



OFFICIEEL ORGAAN  
VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ  
TOT BEVORDERING  
DER GENEESKUNST

# Medisch Contact

## REDACTIONEEL

### EVALUATIE VAN DE KADERCURSUSSEN

Te beginnen met 1961 heeft de Maatschappij Geneeskunst jaarlijks kadercursussen georganiseerd. Doel daarvan was en is, zoals werd neergelegd in het in 1960 aan het hoofdbestuur voorgelegde en door hem aanvaarde rapport

van de „Commissie Kadercursus”, om ten eerste een beter voorbereid reservoir beschikbaar te krijgen voor het vervullen van vacatures in besturen en commissies, ten tweede om de nieuwe potentiële bestuursleden systematisch, dus sneller met de problematiek in en om de Maatschappij vertrouwd te maken en in de derde plaats om de mogelijkheid te scheppen in de leiding van Maatschappij en maatschappelijke verenigingen meer doorstroming te doen plaats vinden en zodoende het beleid gestadig te verjongen.

De commissie, belast met de organisatie van deze kadercursussen, heeft nu een rapport uitgebracht dat inzicht biedt betreffende hetgeen uit de nu sinds acht jaar gehouden cursussen is geresulteerd. Om tot deze evaluatie te geraken heeft de commissie onder meer de cursisten naar hun bevindingen gevraagd. Uit de beantwoording van de daarop gerichte vragen mag zeker worden afgeleid dat degenen, die deze cursussen hebben gevolgd, dienaangaande in grote meerderheid positief zijn ingesteld. De commissie — daarover in haar rapport gedetailleerd materiaal gevend — mag concluderen dat deze vele positieve antwoorden duidelijk doen zijn dat de kadercursus onmiskenbaar een rol heeft gespeeld ten aanzien van het engagement van deze cursisten tot de Maatschappij.

Op de vraag of zij belangstelling voor Maatschappij-werk in hun omgeving — afdeling, district, ziekenhuis — hebben uitgedragen, hebben 125 deelnemers gevarieerd positief gereageerd (in totaal hebben sinds 1961 171 leden aan de kadercursussen deelgenomen, van 143 hunner zijn op de vragenlijst antwoorden binnengeko-

25e JAARGANG — NO. 21 — 22 MEI 1970

#### INHOUD

Evaluatie van de Kadercursussen .....	541
Ledenvergadering der L.H.V. ....	542
Enquête Medische Faculteit Rotterdam naar wensen wetenschappelijke staf ter- zake werkpositie en toekomstige uni- versitaire hervormingen .....	543
Geneesmiddelenonderzoek uitgebreid met studie over gebruik drugs .....	544
Tweede vervolgnota-Posthumus over her- structurering wetenschappelijk onderwijs	545
Gezondheidsnota Amsterdam bepleit stich- ting contact- en overlegorgaan inzake de gezondheidszorg .....	546
De aansprakelijkheid voor handelingen van een medisch team .....	547
Brief van medische polemologen aan de minister van Defensie .....	556
Wijziging krankzinnigenwet .....	557
Van het hoofdbestuur:	
Uitslagen verkiezingen districtsraden ...	562
Van het Centraal Bestuur L.H.V.: Zeventiende lijst van apothekrijpe gebie- den .....	562
Van het Centraal Bestuur L.A.D.: Kort verslag .....	562
Van de S.R.C.: Nieuwe inschrijvingen .....	563
Van de S.G.R.O.: Nieuwe inschrijvingen .....	564
Van de S.P.M.S.: Kort verslag .....	564
Uit de afdelingen .....	564
Brieven aan de redactie .....	565
Varia .....	567

Hoofdredacteur: F. A. Bol  
Redactie: J. J. van Mechelen (secre.), C. C. G. Jansens  
Colofon op bladzijde 568

men, hetgeen wil zeggen dat 87 procent positief heeft gereageerd).

Voorts leert de beantwoording dat 92 cursisten bevestigend reageerden op de vraag of zij na de cursus meer werk voor de Maatschappij hebben verricht dan voorheen. In samenhang daarmee is dan ook de gedetailleerde beantwoording van vragen naar de betekenis van de cursus voor elke cursist als Maatschappij-lid, als medicus en als mens, waarbij wel blijkt dat die betekenis voor het Maatschappij-lid overwegender is dan die voor de deelnemer als medicus en als mens.

Grosso modo kan men uit het voorzichtig opgestelde, de positieve zowel als de negatieve reacties vermeldende evaluatierapport van de acht jaar kadercursus onmiskenbaar concluderen dat daarvan een zeer nuttig effect is uitgegaan. Duidelijk is vooral dat bij de cursisten zeer veel inzicht is gewonnen voor bestuursproblematiek en voor taak, functie en werkwijze van de Maatschappij.

Zaak zal zijn het gevormde kader bij de organisatorische taken van de Maatschappij en haar vertakkingen nu te blijven betrekken. De onder de cursisten gehouden enquête leert dat dit tot in bevredigende mate het geval kan worden genoemd, maar het is niet denkbeeldig dat er onder de cursus-deelnemers nog zijn, die tot passiviteit genoopt zijn gebleven. Hier ligt dan een taak voor alle bestuurlijke instanties waarbij vooral is te denken aan de afdelingen, deze geïnteresseerden naar voren te duwen. Zoals in vele organisaties altijd nog is waar te nemen:

als er nieuwe taken zijn te verrichten geldt „take the busy man”. Dan ontstaan cumulaties van taken aan een kant en aan de andere kant wordt potentieel organisatorisch talent niet de kans geboden zich tot gelding te brengen.

\*  
\*\*

Onlangs heeft de voorzitter der Maatschappij Dr. L. van der Drift in een gesprek met een redacteur van Het Vaderland desgevraagd het voorzitterschap der Maatschappij geschetst als „meer dan een full time job”. Maar hij liet er op volgen — en dat geldt mutatis mutandis voor alle bestuurs- en commissietaken — dat men het organisatorische werk alleen goed kan doen als men in de dagelijkse praktijk de problemen „aan den lijve” ervaart. En met zekere voldoening voegde Dr. Van der Drift er aan toe — en ook dat moet mutatis mutandis voor alle grotere en kleinere organisatorische taken binnen de Maatschappij gelden — dat het naar zijn mening een bewijs is van de grote en levende betekenis van de Maatschappij, dat zij zich tot nu toe ongestraft elk jaar een „turn over” aan bestuurlijke „know how” kan veroorloven. Hetgeen dan een voldoening is, waarvoor de basis wordt gelegd wanneer geïnteresseerde kadercursisten door degenen, die hen vooruit kunnen duwen, nimmer uit het oog worden verloren. Iedere soldaat draagt de maarschalkstaf in zijn ransel.

v.M.

---

## Ledenvergadering der L.H.V.

In de woensdag 13 mei j.l. te Utrecht gehouden ledenvergadering der Landelijke Huisartsen Vereniging heeft voorzitter J. F. A. van Rijn de afgevaardigden nader geïnformeerd over de gang van zaken terzake het „pil”-proces.

Het einde van de eerste instantie van deze zaak is in zicht. Maandag 11 mei j.l. zijn de pleidooien in deze zaak voor de rechtbank te 's-Gravenhage gehouden. Een verslag hiervan zal binnenkort in Medisch Contact verschijnen. Daarop vooruitlopend kon reeds worden medegedeeld, dat door de advocaat van de ziekenfondsorganisaties, Mr. Van der Grinten, onder meer is gepleit op de stelling, dat de ziekenfondsverstrekking „huisartsenhulp” volledige hulp van de huisarts omvat, d.i. volgens hem alles wat tot de taak van de huisarts kan worden gerekend. Daarover is door de advocaat van de Landelijke Huisartsen Vereniging, Mr. Maris, onder meer gepleit op de stelling, dat het niet gaat om de vol-

ledigheid van de artsenhulp, maar om de aard van de hulp, met name omdat de ziekenfondsverstrekking huisartsenhulp uitsluitend curatieve hulp inhoudt. De rechtbank heeft de uitspraak bepaald op 25 juni aanstaande.

Over de lopende prijzenprocessen deelde de voorzitter mede, dat door tussenkomst van de advocaat van de Landelijke Huisartsen Vereniging, Mr. Maris, deze voorlopig zijn beperkt tot twee zaken, welke op 5 juni aanstaande in Amsterdam voor de rechter zullen dienen en tot voor de Hoge Raad zullen worden uitgevochten. De overige prijzenzaken — behalve die te Rotterdam — zijn uitgesteld totdat de rechter in Amsterdam uitspraak zal hebben gedaan. De zaken in Rotterdam zijn overigens voorlopig eveneens tot twee beperkt, welke wellicht in juli, maar naar verwachting pas in september zullen dienen.

# Enquête Medische Faculteit Rotterdam

## naar wensen wetenschappelijke staf terzake werkpositie en toekomstige universitaire hervormingen

Het bestuur van de Vereniging tot Vertegenwoordiging van de Wetenschappelijke Staf aan de Medische Faculteit te Rotterdam heeft een enquête gehouden om duidelijker te weten, welke belangrijke wensen er onder de wetenschappelijk medewerkers en arts-assistenten leven ten aanzien van eigen werkpositie en de toekomstige universitaire hervormingen. Het wil aan de hand van de uitslag van deze enquête pogen een programma op te stellen. Een verslag van dit onderzoek verscheen op 24 april 1970 in *Quod Novum*, Blad voor de Rotterdamse academische gemeenschap. Enkele verslaggedeelten leken ons belangwekkend genoeg om een plaats in onze kolommen te krijgen. Waarvan hierbij akte.

Gebruik is gemaakt van de enquêteformulieren die voor 1 april 1970 zijn binnengekomen. Normaal wordt bij een enquête een deelneming van 20 procent groot geacht. De meeste groepen medewerkers komen hier bovenuit. Het is volgens het bestuur gerechtvaardigd de gegevens, die de enquête heeft opgeleverd, als min of meer representatief te beschouwen voor de geënquêteerde groepen, te weten: wetenschappelijk medewerkers, verbonden aan de medische faculteit, en assistent-geneeskundigen. De deelnemers zijn wegens hun verschillend geaarde werkzaamheden uitgesplitst naar preklinische en klinische medewerkers en assistent-geneeskundigen. Verder is onder de wetenschappelijk medewerkers een splitsing gemaakt die globaal overeenkomt met hun leeftijdsverschil. Een derde indeling is gemaakt naar graad van specialisme. Daartoe zijn de geregistreerde specialisten en de gepromoveerde „niet-specialisten” afzonderlijk uitgesplitst. Aangezien de specialisten verbonden aan het ziekenhuis Dijkzigt niet aan de enquête hebben deelgenomen, alhoewel het wel voor hen mogelijk was, hebben de gegevens alleen betrekking op de specialisten in dienst van de medische faculteit.

### *Samenvatting resultaten*

Het blijkt dat slechts twee deelnemers en één niet-deelnemer zich niet opgegeven hebben als lid van de vereniging van stafmedewerkers (de mogelijkheid bestond op het enquêteformulier aan te geven, dat men voor het lidmaatschap van de vereniging wilde bedanken). De deelneming van de preklinici is (relatief) meer dan dubbel zo groot als die van de klinici en assistent-geneeskundigen (percentage-verhouding: 44-22-18). De deelneming van de specialisten (43%) en gepromoveerden (niet-specialisten) is relatief groot (44%).

Het gemiddelde aantal werkuren ligt voor de assistent-geneeskundigen met 72 uur verreweg het

hoogst. Het gemiddelde ligt zelfs 13 uur per week boven dat van de wetenschappelijke medewerkers aan de preklinische laboratoria en 6 uur per week boven dat van de wetenschappelijke medewerkers aan de kliniek. Desondanks blijkt dat slechts 33% van de assistent-geneeskundigen deze tijden te lang vindt: een iets hoger percentage dan voor de klinici wordt bereikt. Een kwart van de hoofdami-naren vindt de werktijd ook te lang. De preklinici vinden over het algemeen de werktijden redelijk.

De aard van de werkzaamheden bestaat in de preklinische laboratoria in de eerste plaats uit onderzoek; in de tweede plaats komt onderwijs (practica + assistentie bij onderzoek van keuzepracticanten). Slechts incidenteel wordt voor de kliniek gewerkt. De meeste klinici gebruiken vanzelfsprekend hun meeste tijd voor werk op de kliniek (81%), doch voor 14% komt toch nog onderzoek in de eerste plaats. Voor 52% komt onderwijs op de tweede plaats en voor 26% onderzoek. De assistent-geneeskundigen verrichten in de eerste plaats klinisch werk (88%). Opvallend is echter, dat bij 25% het onderwijs en bij 50% onderzoek in de tweede plaats komen, hetgeen erop wijst dat zij wezenlijk bij het werk van de medische faculteit zijn betrokken. Specialistinnen verrichten voor 87% klinisch werk, terwijl onderzoek en onderwijs duidelijk op de tweede plaats komen. Gepromoveerde niet-specialisten doen hoofdzakelijk onderzoek en in de tweede plaats onderwijs.

Wat betreft de voor het stafbestuur belangrijk geachte programmapunten blijkt, dat in vrijwel alle groeperingen de structuur van de faculteit, de toekomstige ontwikkeling van de Universiteit, de vertegenwoordiging in en inspraak in het beleid van het faculteitsbestuur het belangrijkste worden geacht. Alle groeperingen vinden beperking van de inspraak van studenten het meest ongewenst.

