

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

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Nie J de. Het Katayamasyndroom in Suriname. Ned Tijdschr Geneesk 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 Geneesk 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 Geneesk 1983; 127: 622-6.

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

Amsterdam, april 1983

P. STRUMPLER

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

mografie voor de diagnostiek van veneuze trombose in de huisartsenpraktijk. De beslissing hoe de patiënten verder te behandelen werd overgelaten aan de behandelende arts, in dit geval dus de huisarts. Toch willen wij hierover graag enkele opmerkingen maken. De waarde van intraveneuze heparinetoediening voor de behandeling van veneuze trombose werd in de midjaren '40 door Bauer en Murray aangetoond, die significante reductie in morbiditeit en verminderde incidentie van longembolie rapporteerden bij behandelde patiënten.<sup>1 2</sup> Dit overweldigende bewijs ten gunste van heparine leidde ertoe dat intraveneuze heparinetoediening de standaardbehandeling werd en geadviseerd wordt voor de behandeling van diepe veneuze trombose. Ook in Nederland zullen de meeste gehospitaliseerde patiënten met een veneuze trombose direct met heparine worden behandeld, doch onze ervaring vanuit de Trombosedienst is dat in de huisartsenpraktijk vele patiënten met veneuze trombose met alleen orale anticoagulantia worden behandeld. Tot op heden zijn ons geen goed opgezette „clinical trials” bekend, waarin de behandeling met heparine plus orale anticoagulantia is vergeleken met orale anticoagulantia alleen bij patiënten met veneuze trombose. Er is algemeen overeenstemming dat een verse, zich naar proximaal uitbreidende trombose zoals veelal gedetecteerd met <sup>125</sup>J-fibrinogeenbeenscanning bij, overigens asymptomatische, post-operatieve patiënten snelle behandeling behoeft wegens de kans op longembolisatie. Bij deze mensen zal men dus kiezen voor heparine, later gevolgd door orale anticoagulantia. Wanneer wij evenwel praten over de symptomatische, niet gehospitaliseerde patiënt, dan betreft het waarschijnlijk een andere populatie. Ook in het buitenland is er onlangs op gewezen dat het nut van heparine voor deze patiëntengroep niet is aangetoond.<sup>3 4</sup> Zelfs wordt de vraag opgeworpen of met name de patiënt met kuitventrombose wel behandeld moet worden.<sup>5</sup>

Onze ervaring tot dusverre in de Rotterdamse huisartsenpraktijk is hiermee conform, en therapie met alleen orale antistolling lijkt een effectieve behandeling voor veneuze trombose bij niet gehospitaliseerde patiënten met klinische verschijnselen van die trombose. Deze benadering maakt het mogelijk om patiënten met veneuze trombose thuis te behandelen, hetgeen uit oogpunt van kostenbesparing zeer belangwekkend is.

#### LITERATUUR

- 1 Bauer G. Thrombosis. Early diagnosis and abortive treatment with heparin. *Lancet* 1946; i: 447.
- 2 Murray G. Anticoagulants in venous thrombosis and the prevention of pulmonary embolism. *Surg Gynecol Obstet* 1947; 84: 665.
- 3 Pulmonary embolism, therapeutic dilemma. (Editorial). *Lancet* 1981; ii: 1396.
- 4 Prentice AG, Lowe GDO, Forbes CD. Diagnosis and treatment of venous thromboembolism by consultants in Scotland. *Br Med J* 1982; 285: 630.
- 5 Hirsh J, Genton E, Hull R. Venous thromboembolism. New York: Grune and Stratton, 1982.

Rotterdam, mei 1983

S.H.A. PETERS  
J.J.C. JONKER  
A.C. DE BOER  
G.J.H. DEN OTTOLANDER

### *Botscintigrafie, een dure geschiedenis!*

De inhoud van de redactionele kanttekening van prof. Van Voorthuisen wordt niet door de titel gedekt en doet afbreuk aan de waarde van de skeletscintigrafie in ruimere zin.<sup>1</sup> Beter ware het geweest als titel te gebruiken „Botscin-

tigrafie als een screeningonderzoek voor het mammacarcinoom, een dure geschiedenis”.

