd is tot de beroepsuitoefening. De verzelfstandiging betreft het hebben van de mogelijkheid om binnen de eigen professie naar eigen inzicht en op eigen verantwoordelijkheid te handelen. Binnen de functionele ondergeschiktheidsverhouding tussen medewerker en behandelend arts is in de afgelopen twee decennia het deel van zijn functie dat de medewerker zelfstandig mag uitoefenen, steeds groter geworden. Dit leidt tot een uitbreiding van de verantwoordelijkheid van de ondergeschikte en tevens tot een beperking van de verantwoordelijkheid van de meerdere. Het functionele ondergeschiktheidselement wordt afgezwakt door op de eigen, professionele, zelfstandigheid (en daarmee de hieruit voortvloeiende verantwoordelijkheid) van de ondergeschikte de nadruk te leggen. In breder verband kan men stellen dat de ondergeschiktheid, die zowel functioneel als organisatorisch was, door de verzelfstandiging van de beroepsuitoefening verder beperkt wordt tot een louter organisatorische. In mijn bijdrage gaf ik aan dat deze nadruk, zoals die uit beide tuchtrechtspraken blijkt, in het verleden reeds binnen het civiele recht manifest is geworden. Nu de hoogste tuchtrechter voor het eerst en in korte tijd tweemaal een uitspraak publiceert waarin de eigen professionele verantwoordelijkheid van medewerkers de nadruk krijgt, kan men toch stellen dat daarmee de verzelfstandiging van de beroepsuitoefening bevestigd wordt. De tuchtrechter heeft een algemene ontwikkeling onderstreept die binnen het civiele recht reeds tot een eindpunt was gekomen.

In het tweede deel van de bijdrage geef ik in het algemeen aan wat de gevolgen kunnen zijn van deze verzelfstandiging voor het aansprakelijkheidsrecht. Ik heb daarbij zeker geen civielrechtelijke consequenties getrokken uit een tuchtrechtspraak. De civielrechtelijke en de tuchtrechtelijke uitspraken zijn uitvloeisels van de maatschappelijke ontwikkeling die leidt tot de nadruk op de eigen professionele verantwoordelijkheid als gevolg van de zelfstandigheid van de beroepsuitoefening. De aansprakelijkheidsproblematiek hangt hier heel nauw mee samen. De theorie van de verlengde arm verliest terrein; hiervoor in de plaats komt een structuur waarbij medewerkers – weliswaar organisatorisch ondergeschikt – functioneel een steeds grotere zelfstandigheid toebedacht krijgen. Eerder al de civiele rechter en thans ook de medische tuchtrechter nemen deze ontwikkeling tot leidend beginsel bij de vraag naar de

aansprakelijkheid van de arts voor beroepsfouten van medewerkers.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Herten JHS van. De aansprakelijkheid van een arts voor het doen en laten van medewerkers. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 696.

Sittard, april 1983

J.H.S. VAN HERTEN

Over de verzelfstandiging van de geen arts zijnde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg hoeven Van Herten en ik niet te discussiëren, omdat daarover geen verschil van mening bestaat, al valt er over dit onderwerp nog het nodige te zeggen. Ik heb dit punt in mijn naschrift uitdrukkelijk buiten beschouwing gelaten. Het ging mij alleen om de conclusies, die Van Herten uit de beide tuchtuitspraken trok op dit gebied, zoals hij ook nu weer doet („zoals die uit beide tuchtuitspraken blijkt”). In het ene geval ging het om een bevoegde arts, dus daarbij is het vraagstuk van de bevoegdheid van niet-artsen niet aan de orde; in het andere geval stelde het Centraal Medisch Tuchtcollege enkel dat het medische tuchtrecht niet op de verpleegkundige van toepassing is, een feitelijke constatering, terwijl de arts geen tuchtrechtelijk verwijt kon worden gemaakt. Over *verzelfstandiging* van de beroepsuitoefening door niet-artsen heeft het Centraal Medisch Tuchtcollege derhalve geen uitspraak gedaan; het heeft geconstateerd dat de verpleegkundige een eigen verantwoordelijkheid heeft – doch dat is niets nieuws – en dat er voor verpleegkundigen nog geen tuchtrecht bestaat – dat is ook geen nieuws. Ik ontken niet de ontwikkeling, die Van Herten schetst, ik ontken alleen, dat hij de bedoelde tuchtuitspraken daarvoor kan aanvoeren. Wat Van Herten in de uitspraken leest, zit er m.i. gewoon niet in. Hij zoekt een paasei, dat niet is neergelegd.

Amsterdam, mei 1983

H.J.J. LEENEN

### *Impedantieplethysmografie in de huisartsenpraktijk voor het vaststellen van diepe trombose van de beenvenen*

In hun artikel over impedantieplethysmografie in de huisartspraktijk vermelden de schrijvers dat bij vermoeden van trombose van de beenvenen langs orale weg anticoagulantia worden gegeven.<sup>1</sup> In de rubriek Vraag en Antwoord wordt echter erop gewezen dat intraveneuze toediening van heparin als eerste aanpak gewenst is.<sup>2</sup> Waarom wijken de schrijvers van dit advies af? Mijn stelling is, dat de patiënten met symptomen van diepe veneuze trombose die een positief impedantieplethysmogram hebben, opgenomen moeten worden voor intraveneuze heparinetoediening.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Peters SHA, Jonker JJC, Boer AC de, Ottolander GJH den. Impedantieplethysmografie in de huisartsenpraktijk, voor het vaststellen van diepe trombose van de beenvenen. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 622-6.

<sup>2</sup> Zijn voor bejaarden met een trombosebeen immobilisatie en ontstollingsbehandeling noodzakelijk? (Vraag 34). Ned Tijdschr Geneeskd 1981; 125: 890.

Amsterdam, april 1983

P. STRUMPLER

Allereerst willen wij duidelijk vooropstellen dat het doel van onze studie was het evalueren van impedantieplethys-