Verder komen voor de afzonderlijke groeperingen de volgende programmapunten naar voren. Wetenschappelijk medewerkers in de preklinische laboratoria vinden de verhouding staf-hoogleraren in het algemeen nogal belangrijk. De klinische medewerkers willen graag meer tijd voor wetenschappelijk werk, terwijl ook het beleid in het Dijkzigt Ziekenhuis een belangrijk punt vormt. De score bereikt voor de klinische medewerkers, die de assistent-geneeskundigen willen opnemen in hun staven ligt boven de 50%. Deze opname vormt een prioriteitspunt voor de assistent-geneeskundigen zelf (70%), terwijl verder door deze groep de rechtspositie en de salaris-regeling worden benadrukt. De ongepromoveerde wetenschappelijk medewerkers in de kliniek en in de pre-klinische laboratoria tezamen

wensen verder inspraak in het wetenschapsbeleid, terwijl de wetenschappelijke hoofdami-nen de rechtspositie meer van belang achten. De specialisten vinden de rechtspositie het belangrijkste punt, terwijl grote behoefte bestaat aan meer tijd voor onderzoek. De gepromoveerden (niet-specialisten) wensen als vijfde punt meer inspraak in het onderwijsbeleid.

Verder blijkt uit de enquête, dat bevordering universitaire democratie, inspraak bij het personeelsbeleid, inspraak bij benoemingen hoogleraren en lectoren, bemiddeling bij conflicten stafleden met de faculteit belangrijk worden gevonden. Van minder belang voor werkzaamheden van het stafbestuur gelden punten als werktijden, huisvesting, recreatie, verhouding staf-hoogleraar op afzonderlijke afdelingen, verhouding staf-technisch en administratief personeel, beleid op de individuele afdelingen en bemiddeling van conflicten van stafleden met ziekenhuisbestuur en andere geledingen.

#### *Voorlopige conclusie*

Samenvattend blijkt, dat alle stafleden prioriteit geven aan een reeks zaken die momenteel worden aangesneden door het voorontwerp-Veringa.

Het is verder begrijpelijk, dat het tekort aan stafleden in vooral de klinische vakken resulteert in een streven naar meer tijd voor wetenschappelijk werk. Opvallend is echter, dat het punt rechtspositie niet alleen bij de vrijwel rechteloze assistent-geneeskundigen een belangrijk punt vormt doch ook bij juist de oudere stafleden. Aangezien de laatstgenoemde categorie is omgeven door alle waarborgen, lijkt het onwaarschijnlijk dat het hier om hun formele ambtelijke rechtspositie gaat. Vermoedelijk heeft de ontevredenheid over de rechtspositie betrekking op de huidige werksituatie en carrière-opbouw. Het is onwaarschijnlijk dat het samenvoegen van de staf en de huidige faculteit in de geleding wetenschappelijk corps hier veel zal helpen. De eenzijdige maatregelen van de minister van Onderwijs en Wetenschappen en de directie van het Ziekenhuis Dijkzigt betreffende de declaraties aan poliklinische particuliere patiënten door specialisten verbonden aan de medische faculteit zijn vermoedelijk voorbeelden van factoren die de roep om een betere rechtspositie aanwakkeren.

Het feit dat de klinici op het gebied van het beleid Ziekenhuis Dijkzigt een taak voor het verenigingsbestuur zien, weerspiegelt weinig vertrouwen in (of kennis van) de huidige vertegenwoordigers door middel van het stafconvent. De opnemings van enkele vertegenwoordigers van de staf in dit lichaam lijkt dan ook gewenst om in de kennelijk gevoelde lacune te voorzien.

Bij de stafleden verbonden aan preklinische laboratoria, die zelf hoofdzakelijk onderzoek verrichten, wordt het belang van inspraak in het wetenschapsbeleid benadrukt. Kennelijk houdt dit verband met de nog te geringe inspraak bij het bepalen van de onderzoeksprojecten waaraan zij zelf moeten werken.

Daar de enquête is gehouden vóór de publikatie van het voorontwerp-Veringa en men toen nog onbekend was met de reactie van het bestuur van de faculteit hierop, staat het niet vast of de respondenten zich al dan niet hebben uitgesproken over de kwestie van de medezeggenschap der studenten. Wel lijkt er in ieder geval een positieve houding ten opzichte van de positie van de studenten te bestaan bij de stafleden.

Tenslotte is het bestuur blij met het feit dat er een duidelijke meerderheid is voor de opname van de assistent-geneeskundigen binnen de groep van de wetenschappelijke staf. Het inpassen van deze groep binnen het universitaire kader zou het nuttige gevolg kunnen hebben, dat het zeer belangrijke stuk „post-graduate” onderwijs dat de opleiding tot specialist is, zou kunnen worden onttrokken aan het particuliere initiatief waar het eigenlijk niet meer thuis hoort.

---

### **Geneesmiddelenonderzoek uitgebreid met studie over gebruik drugs**

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, heeft aan het Sociologisch Instituut van de Rijksuniversiteit te Groningen de opdracht verstrekt om het onderzoek naar het geneesmiddelengebruik uit te breiden. De onderzoekopdracht is in eerste aanleg gericht op het onderzoek naar het gebruik van geneesmiddelen, slaapmiddelen en kalmerende middelen. Daarbij zal getracht worden dit gebruik c.q. misbruik binnen de normale bevolking zo nauwkeurig mogelijk vast te stellen. Men wil aan de hand van de verkregen gegevens trachten na te gaan, of het gebruik of misbruik varieert afhankelijk van specifieke bevolkingsgroepen, zoals leeftijdsgroepen, stadsbewoners en plattelandsbewoners, mannelijke en vrouwelijke inwoners, en of er verschillen bestaan tussen gebruik of misbruik in de onderscheidene beroepsgroepen en godsdienstige denominaties.

Op 1 mei hebben Prof. Gadourek en Dr. Jessen een aanvang gemaakt met een onderzoek in een aantal gemeenten in Nederland, waar een steekproef wordt genomen uit de bevolking. Dit onderzoek beoogt aanwijzingen te geven over het gebruik van geneesmiddelen, slaapmiddelen en kalmerende middelen in Nederland. Op verzoek van Dr. Kruisinga zal het onderzoek thans worden uitgebreid met vragen omtrent het gebruik van geneesmiddelen voor andere doeleinden dan ter behandeling en voorkoming van ziekten. Het gaat hier met name om roesverwekkende en andere verdovende middelen. Ook wil men trachten een inzicht te krijgen in de houding van de bevolking ten opzichte van het gebruik van drugs.

## Tweede vervolgnota - Posthumus over herstructurering wetenschappelijk onderwijs

Zoals eerder werd aangekondigd in de eerste vervolgnota over de herstructurering van het universitaire onderwijs (M.C. nr. 10 van 6 maart 1970, bladzijde 223 e.v.) heeft de regeringscommissaris voor het wetenschappelijk onderwijs, Prof. Dr. K. Posthumus, thans een tweede en laatste voortgangsnota uitgebracht. Daarin blijft Prof. Posthumus vrijwel bij alle voorstellen die hij eerder heeft gedaan. Een recente publicatie van het Centraal Bureau voor de Statistiek over de uitgaven voor het W.O. in 1966 en 1967 heeft de noodzaak van de door hem voorgestelde herstructurering nog eens sterk geaccentueerd. In 1967 zijn de overheidsuitgaven voor het gehele onderwijs opgelopen tot f 5,7 miljard, ofwel 7,5% van het nationale inkomen. „Dit is het hoogste percentage van alle westeuropese landen, het ligt ongeveer op hetzelfde niveau als de totale onderwijsuitgaven van de Verenigde Staten”, merkt het C.B.S. op.

Dat percentage zal beslist niet geringer worden. Het C.B.S. zegt hierover: „Zo bedroeg het gemiddelde groeipercentage van het nationale inkomen sedert 1950 ruim 9% per jaar; de totale overheidsuitgaven voor onderwijs gaven een gemiddeld groeipercentage van ruim 14,5% per jaar te zien, terwijl de overheidsuitgaven voor het wetenschappelijk onderwijs gemiddeld met ruim 21% toenamen. De ontwikkeling van deze laatste uitgaven geeft een zekere groeiversnelling te zien”.

Prof. Posthumus laat hierop volgen: „Extrapolatie van de groei naar latere jaren heeft geen voorspellende betekenis; zij kan echter bijdragen aan verheldering van de thans optredende ontwikkelingen. Berekening leert dat bij gelijkblijvende groeipercentages van het nationale inkomen (9%), totale onderwijsuitgaven (14,5%) en uitgaven voor wetenschappelijk onderwijs (21%) in 1993 de totale onderwijsuitgaven nodig zullen zijn voor het wetenschappelijk onderwijs, dat dan 27% van het nationale inkomen vraagt. Indien in deze paradoxale situatie — waarin uitsluitend onbetaald lager en voortgezet huisonderwijs zou kunnen worden gegeven — het wetenschappelijk onderwijs ongestoord zou doorgaan, zou in het jaar 2005 het gehele nationale inkomen moeten worden gebruikt voor het wetenschappelijk onderwijs. Bij deze berekening is de bovengenoemde groeiversnelling nog buiten beschouwing gelaten. Als ook deze versnelling blijft bestaan is het eindpunt van de groei bereikt in het jaar 2000”.

De stijging van de uitgaven voor het wetenschappelijk onderwijs komt grotendeels door de snelle toename van het aantal studenten. Maar verder tonen de verhoudingscijfers duidelijk aan dat de uitgaven voor het wetenschappelijk onderwijs aanzienlijk sneller zijn gestegen dan de aantallen studenten.

Het grootste maatschappelijke vraagstuk van deze tijd, zo schrijft Prof. Posthumus, moet worden geformuleerd als: welk gedeelte van de jonge mensen boven 15 jaar vraagt en krijgt gelegenheid om zich in volle dagtaak, zonder zorg voor dagelijks levensonderhoud te wijden aan optimale persoonlijkheidsontplooiing en aan de voorbereiding van maatschappelijke betrekkingen? Het toemeten van werkzaamheden in overeenstemming met talent en ontwikkeling is wezenlijk voor iedere samenleving, die op de verdeling van arbeid berust. Daarbij blijven er drie vragen: „Hoe wordt talent herkend? Hoe wordt ontwikkeling gewogen? Hoe worden toekomstige maatschappelijke behoeften bepaald? Deze vragen zullen nooit met zekerheid kunnen beantwoord”.

Noodzaak en onzekerheid tezamen brengen Prof. Posthumus tot de volgende conclusies. Zowel de beschikbare tijd voor het geven van onderwijs (cursusduur) als het deelnemen aan het curriculum, (inschrijvingsduur) moeten door regering en volksvertegenwoordiging worden vastgesteld. De voorbereidingstijd voor een examen (studieduur) moet niet worden beperkt. De verzorging van onderwijs en wetenschapsbeoefening op hun eigen gebied, en het afnemen der examens blijven de taak der faculteiten. Deze zijn bovendien bevoegd de inschrijvingsduur op grond van bijzondere persoonlijke omstandigheden van de student te verlengen.

De tweede vervolgnota bevat een uittreksel van het rapport De Nota Posthumus ter Discussie, dat de Stichting Interuniversitair Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek (SISWO) aan de hand van 138 beschikbare discussieverslagen en commentaren van secties van de Academische Raad, instellingen van universitair onderwijs, faculteiten en diverse geledingen, heeft opgesteld. Op grond van argumenten die in dit rapport zijn vermeld, heeft Prof. Posthumus het volgende geconcludeerd.

1. De cursusduur kan slechts op grond van sociaal-psychologische en sociaal-economische, dus externe factoren worden vastgesteld. Zij moet in de regel op vier jaar worden gesteld. Maar de minister kan op gemotiveerd voorstel van de Academische Raad voor bepaalde studierichtingen een cursusduur van maximaal vijf jaar voorstellen. De motieven van de Academische Raad zullen van externe aard moeten zijn. Als voorbeeld mag dienen dat eenzelfde curriculum in de omliggende landen aanzienlijk langer dan vier jaar zou kunnen duren.

2. Artikel 24, derde lid van de Wet op het wetenschappelijk onderwijs bepaalt dat het Academisch Statuut in elk geval de vereisten voor het kandidaatsexamen en het doctoraal examen in de onder-

scheiden faculteiten regelt. Het kandidaatsexamen wordt nu vervangen door het propedeutisch examen. Hierbij wordt de mogelijkheid niet uitgesloten dat voor sommige studierichtingen in het Academisch Statuut bovendien de vereisten voor het kandidaatsexamen worden geregeld. Dit vooral vanwege de (toekomstige) onderwijsbevoegdheden die aan dit diploma verbonden zijn. De minister beslist uiteindelijk over deze uitzonderingen. „Persoonlijk”, zo schrijft Prof. Posthumus, „geef ik de voorkeur aan maximale beperking van het aantal formele examens, en regeling van de studie met behulp van vrijstellende tentamens”.

3. In de eerste voortgangsnota is het voorstel van een sollicitatie naar de (betaalde) functie van assistent-onderzoeker vervallen verklaard. Het gaat er immers om het aantal promoties te vergroten. „Anderzijds”, schrijft Prof. Posthumus nu, „is het niet aanvaardbaar aan ieder die voor een doctoraal examen is geslaagd zonder beperkingen gedurende een aantal jaren recht op een bezoldigde functie te geven. Er zullen in nader overleg criteria voor geschiktheid en voorwaarden van tussentijdse uitkomsten moeten worden gezocht”. Het assistent-onderzoekerschap komt overigens niet voor regeling in wet of statuut in aanmerking.