Met de bevindingen van J.M. Heslinga e.a.,<sup>2</sup> dat occulte skeletmetastasen van het mammacarcinoom in stadium I en 2 van de ziekte in geringe mate met de skeletscintigrafie worden opgespoord, ben ik het geheel eens. Maar dit betekent niet, dat het „kostbare” isotopenonderzoek enkel en alleen mag worden uitgevoerd wanneer er aanwijzingen zijn voor uitbreiding van het proces in het skelet.

Een pre-operatief scintigram kan nuttig zijn, doordat de clinicus met eventuele afwijkingen in het skelet wordt geconfronteerd en deze informatie in zijn therapeutisch handelen betreft. De kosten van het onderzoek zijn dan gerechtvaardigd, wanneer een onnodige operatie of dreigende complicatie (pathologische fractuur) kan worden voorkomen. Bovendien worden de medici dagelijks geconfronteerd met het feit, dat een uitbreiding van een maligne proces (mamma, long, prostaat, nier) niet altijd wordt aangetoond met röntgenfoto's en ook niet altijd gepaard gaat met pijnen in het bot of veranderingen in de bloedchemie.

Het beperken van de kosten van het geneeskundig onderzoek is belangrijk, doch mag niet in het nadeel van de patiënt zijn. Wanneer men de skeletscintigrafie een dure geschiedenis noemt, betekent dit een onderwaardering van dit onderzoek, wat zeker niet leidt tot een wezenlijke vermindering van de lasten van de gezondheidszorg.

#### LITERATUUR

- 1 Voorthuisen AE van. Botscintigrafie, een dure geschiedenis! *Ned Tijdschr Geneeskd* 1983; 127: 470-1.
- 2 Heslinga JM, Pauwels EKJ, Zwaveling A. Botscintigrafie als routine-onderzoek bij patiënten met mammacarcinoom: een kritische beschouwing. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1982; 126: 1036-9.

Utrecht, maart 1983

G. DE HAAS

De titel van mijn bijdrage had betrekking op de onjuist gebleken publikaties uit het begin van de jaren zeventig, die een stroom van overbodige skeletscans veroorzaakten; het leek mij niet onterecht dit een dure geschiedenis te noemen.

Het lag niet in mijn bedoeling enige afbreuk te doen aan de betekenis van de skeletscintigrafie in het algemeen, die een zeer belangrijke en gevoelige onderzoeksmethode is geworden en met veel nut bij talrijke aandoeningen kan worden toegepast. Een skeletscan is echter nogal kostbaar, zodat de aanvragende arts zich wel dient te realiseren hoe groot de kans is dat een bepaalde aandoening wordt aangetoond en wat de consequenties daarvan zijn voor de verdere behandeling. Ten aanzien van skeletmetastasen heeft Schütte<sup>1 2</sup> aangetoond dat deze meestal met botpijn gepaard gaan en dat er daarnaast ook andere criteria kunnen worden gebruikt om de patiënten met een grote kans op botmetastasen te selecteren.

De opmerking, dat kostenbeperking niet nadelig mag zijn voor de patiënt, zal de instemming van alle lezers hebben. Het blijft echter moeilijk zo'n uitspraak te vertalen in een beslissing. Als één op de tien skeletscans positief is, zijn de kosten van één positief onderzoek f 4500,-. Zou echter slechts één op de honderd scans positief zijn, dan worden de kosten tien maal zo groot. Waar ligt de grens? Moet die op economische aspecten worden gebaseerd? De publikaties van Heslinga,<sup>3</sup> van Schütte en van vele anderen kunnen die vraag niet afdoend beantwoorden, maar verschaffen wel de feiten waarop een beslissing zou kunnen worden gefundeerd. Met hun benadering kom je misschien toch verder dan met de vaststelling, dat het pre-operatieve scintigram