---

### **Gezondheidsnota Amsterdam bepleit Stichting contact- en overlegorgaan inzake de gezondheidszorg**

Burgemeester en Wethouders van de gemeente Amsterdam overwegen de stichting van een contact- en overlegorgaan op het gebied van de gezondheidszorg. Een naam is er al: „Collegium Medicum Amstelodamense”. Dit blijkt uit de slotparagraaf van de Gezondheidsnota, die de Amsterdamse raad op 24 april j.l. werd aangeboden. Met het nieuwe orgaan zou enige samenhang kunnen worden geschapen tussen de activiteiten van de universitaire, de particuliere en de gemeentelijke sectoren binnen de algehele organisatie van de gezondheidszorg. „Een dergelijk lichaam is niet uitsluitend van betekenis om tot meer samenwerking en coördinatie te komen, maar kan eveneens bijdragen om vanuit een situatie incidentele, fragmentarische beleidsbeslissingen, hoewel passend in een algemene behoefte, naar een algeheel, duidelijk geformuleerd en gestructureerd beleid te groeien. Daarnaast kan het functioneren van een contact- en overlegorgaan van grote waarde zijn voor het werk van een ieder, die individueel zijn krachten aan de gezondheidszorg wijdt”, aldus de nota.

Het orgaan zou als taken kunnen krijgen: het bevorderen van contacten in de gezondheidssector; het opstellen van een volksgezondheidsplan voor Amsterdam; het instellen van werkcommissies, die pre-adviezen opstellen, welke in de plenaire vergade-

ring worden behandeld, bijvoorbeeld ten aanzien van de stadsvernieuwing; het verzamelen van informatie en documentatie. Hoe en op welke wijze het orgaan precies zou moeten functioneren, willen de opstellers van de nota overigens aan de toekomstige deelnemers overlaten. Deelnemende partijen zouden in ieder geval moeten zijn: de ziekenhuizen (universitair, particulier en gemeentelijk); de verpleegtehuizen; specialisten- en huisartsenorganisaties; de GGD; de Amsterdamse ziekenfondsen; de gezamenlijke kruisverenigingen, en instellingen van algemeen maatschappelijk werk. Als uitvoerend orgaan ziet men een informatie- en coördinatiebureau; het Gemeentelijk Centraal Bureau voor de Openbare Gezondheidszorg zou kunnen worden opgeheven. „Het contact- en overlegorgaan zou voor de gezondheidswereld een activerende en inspirerende rol kunnen vervullen door periodiek een „gezondheidscongres” over belangrijke vraagstukken van de Amsterdamse gezondheidszorg te beleggen”, aldus de samenstellers van de hoofdstedelijke Gezondheidsnota.

De nota probeert een duidelijk inzicht te geven in de betekenis en de omvang van de taken op het terrein van de volksgezondheid op basis van de veranderende maatschappelijke verhoudingen en de daaruit voortvloeiende ontwikkelingen. Getracht wordt van daar uit een vast omlijnd beleid te schetsen en vormen en methoden te vinden, die kunnen leiden tot een sterkere samenwerking en een betere coördinatie van de drie in de gezondheidszorg werkzame sectoren. In 149 bladzijden wordt een overzicht geboden van de structuur van de gezondheidszorg, de op groepen gerichte gezondheidszorg, de activiteit van overheid en particulieren op sociaal-medisch terrein, bijzondere preventieve activiteiten, financiering en toekomstige beleidsaspecten. Tijdens de behandeling van dit laatste punt opmerken Burgemeester en Wethouders van Amsterdam hun bovengenoemde plan te komen tot een nieuw contact- en overleg-orgaan op het gebied van de gemeentelijke gezondheidszorg.

### **Rapporten „Taak Bedrijfsarts” en Scheiding Behandeling en Controle**

Exemplaren van het *Rapport van de Commissie „Taak Bedrijfsarts”*, aanvaard door de Algemene Vergadering van de Maatschappij d.d. 20 december 1969, en het *Rapport van de Commissie Scheiding van Behandeling en Controle*, eveneens aanvaard door de Algemene Vergadering van de Maatschappij d.d. 20 december 1969, zijn op aanvraag verkrijgbaar bij het bureau van de K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht, tel. 030-885411.

# De aansprakelijkheid voor handelingen van een medisch team

Door Prof. Mr. J. M. M. Maeijer

## 1. Algemeen

In de huidige tijd kan de geneeskunde niet alleen meer worden beoefend door de individueel handelende medicus. Steeds meer medische behandelingen of ingrepen kunnen slechts verantwoord worden uitgevoerd, wanneer meerdere personen in teamverband hieraan hun krachten en toewijding geven. Mede door de voortschrijdende techniek worden de toepassingsmogelijkheden van de medische wetenschap enorm vergroot. De nieuwe toepassingsmogelijkheden kunnen veelal echter niet door één individuele geneeskundige worden benut: hiertoe is een team van deskundigen nodig. Wij behoeven in dit verband slechts te denken aan ingrijpende operaties van vitale menselijke organen.

Wanneer ik in het onderstaande spreek over handelingen in teamverband dan bedoel ik daarmee alleen de ingrijpende, ingewikkelde medische handelingen die de krachten van individuele geneeskundigen te boven gaan. Dergelijke handelingen in teamverband worden haast altijd in het ziekenhuis verricht. Bij de vraag naar de aansprakelijkheid voor fouten begaan bij deze handelingen, kan de positie van het ziekenhuis dus niet onbesproken blijven.

Ik strek mijn hiernavolgende betoog niet uit tot de aansprakelijkheid voor medische handelingen verricht in het kader van een groepspraktijk. Deze medische handelingen kunnen ook van eenvoudige aard zijn: zij kunnen individueel worden verricht, maar de handelende geneesheer stelt zich van meet af aan vervangbaar door zijn praktijkgenoot. Het betreft hier een totaal andere problematiek, die te maken heeft met de vraag of de patiënt met de individuele medicus of met de maatschap als zodanig in een juridische relatie komt te staan. Deze problematiek laat ik buiten beschouwing.

Bij een behandeling in teamverband staat de patiënt niet langer tegenover een individuele geneesheer, omdat deze het complex van daaraan verbonden handelingen vanwege haar ingewikkeldheid en noodzakelijke technische begeleiding, eenvoudig niet meer aan kan. De patiënt komt tengevolge van deze ontwikkeling niet langer als individu tegenover een individu: de geneesheer te staan, maar tegenover een collectiviteit van handelende personen werkzaam in het kader van een ziekenhuisorganisatie. Door deze ontwikkeling mag de privaatrechtelijke positie van de patiënt niet verslechteren. Het zou ongerijmd en onbillijk zijn indien een benadeelde patiënt zijn rechten jegens een individueel opererende specialist beter en gemak-

*Tijdens de op vrijdag 10 april j.l. gehouden algemene ledenvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht is onderwerp van bespreking geweest het door Prof. Mr. J. M. M. Maeijer opgestelde preadvies over de aansprakelijkheid voor handelingen van een medisch team. In dit preadvies, dat — inclusief de intussen aangevulde tekst — hier integraal wordt gepubliceerd, gaat Prof. Maeijer na een uitvoerig commentaar op het zogenaamde „Nuboer-arrest” achtereenvolgens nader in op: de contractuele aansprakelijkheid bij all-in tarief zijdens het ziekenhuis; de contractuele aansprakelijkheid bij all-out of arts-out tarief zijdens het ziekenhuis; de aansprakelijkheid ex artikel 1401 van het Burgerlijk Wetboek; de aansprakelijkheid ex artikel 1403 van het Burgerlijk Wetboek; tenslotte de verzekeringsplicht en de door de wetgever te creëren mogelijkheid tot een directe actie van de benadeelde patiënt tegen het ziekenhuis; ook bij all-out of arts-out tarief.*

kelijker zou kunnen waarmaken dan jegens een operatieteam, wanneer in beide gevallen een zelfde beroepsfout zou zijn gemaakt. Het optreden van een medisch team in plaats van de individuele geneesheer, mag de verhaalsmogelijkheden van de individuele patiënt in geval deze wordt gelaedeerd, niet verkleinen. Het individu mag niet de dupe worden van een toenemende collectivisering van medische verantwoordelijkheid.

Dat dit gevaar - zoals ik zal aantonen - toch dreigend is, ligt mijns inziens aan twee omstandigheden. Vooreerst hieraan: dat onze huidige ziekenhuisorganisatie veelal is opgebouwd rondom een staf van specialisten die geheel of gedeeltelijk klinische en/of poliklinische praktijk zelfstandig en meestal individueel in het ziekenhuis uitoefenen. De mogelijkheid van het aangaan van individuele relaties met individuele patiënten is bij een dergelijke opbouw centraal gesteld; aan het steeds toenemende aantal specialistische behandelingen dat slechts in teamverband naar behoren kan worden verricht, is bij deze opbouw nauwelijks gedacht.

Vervolgens heeft tot nu toe ook in ons civiele aansprakelijkheidsrecht de aansprakelijkheid voor

het handelen van de individuele persoon - natuurlijke of rechtspersoon - verreweg de grootste aandacht gekregen. Aan de gevolgen van wanprestatie gepleegd door een collectiviteit van personen, of aan de aansprakelijkheid voor onrechtmatige daad gepleegd in groepsverband, is tot nu toe in ons recht betrekkelijk weinig aandacht besteed. Het doel van dit pre-advies is te bevorderen dat in het organisatiepatroon van de ziekenhuizen en in het civiele aansprakelijkheidsrecht voldoende aanknopingspunten worden gevonden om adequaat te reageren op een toenemende collectivisering van medische verantwoordelijkheid, welke de belangen van de individuele patiënt dreigt te verdrukken.

## 2. Het Nuboer-arrest

Het Nuboer-arrest (H.R. 31 mei 1968, 328, *Ars Aequi* XVIII, 2, februari 1969) heeft de problematiek van de aansprakelijkheid voor het medisch handelen in teamverband in het centrum van de aandacht geplaatst. Het ging in dit arrest over een ingrijpende hartoperatie waaraan - behalve door Prof. Nuboer - ook werd deelgenomen door drie gekwalificeerde artsen als assistenten en een gekwalificeerde operatiezuster. Tevoren was de patiënt onder toezicht van de anaesthesist in narcose gebracht. Enige tijd nadat de patiënt de operatie had ondergaan, bleek dat nog een vrij grote injectienaald als res aliena in het lichaam, in de thorax was achtergebleven en vele klachten veroorzaakte. De patiënt stelde tegen Nuboer een vordering tot schadevergoeding in welke primair was gebaseerd op wanprestatie, subsidiair op onrechtmatige daad aan de zijde van Nuboer. Later werd deze vordering aangevuld in die zin dat deze onder andere mede werd gebaseerd op de aansprakelijkheid van Nuboer ex art. 1403 BW: voor het onrechtmatig handelen voor een of meer dergenen die onder zijn verantwoordelijkheid en leiding aan de operatie hadden meegewerkt.

Nuboer stelde onder meer: dat hij de operatie met voornoemde personen in teamverband had verricht, dat hij zich bij een dergelijke uitermate inspannende operatie geheel en al moet concentreren op zijn deel van het werk en niet daarenboven controle kan houden op alle handelingen van alle mensen die bij de operatie betrokken zijn, dat blijkens het toegepaste uitzonderlijke goede controlesysteem het bewuste naaldje niet bij de operatie was gebruikt. De enige mogelijkheid welke Nuboer zich kon voorstellen voor het terechtkomen van het volgens hem niet bij de operatie gebruikte naaldje in de sinus pleurae, was: dat dit per ongeluk had vastgezet aan een van de grote compressen waarmee de longen tijdens de operatie door de assistenten opzij waren geduwd; theoretisch zou één van de veertien op de operatie-afdeling werkende verpleegsters een slordigheid hebben kunnen begaan door bij het maken van de compressen niet te merken dat een injectienaaldje aan of in een van de compressen verbonden zat.

In hoger beroep oordeelde het Hof dat Nuboer zich niet had schuldig gemaakt aan wanprestatie, onder meer omdat niet was komen vast te staan dat tussen de patiënt en Nuboer een overeenkomst was gesloten, noch welke verplichtingen door Nuboer niet zouden zijn nagekomen. Evenmin werd door het Hof aangenomen dat Nuboer zelf een onrechtmatige daad zou hebben gepleegd. Ook werd de vordering ontzegd voorzover deze was gebaseerd op art. 1403 BW: gegrond op een onrechtmatige daad gepleegd door iemand voor wie Nuboer verantwoordelijk was.

De overwegingen die het Hof tot deze laatste ontzegging hebben geleid, zijn zo belangrijk dat ik deze letterlijk wil citeren:

„dat als niet of onvoldoende weersproken vaststaat, dat een operatie als die welke Aarts heeft ondergaan uitsluitend kan worden gedaan door een gekwalificeerd team, in hetwelk ieder een bepaalde taak heeft; dat, ook al is aannemelijk dat bij een operatie als de onderhavige Nuboer als hoogleraar de leiding heeft gehad en al zou op grond daarvan moeten worden aangenomen, dat de andere leden van het team zich bij de uitoefening van hun taak hadden te gedragen naar de voorschriften van Nuboer, die op hun werk nog controle hield zoveel als hem bij zijn eigen uiterst inspannende arbeid nog mogelijk was, dit nog niet de conclusie rechtvaardigt, dat dan ten deze sprake is geweest van een ondergeschiktheid in de zin der wet van die andere leden aan Nuboer; dat blijkens hetgeen ten processe als enerzijds gesteld en anderzijds niet of ongenoegzaam weersproken vaststaat, dat de operatie, in teamverband verricht, niet was een aangelegenheid van Nuboer alleen, die zich daarbij bediende van hulpkrachten welke zijn, Nuboers, zaak waarnamen, doch de operatie was het hoogst verantwoordelijk werk van alle ten deze samenwerkende deskundigen, ieder voor eigen werk gekwalificeerd; dat bovendien gesteld noch gebleken is dat die andere leden waren aangesteld door Nuboer.”

De H.R. oordeelde dat het Hof terecht de andere leden van het team niet heeft aangemerkt als ondergeschikten in de zin van art. 1403 lid 3 BW daar zij niet werkten voor en ten behoeve van Nuboer en deze hen niet voor die werkzaamheden gebruikte, waaraan niet afdoet dat de assistenten en de operatiezuster jegens degenen in wier dienst zij stonden, verplicht waren hun werkzaamheden met betrekking tot de operatie te verrichten volgens de voorschriften en aanwijzingen van Nuboer.

Naar de terminologie van het Nuboer-arrest is er derhalve sprake van een handelen in teamverband, indien het handelen niet de aangelegenheid is van één persoon alleen die zich daarbij bedient van hulpkrachten welke de zaken van deze persoon waarnemen, doch de aangelegenheid is van



alle te dezen samenwerkende deskundigen, ieder voor eigen werk gekwalificeerd. Daarbij is niet relevant de omstandigheid dat bedoelde persoon de leiding heeft en andere leden van het team zich bij de uitoefening van hun taak naar de voorschriften en aanwijzingen van deze persoon hebben te gedragen. In het pleidooi dat in cassatie ten behoeve van Nuboer werd gehouden, werd een vergelijking getrokken met het bergbeklimmen onder leiding van de meest ervarene. De leider werd gekenschetst als de „primus inter pares”.

In mijn noot onder het Nuboer-arrest in *Ars Aequi* heb ik er op gewezen, dat het Nuboer-arrest een belangrijke interpretatie inhoudt van art. 1403 lid 3 BW dat onder meer de aansprakelijkheid uitspreekt van degenen die anderen aanstellen tot de waarneming hunner zaken, voor de schade door hun ondergeschikten veroorzaakt in de werkzaamheden waartoe zij dezelve gebruikt hebben. De ondergeschikte moet derhalve zijn aangesteld tot waarneming van een zaak van de opdrachtgever. Wil aansprakelijkheid krachtens deze rechtsbepaling aanwezig zijn, dan is niet alleen vereist een verhouding van ondergeschiktheid tout court (vgl. hierover mijn noot sub 5), maar een ondergeschiktheid bij werkzaamheden voor en ten behoeve van de leidinggevende persoon, de opdrachtgever: bij de waarneming van diens zaken. Alleen bij het bestaan van een privaatrechtelijke of publiekrechtelijke arbeidsverhouding is als vanzelf gegeven dat de werkgever de ondergeschikten werkzaamheden laat verrichten bij de waarneming van zijn zaak.

De uitslag van het arrest doet onbevredigend aan. Terwijl er ergens door iemand een duidelijke fout is gemaakt, kwam de patiënte toch niet aan haar trekken. Men kan natuurlijk stellen dat de patiënte van meet af aan niet alleen Nuboer had moeten aanspreken maar ook het Academisch Ziekenhuis, en dan met haar actie veel meer kansen zou hebben gehad (vgl. J. Vermeijden, WPNR 5036, pag. 166; noot in *Ars Aequi* sub 4 en 7). Toch is het de vraag of men bij de huidige verhoudingen in het ziekenhuis en onder het huidige aansprakelijkheidsregime nog van de patiënt kan verwachten dat hij bij schade door hem geleden vanwege een beroepsfout gemaakt bij het optreden van een medisch team, trefzeker de juiste persoon of instantie op de juiste gronden zal aanspreken, ook al wordt hij bijgestaan door een doorsnee-advocaat/procureur. Zelfs voor een volbloed-jurist is de materie danig gecompliceerd geworden: vooral ook door de diverse posities die de specialisten en leden van een medisch team in de ziekenhuisorganisatie kunnen innemen: zelfstandig en individueel praktijk uitoefenend of in dienst staand van het ziekenhuis, van welke uiteenlopende posities uiteenlopende tariefstellingen: all-in, all-out, arts-out etc., en verschil in declarerende instanties: ziekenhuis alleen, of ook specialisten zelfstandig, het gevolg zijn. Uitgaande van deze ingewikkelde feitelijke verhoudingen moeten de aanwezige contractuele of andere juridische relaties aan de hand van de be-

staande juridische categorieën worden geanalyseerd en geduid. Kan men onder deze omstandigheden van de justitiabele verwachten dat hij het passende antwoord geeft op zijn benadeling als patiënt door zulk een medisch handelen in teamverband? En als die verwachting niet langer gerechtvaardigd lijkt, wordt dan het goed van de rechtszekerheid van het individu niet te zeer bedreigd door de opkomst van dit fenomeen van het handelen in teamverband: dat zo moeilijk in de bestaande kaders is te vatten?

### *3. De contractuele aansprakelijkheid bij all-in tarief tijdens het ziekenhuis*

Indien een ziekenhuis - meestal stilzwijgend en middels zijn vertegenwoordigers op de opname-afdeling en/of in de persoon van de eerst geconsulteerde specialist(en) - een zogenaamd all-in contract met de zich anmeldende patiënt sluit, betekent dit dat het ziekenhuis zich rechtstreeks verbindt tot het geven van de medische behandeling in teamverband te verrichten en van de daarbij behorende medische verzorging. Het ziekenhuis zal in dit geval niet alleen zorgen voor de huisvesting, de verpleging, het beschikbaar stellen van bijvoorbeeld de operatiekamer met outillage, maar moet ook zorgen voor het uitvoeren van de behandeling in teamverband door de nodige deskundige specialisten en overige leden van het team: onverschillig of deze personen tot het ziekenhuis in dienstbetrekking staan of niet. Voor dit totale pakket wordt aan de patiënt tijdens het ziekenhuis een zogenaamd all-in tarief berekend. Indien er in een dergelijk geval bij de behandeling of de verzorging door iemand werkzaam binnen het ziekenhuis, een beroepsfout wordt gepleegd waardoor aan de patiënt schade wordt toegebracht, pleegt het ziekenhuis wanprestatie. Want het ziekenhuis is mijns inziens op gelijke wijze als voor eigen gedragingen aansprakelijk voor de gedragingen van personen van wier hulp het gebruik maakt bij de nakoming van zijn contractuele verplichtingen, ook al zijn deze personen niet aan het ziekenhuis ondergeschikt. (Vgl. over deze aansprakelijkheid voor zogenaamde *Erfüllungsgehilfe*: art. 1427; art. 6.1.8.3 - met toelichting - nieuw BW; Asser-Rutten, *Verbintenissenrecht*, I, pag. 265 e.v.).

Dat het plegen van een beroepsfout niet te gauw moet worden aangenomen en dat het ziekenhuis ten aanzien van de uit te voeren operatie enkel een inspanningsverbintenis heeft aangegaan en geen resultaatsverbintenis, is een andere zaak. Ik meen dat het ziekenhuis ook ten aanzien van een op zich genomen inspanningsverbintenis op de hiervoor aangegeven wijze aansprakelijk is voor de handelingen van *Erfüllungsgehilfe* (vgl. in deze zin ook: de in *Ars Aequi* weergegeven zogenaamde Bossche arresten: overweging 1 in het eerste arrest en overweging 7 en 8 in het tweede arrest). En het is mij niet duidelijk waarom - zoals Vermeijden stelt (WPNR 5035, pag. 160) - zulks niet in overeenstemming zou

zijn te achten met de „specifieke en hoog-gekwali-  
ceerde arbeidsprestatie” van de aan het ziekenhuis  
verbonden medici.

Indien door omstandigheden vaststaat dat er een  
beroepsfout voor of bij de medische behandeling  
in teamverband is begaan tijdens een persoon  
werkzaam in bedoeld ziekenhuisverband en over-  
igens niet precies is vast te stellen wie deze fout  
heeft begaan, dan is dit mijns inziens voldoende  
om wanprestatie - en dus contractuele aansprakeli-  
jkheid - van het ziekenhuis aan te nemen. Men mag  
niet op de benadeelde patiënt de last leggen van de  
„probatio diabolica” van de beroepsfout ge-  
pleegd door één bepaaldelijk aan te wijzen hulp-  
kracht.

Uit het voorgaande volgt dat de patiënt naar mijn  
oordeel bij de aanwezigheid van een all-in contract  
met het ziekenhuis niet in een slechtere juridische  
positie verkeert wanneer het gaat om een handeling  
in teamverband, dan waarin hij zou hebben ver-  
keerd wanneer het zou zijn gegaan om een me-  
dische behandeling uit te voeren door één spe-  
cialist. Zo behoort het ook te zijn.

Rest mij nog in dit verband te wijzen op het geval  
dat een verplicht verzekerde ziekenfondspatiënt  
wordt behandeld krachtens een all-in tarief dat zij-  
dens het ziekenhuis bij het ziekenfonds in rekening  
wordt gebracht. Deze patiënt staat enkel met het  
ziekenhuis in contractuele relatie. De hieruit voort-  
vloeiende verhaalsmogelijkheden zijn gelijk aan die  
van de particuliere patiënt die een all-in contract  
met het ziekenhuis heeft gesloten (vgl. de bundel  
„De geneesheer en het recht”, pag. 16 e.v.; noot in  
Ars Aequi sub 3; en Nederlands Juristenblad 1969,  
pag. 1016 e..).

#### *4. De contractuele aansprakelijkheid bij all-out- of arts-out tarief tijdens het ziekenhuis*

Heel wat moeilijker wordt het, wanneer de pa-  
tiënt geacht moet worden stilzwijgend meerdere  
contractuele relaties te zijn aangegaan. Een rela-  
tie met het ziekenhuis welke tot voorwerp heeft de  
huisvesting, de verpleging, de overige diensten ten  
behoefte van de medische behandeling in teamver-  
band, zoals het beschikbaar stellen van de opera-  
tiekamer met outillage en van assisterende ver-  
pleegsters etc., waarbij het ziekenhuis de patiënt  
een all-out of arts-out tarief in rekening brengt.  
Daarnaast in ieder geval een rechtstreekse, con-  
tractuele relatie met de opererende of leidingge-  
vende specialist, die zich in de zelfstandige uit-  
oefening van zijn praktijk in ieder geval individueel  
verbindt tot de zorgvuldige uitvoering van zijn  
- voorname - aandeel in de medische behande-  
ling en daarvoor ook zelf aan de patiënt een de-  
claratie aanbiedt.

En dan beginnen de moeilijkheden. Want daar-  
naast kunnen ook met andere specialisten van het  
team, zoals een anaesthesist, een röntgenoloog,  
een internist, dergelijke afzonderlijke contractuele  
relaties bestaan, terwijl daarentegen ook mogelijk is

dat diensten van weer andere deskundigen zoals  
die van de klinisch chemicus en ziekenhuisapotheker,  
worden verstrekt vanwege het ziekenhuis en  
zijn inbegrepen in het tijdens het ziekenhuis in re-  
kening te brengen tarief. Voeg daar nog bij de hulp  
van de in dienst van het ziekenhuis zijnde, maar  
onder leiding van de eerste opererende specialist  
werkzame verpleegsters en de hulp vanwege art-  
sen-assistenten, dan wordt het duidelijk dat wan-  
neer er blijkens de gevolgen ergens binnen de kring  
van het medisch team een beroepsfout is gemaakt  
die niet nader tot een bepaalde, aanwijsbare per-  
soon is terug te voeren, de benadeelde patiënt in  
een zeer onzekere positie komt te verkeren. Want  
wil hij zijn contractuele aanspraak tot schadever-  
goeding met succes in een door hem aan te span-  
nen proces geldend maken, dan zal hij de gemaakte  
fout moeten zien te plaatsen in het kader van één  
van de contractuele relaties waarin hij staat: en  
juist dat vergt van hem het soms onmogelijk te le-  
veren bewijs dat de beroepsfout - waarvan vast-  
staat dat zij ergens binnen het team werd gemaakt -  
op een bepaalde plaats door een bepaalde persoon  
werd gemaakt. Zoals Vermeijden het uitdrukt  
(WPNR 5036, pag. 167): „De rechtszekerheid van  
het individu en de aanspraak welke hij had op de  
ander, dreigt te worden opgelost in een serie-aan-  
spraak op velen, waarvan de onderlinge samen-  
hang, relatie en functie hem niet voor de geest  
staan. Bovendien laat zich ieders aandeel in deze  
samenwerking moeilijk of hoogst arbitrair vaststel-  
len”.

Ik wil even afzien van de vraag welke mogelijk-  
heden er in dit geval voor de patiënt zouden zijn  
of moeten zijn wanneer hij zijn aanspraak baseert  
op art. 1401 of 1403 BW; op deze vraag kom ik  
nog terug. Hier rijst het probleem dat aldus de con-  
tractuele verhaalsmogelijkheden van de patiënt te  
zeer verbleken, wanneer hij op de hiervoor om-  
schreven wijze te maken krijgt met een medisch  
handelen in teamverband.

Voor de hand ligt de eenvoudige gevolgtrekking  
dat terwille van het ongeschonden in tact laten van  
de contractuele verhaalsmogelijkheden van de pa-  
tiënt, deze bij medisch handelen in teamverband  
het liefst alléén zou moeten contracteren met één  
wederpartij: en wel - zoals in de voorgaande pa-  
ragraaf werd beschreven - op all-in basis met het  
ziekenhuis, dat hierbij natuurlijk zou kunnen wor-  
den vertegenwoordigd: bijvoorbeeld door de leider  
van het optredend team. In dit systeem zou het aan  
het ziekenhuis zijn om zich op de een of andere wij-  
ze steeds te verzekeren van de diensten van alle in  
teamverband werkzame krachten: en dus ook van  
alle medische specialisten, die dan niet langer  
rechtstreeks aan de patiënt zouden kunnen decla-  
reren. De hier beschreven gevolgtrekking past in  
de ontwikkeling van het ziekenhuis tot een centrum  
van gezondheidszorg, waarin de medische dien-  
sten als één geheel worden aangeboden, en waar-  
bij de patiënt - zeker bij het zogenaamde gesloten  
ziekenhuis - zichzelf alleen ziet als patiënt van het

ziekenhuis in deze universele zin, en niet langer als verpleegde van het ziekenhuis als medisch hotel en als patiënt van een of meerdere artsen (vgl. hierover: W. C. L. van der Grinten in de bundel „De geneesheer en het recht”, pag. 45 en J. Vermeijden WPNR 5035, pag. 160).

Indien men deze vergaande conclusie niet zou willen trekken, dan mag toch in ieder geval worden verwacht dat binnen het organisatiepatroon van de ziekenhuizen duidelijke wegwijzers worden uitgezet voor de bij een teambehandeling benadeelde patiënt die zich moet wagen in de doolhof van de dan ontstane contractuele verhaalsmogelijkheden.

Ik doel hier op regelingen die een duidelijke afbakening van de diverse aansprakelijkheden tegenover de patiënt zouden waarborgen: waarbij bijvoorbeeld individuele contracten tussen patiënt en specialisten alleen worden toegestaan wanneer het gemakkelijk te identificeren en op de individuele specialist terug te voeren medische handelingen betreft; waarbij wordt voorgeschreven dat bijvoorbeeld tussen internist en chirurg moet komen vast te staan wanneer de verantwoordelijkheid van de één eindigt en die van de ander begint; tengevolge van welke regels het voor operaties in teamverband voor ziekenhuis en patiënt van meet af aan duidelijk moet zijn of de hoofdchirurg als leider van een team alléén voor zich zelf met de patiënt contracteert - waarbij hij tevens aansprakelijk is voor de fouten van de hem bij zijn operatie hulpzame Erfüllungsgehilfe - of ook namens de hem assisterende chirurgen een contract aangaat en zo dit laatste niet het geval is, of deze chirurgen allen zelf een contract aangaan: welke mogelijkheid echter met het oog op de belangen van de patiënt zou moeten worden beperkt; tengevolge van welke regels ook van meet af aan duidelijk moet zijn of de bij een operatie in teamverband werkzame assistenten en verpleegsters te beschouwen zijn als Erfüllungsgehilfe van de opererende hoofdchirurg bij de door hem te verrichten operatie, of als Erfüllungsgehilfe van het ziekenhuis bij het nakomen van de zijdens het ziekenhuis jegens de patiënt te vervullen contractuele verplichtingen.

Door dergelijke voor eenieder kenbare regelingen zou vooreerst intern orde op zaken worden gesteld: de ziekenhuisorganisatie zou mede worden toegesneden op de toenemende collectivisering van medische verantwoordelijkheid. Tegelijkertijd zou het de benadeelde patiënt wat gemakkelijker worden gemaakt om de beroepsfout terug te brengen tot één van de contractuele relaties waarin hij staat. Of diens tengevolge alle moeilijkheden voor hem zullen worden opgelost, valt echter ernstig te betwijfelen. Daarom zal ik in de laatste paragraaf bepleiten dat de wetgever voor de in een ziekenhuis door een beroepsfout benadeelde patiënt de mogelijkheid zal openen het ziekenhuis *rechtstreeks* aansprakelijk te stellen, ook ingeval van all-out of arts-out tarief, waarna het ziekenhuis gehouden zal zijn zo mogelijk regres te nemen op degene die uiteindelijk voor de

ze beroepsfout de verantwoordelijkheid heeft gedragen.

Het huidige recht biedt onvoldoende aanknopingspunten om zonder mee: een - aanvullende - aansprakelijkheid van het ziekenhuis aan te nemen voor iedere kunstfout begaan bij een behandeling in teamverband: op welke wijze dit team of de personen binnen dit team binnen het ziekenhuis ook werkzaam zijn: zelfstandig en onafhankelijk een praktijk uitoefenend en vanuit deze positie vrij om contractuele relaties aan te gaan met de zich voor zulk een teambehandeling anmeldende patiënt, of als exponent, medische kracht van het alleen zelf contracterende ziekenhuis. Een dergelijke aansprakelijkheid kan mijns inziens alleen worden aanvaard indien zij wordt gefundeerd op een waar te maken rechtstreekse verantwoordelijkheid van het ziekenhuis jegens de patiënt. Bij een all-in relatie met de patiënt is dit geen probleem. Maar bij de tweede aangegeven weg zou deze aanvullende aansprakelijkheid onder het huidig recht slechts mogen worden aanvaard indien het ziekenhuis zijn hiervoor aangegeven plicht tot het intern orde op zaken stellen tot zo: g voor een zo duidelijke afbakening tegenover de patiënt van de diverse aansprakelijkheden voor een beroepsfout bij een medisch handelen in teamverband binnen zijn muren, niet of niet voldoende nakomt: zulks mede ten nadele van de gelaedeerde patiënt die dan in de doolhof verdwaalt. Maar hier betreed ik het terrein van de aansprakelijkheid ex art. 1401 BW.

##### 5. De aansprakelijkheid ex art. 1401 BW

Ziekenhuis en specialist(en) kunnen behalve op grond van wanprestatie ook op grond van onrechtmatige daad - ex art. 1401 BW - worden aansprakelijk gesteld: indien - naar de bekende formule van de H.R. - de schade brengende handeling onafhankelijk van de tussen partijen bestaande verhouding, dat wil zeggen onafhankelijk van een schending van contractuele verplichtingen, een onrechtmatige daad als bedoeld in art. 1401 BW oplevert. (Vgl. mijn noot in *Ars Aequi* sub 1). Met Kist (*Handelingen NJV* 1960) ben ik voorshands van oordeel dat bij het niet of niet tijdig voldoen aan de contractuele verplichtingen slechts uit wanprestatie kan worden geageerd, terwijl bij niet behoorlijk nakomen de actie tevens op onrechtmatige daad kan worden gebaseerd.

Wanneer een all-in contract met het ziekenhuis bestaat, is het voor de benadeelde patiënt van geen belang dat zijn actie behalve op wanprestatie ook nog op onrechtmatige daad zou kunnen worden gebaseerd. Wanneer er met het ziekenhuis slechts een all-out of arts-out contract bestaat, ligt dit anders. Het zou voor hem aantrekkelijk kunnen zijn de doolhof van eventuele contractuele verhaalsmogelijkheden te vermijden en een rechtstreekse actie in te stellen tegen het ziekenhuis gebaseerd op art. 1401 BW, ook al gaat het om een medische beroepsfout gepleegd bij de behandeling door een

team waarin zelfstandig praktijk uitoefenende specialisten werkzaam zijn. Een dergelijke actie geef ik weinig kans, tenzij kan worden aangetoond dat het ziekenhuis tekortgeschoten is in zijn in de vorige paragraaf omschreven plicht te zorgen dat zijn organisatiepatroon voldoende is aangepast aan de toenemende collectivisering van het medisch handelen en dat daarin een voor de aspirant-patiënt kenbare, zo duidelijk mogelijke afbakening van verantwoordelijkheden ligt opgesloten.

Met name acht ik onhoudbaar de stelling van Vermeijden (WPNR 5036, pag. 166) dat de zelfstandig praktijk uitoefenend specialist (c.q. hoogleraar in een academisch ziekenhuis) bij het begaan van een onrechtmatige daad zou handelen als orgaan van het ziekenhuis zodat deze onrechtmatige daad rechtstreeks aan het ziekenhuis zou zijn toe te rekenen, wijl het handelen van de specialist met dat van de rechtspersoon-ziekenhuis zou zijn te vereenzelvigen (vgl. de formule van H.R. 10 juni 1955, NJ 1955, 552). Een dergelijk onrechtmatig handelen van deze specialist geldt ook naar verkeersopvatting mijns inziens niet als handelen van het ziekenhuis: de zelfstandig door de specialist te sturen declaratie wijst juist op het tegendeel. Het ziekenhuis is veelal gegoten in de rechtsvorm van een stichting of vereniging. Het bestuur en ook de directie krachtens haar algemene vertegenwoordigingsbevoegdheid, treden op als organen van deze stichting. Aan de medische staf is een dergelijke algemene vertegenwoordigingsbevoegdheid niet toegekend. De medische staf en de individuele specialist hebben alleen een eigen - professionele - verantwoordelijkheid voor de typisch medische verrichtingen binnen het ziekenhuis. Dit veronderstelt een zekere functionele zelfstandigheid bij het medisch handelen, maar zulks impliceert nog geenszins: een algemene bevoegdheid om het ziekenhuis algeheel naar buiten te vertegenwoordigen, of de aanwezigheid van een bijzondere verhouding waarin de staf of de specialist als „orgaan” tot het ziekenhuis staat.

De benadeelde patiënt zou ook kunnen pogen de bedoelde doolhof te vermijden door een actie op grond van art. 1401 BW in te stellen tegen de leden van het team. Niet tegen de leden individueel, want dan zou hij toch weer komen te staan voor de grote moeilijkheid de begane fout en de daardoor veroorzaakte schade aantoonbaar terug te voeren op het handelen van één bepaalde persoon. Maar de patiënt zou kunnen denken aan een actie vanwege een in groepsverband gepleegde onrechtmatige daad waarvoor ieder van de teamleden voor het geheel jegens hem aansprakelijk zou zijn. Zou een dergelijke actie kans op slagen hebben?

Onlangs heeft V.A.M. van der Burg (WPNR 5064 en 5065) een verhelderend artikel geschreven over de onrechtmatige daad gepleegd in groepsverband, waarin ook diverse historische aspecten worden belicht (vgl. over deze aspecten ook: J. J. Brinkhof in

W.P.N.R., 5074). Uit de huidige rechtspraak en uit de geschiedenis blijkt mijns inziens dat de aansprakelijkheid voor het geheel van iedere deelnemer aan het complex van handelingen waarbij de onrechtmatige daad is gepleegd, wordt aanvaard omdat de deelnemer juist door zijn bewuste deelname aan dat complex van handelingen de mogelijkheid dat een onrechtmatige daad zou worden gepleegd, heeft bevorderd, en daarom - indien de onrechtmatige daad metterdaad wordt gepleegd - mede schuldig moet worden geacht. De voorbeelden die Van der Burg geeft, zijn in dit opzicht duidelijk. Het gaat om vechtpartijen waaraan meerderen deelnemen, om gezamenlijk gepleegde, gevaarscheppende baldadigheden zoals: schietpartijen, stenen gooien naar personen, partijtjes straatvoetbal etc. Het is dan ook eigenlijk veel zuiverder om in dit verband te spreken van een in „turba” begane onrechtmatige daad, dan van een onrechtmatige daad „in groepsverband” gepleegd. De uitdrukking „in groepsverband” is veel te ruim. Het Latijnse woord „turba” geeft duidelijker aan waarom het gaat: een onrechtmatige daad gepleegd in wanorde, in verwarring, in gedrang, gewoel, in de drukte van een woelende, wanordelijke menigte of troep mensen. Door de „turba” ver vermijden, zou men de daaruit ontstane schadelijk geworden „turbatio” wellicht hebben kunnen voorkomen. Deze gedachtengang wordt ook gevolgd door art. 6.3.5 lid 1 ontwerp nieuw BW, waarin als eis voor hoofdelijke aansprakelijkheid wordt gesteld: dat de kans op het onrechtmatig schade toebrengen door iemand van een groep, de deelnemers van deze groep had behoren te weerhouden van hun gedragingen in groepsverband. De memorie van toelichting (pag. 661) spreekt over de eis van een psychisch causaal verband tussen de gedragingen in groepsverband en het toebrengen van de schade. De gezamenlijk handelende personen moeten de psychische sfeer scheppen die het gevaar doet ontstaan voor het onrechtmatig toebrengen van schade aan buitenstaanders door een der deelnemers.

In het licht van het bovenstaande zal duidelijk zijn dat bij een beroepsfout begaan bij een medisch handelen in teamverband in de regel niet van een in „turba” begane onrechtmatige daad kan worden gesproken, ook niet in het licht van art. 6.3.5 ontwerp nieuw BW. Door het vormen van en deelnemen aan een dergelijk team wordt juist de kans dat de patiënt door beroepsfouten schade zal worden toegebracht, verminderd, waarbij dan nog komt dat de patiënt zich of vrijwillig aan de behandeling heeft onderworpen, of in een noodsituatie alleen maar door een medisch team op adequate wijze kan worden geholpen. Een actie van de benadeelde patiënt tegen de leden van het medisch team op grond van een in groepsverband gepleegde onrechtmatige daad, zal derhalve naar mijn oordeel geen succes hebben, tenzij werkelijk „turba” aanwezig is geweest en deze voor de teamleden redelijkerwijze was te voorzien.

## 6. De aansprakelijkheid ex art. 1403 BW

Wanneer er een all-in contract met het ziekenhuis bestaat, is er voor de benadeelde patiënt weinig reden om tegen het ziekenhuis ook nog te ageren op grond van art. 1403 BW: wegens aansprakelijkheid voor ondergeschikten veroorzaakt in de werkzaamheden waartoe dezen door de opdrachtgever zijn gebruikt. Hij kan immers het ziekenhuis contractueel aansprakelijk stellen voor de fouten begaan door alle „Erfüllungsgehilfe“ of dezen nu aan het ziekenhuis ondergeschikt zijn of niet.

Anders ligt het weer wanneer er met het ziekenhuis slechts een all-out of arts-out contract bestaat. Dan kan het ziekenhuis aansprakelijk worden gesteld over de beroepsfout bij de medische behandeling gepleegd door behulpzame assistenten of verpleegsters die als ondergeschikten zijn „gebruikt“ in werkzaamheden voor en ten behoeve van het ziekenhuis. Dit laatste zal het geval zijn bij de aanwezigheid van een privaatrechtelijke of publiekrechtelijke arbeidsverhouding. Of er „ondergeschiktheid“ is, moet worden beoordeeld met inachtneming van alle omstandigheden (vgl. mijn noot in *Ars Aequi* sub 5). Ik wil hierbij aantekenen dat artsen (assistenten) en soms ook verpleegsters die in dienst zijn van het ziekenhuis, onder omstandigheden toch als „ondergeschikten“ in de zin van art. 1403 lid 3 BW van de handelende (hoofd)geneesheer moeten worden beschouwd, wanneer zij zich geheel hebben te gedragen naar diens aanwijzingen of instructies.

Wil een dergelijke actie kans op slagen hebben, dan moet vaststaan *dat* de beroepsfout door een van deze ondergeschikten is gepleegd, bijvoorbeeld in het Nuboer-geval in de visie van Nuboer: doordat één van de veertien op de operatie-afdeling werkende verpleegsters een slordigheid heeft begaan bij het klaarmaken van de compressen. Niet nodig is mijns inziens dat dan vast komt te staan *wie* precies van de ondergeschikten, van de veertien verpleegsters, de fout heeft begaan. De bewijsrechtelijke positie van de gelaedeerde mag niet onredelijk worden verzwaaard (vgl. mijn noot in *Ars Aequi* sub 7). Bedoelde actie kan als subsidiaire actie enige zin hebben, wanneer niet duidelijk is of de fout begaan werd binnen de bedoelde kring van ondergeschikten of door de niet als ondergeschikten te beschouwen arts-out: de zelfstandig praktijk uitoefenende hoofdchirurg en/of andere specialist die rechtstreeks met de patiënt heeft gecontracteerd. Primair ware dan op grond van wanprestatie te ageren tegen deze laatstbedoelde artsen, wanneer tenminste uit de omstandigheden is komen vast te staan dat ergens binnen de - grotere - kring van zelfstandig werkende artsen en aan het ziekenhuis ondergeschikten een beroepsfout werd gepleegd.

Voor het toekomstige recht zou ik willen verdedigen dat art. 6.3.9 ontwerp nieuw BW waarin de gedachten neergelegd in het huidige art. 1403 lid 3 BW, wordt verruimd met betrekking tot de onderne-

ming, ook van toepassing moet worden geacht op ziekenhuizen. Art. 6.3.9 stelt een onderneming aansprakelijk voor de onrechtmatige daad gepleegd door een ondergeschikte, ook indien deze niet ter vervulling van de hem opgedragen taak handelde, mits de kans op de daad door de opdracht werd vergroot en de onderneming aan de rechtsverhouding tot de ondergeschikte de bevoegdheid ontleende om die daad te verbieden. Als reden voor deze uitbreiding van aansprakelijkheid wordt in de toelichting (pag. 677) gegeven: dat aansprakelijkheid kan gelden als bedrijfsrisico en middels een door de onderneming te sluiten W.A.-verzekering kan worden gespreid over een groot aantal personen aan wie de premies worden doorberekend; en voorts dat het redelijk is dat de benadeelde de onderneming in zoverre als een eenheid moet kunnen beschouwen dat hij de onderneming aansprakelijk kan stellen zonder dat hij behoeft aan te tonen welke ondergeschikte de schade toebracht en dat de dader ter vervulling van de hem opgedragen taak handelde.

Deze redengeving gaat evenzeer op ten aanzien van de ziekenhuizen. Voor een gemeenteziekenhuis zou het artikel reeds gelden krachtens het tweede lid: dat de regel van art. 6.3.9 lid 1 ook geldend acht voor de overheid met betrekking tot onrechtmatige daden gepleegd door haar ondergeschikten. Het zou te dwaas zijn dat de positie van de benadeelde patiënt in dit opzicht een andere zou zijn tegenover een gemeenteziekenhuis, dan tegenover een ziekenhuis in de vorm van een privaatrechtelijke stichting.

Vermeijden (WPNR 5036, pag. 166) voert tenslotte een pleidooi voor een zogenaamd kwalitatieve verantwoordelijkheid van het ziekenhuis voor onrechtmatige daden van niet-ondergeschikten, onder wie mogelijkerwijze ook zelfstandig praktijk uitoefenende specialisten of hoogleraren, werkzaam in groepsverband. Het ziekenhuis zou zijns inziens te allen tijde de verantwoordelijkheid moeten dragen voor de kunstfout van een persoon of team, werkend in een eigen functionele onafhankelijkheid binnen de organisatie van dat ziekenhuis. Vermeijden wijst op art. 1403 lid 1 BW dat geheel in het algemeen stelt dat men verantwoordelijk is voor de daad van personen voor welke men aansprakelijk is. Hij beroept zich daarbij op de interpretatie van G. H. A. Schut (*Rechtelijke verantwoordelijkheid en wettelijke aansprakelijkheid*, diss. 1963, pag. 283 e.v.), die aan dit artikel 1403 lid 1 BW een zelfstandige betekenis toekent, zulks in tegenstelling tot de Hoge Raad die het slechts als een inleiding op de volgende leden van dit artikel beschouwt.

Ik kan de opvatting van Vermeijden niet delen. Vooreerst acht ik zijn beroep op Schut vrij zwak. Volgens Schut (pag. 239) zijn de personen bedoeld in art. 1403 lid 1 BW: personen tot wie men in een zodanige betrekking staat dat men voor hun doen en laten verantwoordelijk is. Schut wil onder dit lid 1 laten vallen de niet in de volgende leden van art. 1403 genoemde betrekkingen die een zekere

verantwoordelijkheid van de meerdere voor de mindere scheppen, en die met de wel in deze volgende leden genoemde voldoende verwantschap vertonen. Welnu, de moeilijkheid is nu juist dat het ziekenhuis tot de zelfstandig praktijk uitoefenende specialist niet als meerdere in een betrekking staat tot de mindere: hetgeen dan verantwoordelijkheid met zich zou brengen. Indien men volledig zelfstandig praktijk uitoefent, is men ook zelf verantwoordelijk. Is men werkzaam in dienstverband, dan is ook het ziekenhuis aansprakelijk.

Er is echter nog een tussenweg. Indien men zou erkennen dat in het organisatiepatroon van het ziekenhuis waarborgen zouden dienen te worden ingebouwd dat de medische behandeling in teamverband steeds optimaal geschiedt - met de minst mogelijke kans op het plegen van beroepsfouten - dan zouden daarvoor in het reglement bepaalde voorzieningen kunnen worden getroffen. Niet alleen aan de staf, maar ook aan de directie zouden bevoegdheden kunnen worden toegekend ten aanzien van de formatie (met duidelijke afbakening van contractuele verantwoordelijkheden jegens de patiënt: vgl. hiervoor sub 4), begeleiding en werkwijze (hygiëne, controle, medical audit, registratie en ziektegeschiedenis) van het team dat een medische behandeling uitvoert. In het reglement of anderszins zouden dan aan de directie - en daarmee ook indirect aan het bestuur - ten aanzien van dit soort zaken bevoegdheden - en daarmee verantwoordelijkheid - worden toegekend. Eerst als dit is gebeurd, zou het ziekenhuis in zoverre - terecht - de meerdere zijn van de zelfstandige praktijk uitoefenende specialist en eerst dan zou er naar mijn oordeel reden zijn om, wanneer zich dan toch een beroepsfout voordoet, ook het ziekenhuis daarvoor in zoverre aansprakelijk te stellen op grond van art. 1403 BW. Want aansprakelijkheid moet in beginsel eerst worden aanvaard, wanneer er inderdaad gesproken kan worden van kwalitatieve verantwoordelijkheid voor een ander (vgl. Schut pag. 235). Dat een dergelijke juridische „ondergeschiktheid”, of een dergelijke juridische betrekking van „meerdere tot mindere” niet te verenigen zou zijn met de functionele zelfstandigheid van de specialist voor zijn medisch handelen - zoals Vermeijden stelt (WPNR 5036, pag. 166) - kan ik niet inzien. Natuurlijk behoudt de medicus altijd een zekere persoonlijke verantwoordelijkheid voor en zelfstandigheid en onafhankelijkheid bij zijn medisch handelen, ongeacht de juridische positie waarin hij overigens verkeert. Maar het gaat er juist om *in hoeverre* deze functionele zelfstandigheid moet worden erkend. Mijs inziens behoeft deze zelfstandigheid geenszins uit te sluiten dat de specialist krachtens het reglement wel bepaalde aanwijzingen - als hiervoor bedoeld - heeft te accepteren van de directie (vgl. ook W. C. L. van der Grinten in de bundel „De geneesheer en het recht”, pag. 48; en het eerste Bossche arrest, overweging 5 in *Ars Aequi* t.a.p. pag. 91). Naar aanleiding van het pleidooi van Vermeijden om ook in het huidige recht het ziekenhuis voor onrechtmatige daden van niet-onderge-

schikten kwalitatief aansprakelijk te doen zijn, zou men kunnen wijzen op art. 6.3.10 ontwerp nieuw BW dat als volgt luidt:

1. Indien een onderneming werkzaamheden ter uitoefening van haar bedrijf doet verrichten door een *haar niet-ondergeschikte opdrachtnemer* en deze jegens een derde aansprakelijk is wegens bij die werkzaamheden toegebrachte schade, is ook de onderneming jegens de derde aansprakelijk onverminderd het verhaal tegen de opdrachtnemer;

2. deze aansprakelijkheid vervalt indien bij de keuze van de opdrachtnemer en bij de uitoefening van toezicht, voorzover dit vereist was, de nodige zorgvuldigheid is betracht of indien ook bij de nodige zorgvuldigheid de schade zou zijn toegebracht.

De toelichting (pag. 678) motiveert deze regeling door er op te wijzen dat de onderneming ook in zoverre als een eenheid moet gelden tegenover de benadeelde, dat deze zich met een vordering tot vergoeding van bij bedrijfshandelingen toegebrachte schade steeds tot de onderneming zelf moet kunnen wenden, ook als zou komen vast te staan dat de betreffende handelingen verricht werden door personen, die niet aan de onderneming ondergeschikt waren. „Het is redelijk om het risico, dat de onderneming er niet in zou slagen om het als schadevergoeding betaalde bedrag te verhalen op de opdrachtnemer, als een bedrijfsrisico te zien, zoals het ook een bedrijfsrisico was geweest indien de onderneming haar bedrijf had uitgeoefend met ondergeschikten en deze daarbij aan derden onrechtmatig schade hadden toegebracht. In het algemeen zullen ook de kosten van dit risico via de premies voor een aansprakelijkheidsverzekering worden gespreid over de afnemers van de onderneming”.

Blijkens het tweede lid van het artikel berust de aansprakelijkheid van de onderneming voor niet-ondergeschikten op een door de onderneming geschonden rechtsplicht, namelijk de plicht om bij de keuze van de opdrachtnemer en bij eventueel toezicht de nodige zorgvuldigheid te betrachten. Op de onderneming is echter de bewijslast gelegd te bewijzen dat haar geen verwijt van culpa in eligendo aut custodiendo treft. Opvallend is dat de toelichting uitdrukkelijk stelt dat door deze regeling bovendien wordt bereikt dat degene aan wie onrechtmatig schade wordt toegebracht door of bij bedrijfshandelingen, de onderneming aansprakelijk kan stellen, zonder dat hij behoeft uit te zoeken wie de plegers van de onrechtmatige daad waren en of deze al dan niet ondergeschikten van de onderneming waren. De onderneming die zich van deze aansprakelijkheid wil bevrijden moet bewijzen:

a. dat de daad gepleegd werd door een zelfstandige opdrachtnemer of diens ondergeschikten;

b. dat de onderneming ten aanzien van de keuze van die opdrachtnemer en ten aanzien van even-

tueel toezicht de nodige zorgvuldigheid heeft betracht.

Ik zou er geen enkel bezwaar tegen hebben om in het toekomstig recht ook dit art. 6.3.10 ontwerp nieuw BW toepasselijk te doen zijn op ziekenhuizen omdat dezelfde problematiek ook in deze organisatorische eenheden speelt. Wel blijkt uit het tweede lid van art. 6.3.10 dat ook dan op het ziekenhuis de rechtsplicht rust om bij de keuze van de opdrachtnemers: de overigens zelfstandige specialisten - leden van het team - en bij het mijns inziens vereiste toezicht op hun werkzaamheden, de nodige zorgvuldigheid te betrachten. En dit laatste is juist hetgeen ik in het bovenstaande betoog ook voor het huidige recht heb verdedigd.

Over de vraag tenslotte in hoeverre de benadeelde patiënt de hoofdchirurg van een medisch team kan aanspreken voor de bij een behandeling in teamverband gemaakte beroepsfout, handelt het Nuboe-arrest, dat ik hierboven sub 2 reeds uitvoerig heb weergegeven en becommentarieerd.

*7. De verzekeringsplicht; ook bij all-out of arts-out tarief een directe actie van de benadeelde patiënt tegen het ziekenhuis?*

Een ziekenhuis moet behoorlijk verzekerd zijn tegen de financiële gevolgen van de wettelijke en de contractuele aansprakelijkheid waarmee het kan worden geconfronteerd. (Vgl. laatstelijk: in Het Verzekerings-Archief, 1970, XLVII (1), pag. 1 e.v.: P. M. Witteman over: De verzekering van aansprakelijkheden in en om het ziekenhuis). Met het oog op de belangen van de patiënt dient vooral het ziekenhuis dat all-out of arts-out tarieven in rekening brengt, zorg te dragen dat ook de specialisten-artsen die dan in zelfstandige relatie kunnen treden met de patiënt, behoorlijk tegen de gevolgen van de bedoelde aansprakelijkheden zijn verzekerd. Dit laatste dan het liefst bij dezelfde maatschappij als die waarbij het ziekenhuis zijn verzekering heeft ondergebracht, omdat dan de bedoelde patiënt het meest verzekerd lijkt van een vlotte afwikkeling van de door hem geleden schade op welke aansprakelijkheid hij deze dan ook terugvoert.

De laatste tijd hebben de ziekenhuizen de neiging om de aansprakelijkheden voor alle schadelijke gevolgen van wat zich binnen hun muren afspeelt ineens en zonder meer mee te verzekeren: welke personen er ook bij betrokken zijn en ook al rust de aansprakelijkheid enkel op de zelfstandig praktijkuitoefenende specialist(en). Hoezeer deze ontwikkeling ook in het voordeel is van de benadeelde patiënt, juich ik haar toch niet van ganser harte toe. Het is wat al te eenvoudig om alle aansprakelijkheden maar te verzekeren en de premie door te berekenen aan het patiëntendom, indien men tegelijker-

tijd niet ook de nodige met deze aansprakelijkheden corresponderende verantwoordelijkheden tot zich trekt en op zich neemt. Al te simpel en ook te gemakkelijk voor de zelfstandig praktijk uitoefenende specialist indien deze hierdoor - wanneer de regresmogelijkheden door het ziekenhuis niet ernstig worden genomen en dat is veelal het geval - ten onrechte zou worden bevrijd van zijn plicht zelf op te komen voor eigen aansprakelijkheid voortvloeiend uit het eigen handelen binnen de sfeer van de zelfstandige, onafhankelijke praktijkuitoefening.

Teneinde de moeilijke situatie van de benadeelde patiënt aan wie tijdens het ziekenhuis een all-out of arts-out tarief wordt berekend (vgl. hierboven sub 4) wezenlijk te verbeteren, zou ik wel willen bepleiten dat de wetgever de mogelijkheid creëert van een rechtstreekse actie zijdens de patiënt tegen het ziekenhuis voor het geval duidelijk is dat hij tengevolge van een beroepsfout ergens gepleegd binnen de muren van dit ziekenhuis: al dan niet in teamverband, schade heeft geleden. Voor een dergelijke directe actie biedt het huidige privaatrecht te weinig aanknopingspunten. Daarom moet de wetgever hier ingrijpen, bijv. in het kader van een ziekenhuiswetgeving of van een wetgeving betreffende de medische beroepsuitoefening, in het bijzonder in ziekenhuisverband.

Indien de begane beroepsfout is terug te voeren tot de verantwoordelijkheid van een of meerdere zelfstandig praktijk uitoefenende specialisten, zal het ziekenhuis de in die wetgeving uit te drukken regresmogelijkheden ernstig moeten nemen en moeten benutten. In de regel zal het echter voor het ziekenhuis gemakkelijker zijn de gemaakte fout aantoonbaar terug te voeren tot een of meerderen van de al dan niet in teamverband werkzaam geweest zijnde personen, dan voor de benadeelde patiënt-buitenstaander. Het ziekenhuis zal daarbij zelf de vruchten dragen van een organisatiepatroon waarin de diverse verantwoordelijkheden - mede gelet op de toenemende collectivisering ervan - zo duidelijk mogelijk zijn afgebakend. Dat een dergelijk organisatiepatroon een eis van deze tijd is, werd niet lang geleden nog benadrukt door R. Drion, de Geneeskundige Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid (vgl. het citaat van de hoofdredacteur van Medisch Contact, 25e jaargang, pag. 94).

„Veeleer zie ik het als een taak van het Staatstoezicht nauwlettend er voor te waken, dat overal waar artsen, verplegenden en paramedische of andere beroepsbeoefenaren in samenwerkingsverband werken, de structuur daarvan voldoende doorzichtig blijft en ieder zijn verantwoordelijkheid blijft zien en aanvaardt.”

Door het voorafgaande hoop ik aan de doorzichtigheid van het medisch handelen in teamverband binnen het kader van een ziekenhuisorganisatie, te hebben bijgedragen.



## Brief van medische polemologen aan de minister van Defensie

De Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie wil een nader beraad tussen Defensie en medici over de vragen betreffende de krijgstucht, die de actie van het 103e geneeskundig bataljon in Ermelo heeft opgeroepen. De militairen hadden een verklaring uitgegeven, waarbij zij stelden in geval van oorlog niet zonder meer bevelen te aanvaarden, ook al omdat zij als dienstplichtigen gezien hun leeftijd in het geheel nog geen stem in het staatskapittel hebben.

In antwoord op Kamervragen had minister Den Toom van Defensie naar voren gebracht, het optreden van de Ermelose militairen des te meer moreel laakbaar te achten, aangezien het de taak van deze leden van de krijgsmacht is zieken en gewonden van eigen én vijandelijke strijdkrachten te verzorgen. Getroffen door de uitzonderingspositie waarin de minister van Defensie de geneeskundige troepen wil plaatsen, richtten de medische polemologen zich op 8 mei 1970 met het volgende schrijven tot de bewindsman:

Excellentie,

U heeft in uw antwoord op een vraag van het Tweede Kamerlid voor de K.V.P., de heer J. H. Jansen, over de kwestie betreffende de militairen van het 103e geneeskundige bataljon te Ermelo gezegd, dat u het optreden dezer dienstplichtigen des te meer moreel te laken acht, nu hun taak in oorlogstijd de verzorging van zieken en gewonden van eigen en vijandelijke strijdkrachten betreft.

Het bestuur der Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie vraagt zich naar aanleiding hiervan af, of u als minister van Defensie hiermee degenen, die medisch werk doen in het leger, alleen moreel in een uitzonderingspositie ten aanzien van de krijgstucht wilt plaatsen, of dat uit uw antwoord de gevolgtrekking gemaakt moet worden, dat van deze medisch werkzamen ook in feite een meer onvoorwaardelijke gehoorzaamheid aan de militaire bevelhebbers geëist zal worden.

Mocht dit laatste het geval zijn, dan is dit bestuur van mening dat een spoedig beraad tussen de minister van Defensie en het Hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst over de dan ontstane situatie niet uit zou mogen blijven.

Er zijn immers, ook in de laatste jaren voorbeelden van gewetensconflicten van militaire artsen als gevolg van een botsing tussen hun medisch-ethische en hun militaire verplichtingen. Ons bestuur vreest dat, wanneer de geneeskundig werkza-

men in het leger aan een verzwaarde krijgstucht onderworpen zullen worden, deze conflicten zullen toenemen. Wij vragen ons af, of het niet wenselijk en noodzakelijk is om stappen te ondernemen die de kans op het ontstaan van deze conflicten verkleinen of wegnemen, in plaats van ze te vergroten. De minister van Defensie zou bijvoorbeeld kunnen voorstellen dat artsen, zolang zij in militair verband werkzaam zijn, ontheven worden van hun medische eed of belofte!

Terzijde zou het bestuur tenslotte nog willen opmerken, dat het bij het lezen van het bericht van de minister van Defensie enige moeite had met zich voor ogen te stellen wat bedoeld werd met „de democratische rechtsorde in de Nederlandse strijdkrachten”, die de minister, eventueel door een wetsaanvulling, mede wilde beveiligen tegen ondermijnende acties.

Een afschrift van dit schrijven wordt verstuurd naar het Hoofdbestuur der Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, en naar de redacties van Medisch Contact, het Nederlands Militair-Geneskundig Tijdschrift, het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en het Algemeen Nederlands Persbureau.

Namens het bestuur, met hoogachting,

E. Wennen, arts,  
Hilversumstraat 290, Nieuwendam





# WIJZIGING KRANKZINNIGENWET

Onafhankelijk van de algehele herziening van de sterk verouderde Krankzinnigenwet van 1884, welke herziening reeds geruime tijd in voorbereiding is ten departemente (toekomstige wet betreffende de zorg voor geestelijk gestoorden), is bij de Staten Generaal nog steeds aanhangig een in 1963 ingediend ontwerp tot partiële wijziging en aanvulling van diezelfde wet. Het betrof hier een ontwerp van minister Veldkamp hetwelk aan vrij scherpe kritiek heeft blootgestaan met name ook van de kant van de bijzondere commissie uit de Tweede Kamer medio 1964.

Begin 1968 heeft de regering dit ontwerp opnieuw ter hand genomen en onder bijvoeging van een Memorie van Antwoord, een gewijzigd ontwerp van wet ingediend. Daarna volgde nog een tweede gewijzigd ontwerp van wet en tenslotte werd bij de mondelinge behandeling in de Tweede Kamer medio maart 1970, een aantal amendementen ingediend. Nu op 14 april 1970 het wijzigingsontwerp in de Tweede Kamer de eindstreep heeft gehaald, is het nuttig bij enkele hoofdpunten van deze niet eenvoudige materie stil te blijven staan.

Twee onderwerpen van bijzonder belang waren aan de orde: 1. de machtigingsprocedure bij opname; 2. de inbewaringstelling. Zoals minister Polak het samenvatte, was het doel van het ontwerp dat enerzijds de waarborgen werden versterkt voor de gewone opname, de gedwongen opname dus van een geesteszieke die verpleging in een inrichting behoeft (de zogenaamde machtigingsprocedure), terwijl anderzijds een nieuwe en uitvoerige regeling werd gegeven voor noodsituaties, voor de gevallen dat onmiddellijk moet worden ingegrepen omdat een geesteszieke een direct gevaar voor zichzelf en voor zijn omgeving wordt (inbewaringstelling).

*ad 1.* In de wet regelden de artikelen 12 t/m 26 de plaatsing en het verblijf in een krankzinnigengesticht (N.B.: ondanks erkende bezwaren is de oude terminologie gehandhaafd; de in de aanhef genoemde geheel nieuwe wet zal ook in dit opzicht van meer moderniteit getuigen). Een verklaring dat een dergelijke plaatsing noodzakelijk of wenselijk was kon afkomstig zijn van iedere arts: „van iemand bevoegd om hier te lande de geneeskunst uit te oefenen”, zoals de wet het formuleerde, mits niet aan het betreffende gesticht verbonden.

Wijzigingen zijn nu aangebracht in de art. 16 en 17. De medische verklaring die bij het verzoek of de vordering tot machtiging moet worden overgelegd moet afkomstig zijn van een zenuwarts, die de patiënt niet onder behandeling heeft. Dit was het uitgangspunt van de regering bij de opzet van de nieuwe regeling. Bij amendement van de heer Tilanus, — welke moeilijkheden voorzag vooral in die

delen van ons land waar zenuwartsen dun zijn gezaaid, maar ook in het algemeen wegens de overbelasting van deze specialisten — is deze opzet afgezwakt, doordat is bepaald dat in bijzondere omstandigheden, onder goedkeuring van de inspecteur (voor de geestelijke volksgezondheid), een andere arts die de patiënt niet onder behandeling heeft, deze verklaring kan afgeven. Uit deze verklaring nu moet blijken, dat de persoon wiens plaatsing wordt verzocht of gevorderd, in een toestand van krankzinnigheid verkeert en dat zijn verpleging in een krankzinnigengesticht noodzakelijk of wenselijk is. Alvorens deze verklaring af te geven pleegt de zenuwarts zo mogelijk overleg met de huisarts van de patiënt.

Tot zover, verkort, de nieuwe opzet van art. 16. Er zal dus niet meer kunnen worden volstaan met een verklaring van een niet neurologisch-psychiatrisch gespecialiseerde medicus, behoudens dan onder de bedoelde „bijzondere omstandigheden”. Een belangrijke aanvulling is vervat in art. 17, waar nu onder meer wordt bepaald dat alvorens op het verzoek of de vordering tot opname te beschikken, de rechter verplicht is de persoon wiens plaatsing wordt gevorderd te horen, tenzij naar zijn oordeel uit de overgelegde verklaring van de zenuwarts of uit een op zijn verzoek door de inspecteur (voor de geestelijke volksgezondheid) opgemaakte verklaring blijkt dat de toestand van de patiënt dit zinloos of uit medische overwegingen onverantwoord doet zijn. Ook ten aanzien van bloed- en aanverwanten is een stringenter regeling in de vorm van een verplichting voor de rechter deze mensen waar mogelijke te horen, ingevoerd.

De aandacht voor de machtigingsprocedure besteed was in hoofdzaak gericht op de *verhoging van de rechtsbescherming van de patiënt*.

*ad 2.* Nog sterker dan bij de machtigingsprocedure, speelden overwegingen van rechtsbescherming een rol bij het instituut van de *inbewaringstelling*. Regelde in de tot heden geldende tekst van de wet het artikel 14 deze inbewaringstelling, na de onderhavige wijziging is hieraan een gehele zelfstandige paragraaf gewijd, tellende 9 voor een deel zeer uitvoerige bepalingen (§ 5b; art. 35 b t/m 35 j).

Om enkele punten eruit te grijpen: Vermeldde art. 14 slechts dat „in spoedeisende gevallen door de burgemeester . . . krankzinnigen in bewaring kunnen worden gesteld”, zonder verdere aanduiding waaruit die „spoedeisendheid” dan wel bestaat, formuleert art. 35 b (nieuw) als volgt: „Indien ten aanzien van iemand een ernstig vermoeden bestaat, dat hij tengevolge van krankzinnigheid een zo onmiddellijk dreigend gevaar oplevert voor zichzelf, voor anderen of voor de openbare orde dat een beschikking als

bedoeld in art. 17 niet kan worden afgewacht, is de burgemeester van de gemeente waar hij zich bevindt bevoegd hem in bewaring te stellen, teneinde dat gevaar af te wenden”.

Krachtens art. 35 c dient de burgemeester vooraf van een zenuwarts of, zo dit niet mogelijk is, van een andere arts een verklaring te vragen dat het bedoelde ernstige vermoeden ten aanzien van de patiënt bestaat. De burgemeester richt zich niet tot de behandelend (zenuw)arts of tot de huisarts, tenzij de omstandigheden dit noodzakelijk maken. De arts die de verklaring afgeeft pleegt, zo mogelijk, tevoren overleg met de huisarts. Zo mogelijk moet in deze verklaring tevens worden aangegeven of de toestand van de patiënt het zinloos of onverantwoord doet zijn dat hij wordt gehoord door de rechter die beslist of de inbewaringstelling moet worden voortgezet.

De inbewaring gestelde dient binnen 24 uur na de beslissing daartoe door de zorg van de burgemeester in een gesticht of inrichting te worden opgenomen (art. 35 d). Is een dergelijke opname niet aanstands mogelijk, dan doet de burgemeester, in overleg met de inspecteur, binnen dezelfde termijn de inbewaring gestelde *voorlopig opnemen* in een algemeen ziekenhuis. Is opname, in welke vorm dan ook, binnen 24 uur niet mogelijk, dan moet de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid of degene die hem in het bijzonder hiertoe vervangt, worden ingelicht, hetgeen tevens geschiedt indien een inbewaring gestelde niet binnen 5 dagen uit het algemene ziekenhuis naar een gesticht of inrichting is overgebracht.

Het is, nu wij op dit punt zijn gekomen, nuttig een ogenblik stil te staan bij het debat hetwelk in de Kamer over de moeilijkheden bij de feitelijke inbewaringstelling is gevoerd. Laten wij eerst de heer Tilanus aan het woord:

„Mijn tweede algemene opmerking is, dat wij telkens weer berichten in de publiciteitsmedia krijgen over de grote moeite en soms over de onmogelijkheid om iemand opgenomen te krijgen. Met name speelt dit tijdens de weekends een rol en af en toe ziet men dan dat iemand noodgedwongen in een politiecel in bewaring wordt gesteld. De staatssecretaris heeft aan de besturen van de inrichtingen een brief gezonden om die plaatsing beter te regelen en daarvoor eventueel plaatsen te reserveren. Ik vind dat een loffelijk streven, maar ik ben er een beetje bang voor dat dit niet voldoende helpt, want dan zou men reserve-bedden moeten hebben en lege bedden kosten ook geld. Er zou dus met het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven overlegd moeten worden om die reservebedden bijvoorbeeld op te nemen in de all-in-verpleegprijs. Mijn vraag aan de staatssecretaris is, of hij dit wil regelen.

„In de derde plaats zou ik willen vragen, of de staatssecretaris nog iets anders wil regelen, ook in verband met die moeilijkheid van opname, met name tijdens weekends, namelijk of hij behalve zijn

brief aan de besturen ook contact zou willen opnemen met de sectie directeurs van de psychiatrische ziekeninrichtingen van de Geneeskundige Vereniging en met de sociaal-psychiatrische diensten. Dit zou namelijk ertoe kunnen leiden, rayongewijze afspraken te maken voor weekendreservebedden.

„Ik kan mij eenvoudig niet voorstellen, dat het vastlopen tijdens de weekends alleen veroorzaakt wordt door een tekort aan bedden of door een tekort aan personeel. Er is in de psychiatrie een enorme vernieuwing aan de gang en een groot gedeelte daarvan is al gerealiseerd zowel in behandelingsmethoden als in gebouwen. Misschien zou de staatssecretaris ons enige cijfers kunnen geven over nieuwbouw en uitbreiding en personeelsbestand. Het mag echter gewoon niet voorkomen, dat men stad en land moet afbellen om iemand geplaatst te krijgen. Ik meen, dat er een behoorlijke regeling moet komen met rayongewijze weekendreservebedden, en ik zou graag van de staatssecretaris vernemen, of hij dit ten spoedigste wil bevorderen. Daardoor zou namelijk een heel stuk ongenoegen kunnen worden weggenomen, wat men nu wel eens ten opzichte van de psychiatrische inrichtingen hoort. Het zou bovendien het contact tussen de inrichtingen en de maatschappij enorm bevorderen, want ik geloof, dat wij alleen maar in dat goede tweerichtingenverkeer, in een goede dialoog tussen extra- en intramurale zorg het optimum kunnen bereiken voor onze geestesgestoorde medemens.”

Mevrouw Singer-Dekker voegde er nog dit aan toe:

„De heer Tilanus heeft al gesproken over in bewaring gestelde patiënten die blijkbaar toch nog wel weer op politiebureaus terecht komen. Mijn fractiegenoot Vredeling heeft hierover al eens vragen gesteld, vragen die, naar ik meen, nog niet beantwoord zijn”. Ik sluit mij overigens bij de opmerking van de heer Tilanus aan.

„Wij kennen het euvel van de voorgetekende inbewaringstellingen van de burgemeester die een blanco papier ondertekent zodat, wanneer de patiënt 's nachts opgepakt wordt, dit onmiddellijk kan gebeuren. De commissie heeft niet voor niets vastgehouden aan de goedkeuring van de burgemeester. Dit betekent echter ook dat de voorgetekende inbewaringstellingen weg moeten. Willen de bewindslieden er ten nauwste toezicht op houden dat dit ook niet meer gebeurt? De uiterste nauwkeurigheid is bij deze zaken vereist.”

Nadat ook mevrouw Veder-Smit en de heer Lamberts deze problemen hadden aangeroerd antwoordde staatssecretaris Kruisinga hierop uitvoerig, een uiteenzetting die wij ons veroorloven in extenso weer te geven:

„Bij de behandeling van dit wetsontwerp is een

---

\*) Deze vragen zijn inmiddels wel beantwoord — zie aan het slot van dit artikel.

aantal punten van algemene aard op het terrein van de geestelijke volksgezondheid aan de orde gesteld. Het komt mij voor dat dit zeer terecht is geschied, aangezien de problematiek die hier aan de orde is voor een belangrijk deel op dit ogenblik in grote beweging is. Zij is daarenboven van grote betekenis. Aan de herstructurering op het terrein van de gezondheidszorg hecht ik, zoals de geachte afgevaardigden bekend is, grote waarde, hetgeen ook moge blijken uit de ingediende wet ziekenhuisvoorziening, waarin voorzien is in een centrale planning en een structurering van het totaal van de gezondheidsvoorzieningen in ons land. Ik heb er al uitdrukking aan gegeven dat te zijner tijd niet alleen de intramurale voorzieningen in het kader van deze wet ziekenhuisvoorzieningen zullen moeten worden gestructureerd, maar dat de wet waarschijnlijk zal moeten worden uitgebreid tot een wet op de gezondheidsvoorzieningen. Hierdoor komt een centrale landelijke planning voor het totaal van onze gezondheidsvoorzieningen tot stand. Ik meen dat in dit kader van het totaal van onze gezondheidsvoorzieningen ook de structurering van de geestelijke gezondheidszorg haar plaats zou dienen te vinden. Dit sluit ook aan op de gedachten die zijn uitgesproken door de geachte afgevaardigde de heer Lamberts. Hij wees er nadrukkelijk op — dit geschiedde trouwens ook van de zijde van de geachte afgevaardigde mevrouw Veder-Smit —, dat het onderscheid en de discriminatie tussen de geestelijk gestoorde en de lichamelijk gestoorde moeten verdwijnen. Wij dienen beide typen van gezondheidszorg, zowel in de sector van de somatische zorg als in de sector van de geestelijke gezondheidszorg, onder één noemer te brengen. En onder één noemer in één wettelijke voorziening dient naar mijn opvatting ook de wettelijke structurering tot stand te komen.

„Een van de belangrijke problemen waarmee wij worstelen in de sector van de geestelijke gezondheidszorg is de voldoende aansluiting van de voorzieningen in de extramurale zorg en de voorzieningen in de intramurale zorg. Daaraan zal in de komende jaren veel aandacht moeten worden besteed, waarbij ook een voldoende systeem van financiering van de voorzieningen in de sector van de extramurale zorg tot stand zal moeten komen, al was het alleen maar om ook de voorzieningen in de intramurale zorg zo effectief en efficiënt mogelijk te doen functioneren en een nodeloze belasting van de voorzieningen in de intramurale zorg te voorkomen.

„Wij mogen bij dit alles niet vergeten, dat de kwaliteit van de voorzieningen op het terrein van de gezondheidszorg in het algemeen en zeker in de sector van de geestelijke gezondheidszorg in ons land bij internationale vergelijking bepaald op een zeer hoog niveau staat. Als wij bijvoorbeeld de Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen vergelijken met psychiatrische ziekenhuizen c.q. psychiatrische centra in andere landen, zien wij dat het niveau in ons land gemiddeld zeer hoog is. Dat is een zaak, die mijns inziens in dit kader vanmiddag toch bepaald mag worden genoemd. Trouwens, ook de

extramurale voorzieningen in de sector van de geestelijke gezondheidszorg, hoewel niet functionerend op een wijze zoals ik wel graag zou zien, bevinden zich toch bij vergelijking met andere landen op een zeer hoog niveau.

„De geachte afgevaardigde mevrouw Veder-Smit en de heer Tilanus stelden de vraag of het aantal beschikbare plaatsen in psychiatrische inrichtingen voldoende is en of er voldoende aan wordt gedaan. De huidige situatie wordt gekenmerkt door een bezettingsgraad van 100 procent in de psychiatrische ziekenhuizen. Aanvragen om onmiddellijke opname kunnen mede daardoor niet altijd worden gehonoreerd. Er zijn vrijwel altijd wachtlijsten voor bepaalde typen patiënten. Ik noem met name de voor observatie aangemelde geestelijk gestoorde bejaarden. Ik kom daar zo dadelijk met betrekking tot de op dit ogenblik bestaande bouwactiviteiten op terug.

„In 1968 was het bestand van de patiënten in de psychiatrische ziekenhuizen 26.352. In dat jaar werden 11.800 patiënten opgenomen en 10.000 ontslagen, terwijl er 1.500 overleden. Van de ontslagen patiënten was 42 procent korter dan drie maanden opgenomen geweest en 65 procent korter dan een half jaar. De gunstige ontwikkeling die zich op dit ogenblik in de doorstromingssnelheid van de psychiatrische ziekenhuizen voordoet, brengt helaas nog geen verandering in het reeds jarenlang bestaande gegeven, dat een hoog percentage van de patiënten zeer lange tijd is opgenomen. Het psychiatrisch ziekenhuis vervult ten dele een soort verpleeghuisfunctie. Het komt mij voor, dat voorts een uitbouw van de extramurale voorzieningen noodzakelijk is. Daarenboven ben ik van mening dat er behalve de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen behoefte is aan wat men zou kunnen noemen „semi-murale” zorg. Het type sluisinternaat, zoals er onlangs in Amsterdam één is geopend, hostel, dag- en nachtverblijven zijn voorzieningen die in de toekomst moeten worden gecreëerd. Gebeurt dat, dan bestaat de mogelijkheid dat er nog minder aanbod in de psychiatrische ziekenhuizen komt. Ik durf het niet met zekerheid te zeggen maar het is een mogelijkheid waarvan wij ons bewust dienen te zijn. De psychiatrische ziekenhuizen zullen zich in de toekomst ongetwijfeld meer moeten en ook gaan richten op de revalidatie van een belangrijk percentage van de patiënten die voor langere tijd in deze ziekenhuizen zijn opgenomen. In de intramurale en half way voorzieningen zal als gezegd nog een uitbreiding tot stand moeten komen. Dat zal ook met name het geval moeten zijn in de sector van de psychiatrische ziekenhuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden.

„Onzerzijds is getracht de bouw van adequate voorzieningen zoveel mogelijk te bevorderen! Het resultaat daarvan moge uit de cijfers blijken. In de jaren 1965 en 1966 tezamen is het totale bouwvolume, besteed in de sector van de psychiatrische ziekenhuizen ongeveer 42 mln. geweest, terwijl in de jaren 1967 en 1968 tezamen voor 52 mln. werd ge-

bouwd. De bouwproductie was in 1969 alleen nog veel hoger, namelijk 55 mln.

„In de sector van de verpleegtehuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden hebben wij zeer in het bijzonder de bouw gestimuleerd. In die sector bedroeg de bouwproductie in de jaren 1965 en 1966 tezamen ongeveer 9 mln., terwijl die in de jaren 1967 en 1968 tezamen ongeveer 22 mln. heeft bedragen. De bouwproductie in 1969 was 30 mln. Sinds 1966 hebben we deze bouwactiviteit dus verzesvoudigd. Dit getal acht ik zeer verheugend. Vooral ook wanneer wij ons realiseren dat ook de per 1 januari in uitvoering zijnde werken een heel gunstig beeld laten zien. De bouwproductie bedroeg op 1 januari 1970 61 mln. Dit bedrag is zeer aanzienlijk hoger dan het bedrag dat over de jaren 1965 en 1966 in uitvoering was. In die sector kan van een verveelvoudiging worden gesproken.

„Ook in de sector van de psychiatrische ziekenhuizen is getracht aangepaste voorzieningen zo spoedig mogelijk tot stand te brengen. Op 1 januari 1970 was voor een bedrag van ruim 73 mln. in uitvoering. Ook dit bedrag gaat in zeer belangrijke mate uit boven de bedragen die in eerdere jaren in uitvoering waren. Van onze kant wordt dus getracht de tekorten in de voorzieningen die er in deze sectoren zijn, in een zo snel mogelijk tempo in te lopen. Deze cijfers illustreren naar mijn mening hoe serieus dit op dit ogenblik wordt getracht te realiseren.

„Het bezettingspercentage is in de psychiatrische ziekenhuizen zeer hoog. Het landelijk gemiddelde bedroeg in 1968 100 procent, in 1969 97,9 procent. Er is over het geheel genomen enige — dat vind ik verheugend — teruggang in de bezetting te bespeuren, mede door een verbetering van het opnamebeleid en ook onder invloed van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de uitbreiding en verbetering van de accommodatie voor psychisch zieken. Hoewel dus het vraagstuk van de onderbezetting bij psychiatrische inrichtingen zich niet of nauwelijks voordoet, moet naar mijn mening worden gesteld, dat het in algemene zin redelijk is, dat het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven bij de tariefstelling incalculeert een zekere geringe onderbezetting met het oog op acute gevallen van opname. Ter zake — ik kan de geachte afgevaardigde daarover geruststellen — vindt op dit ogenblik reeds overleg plaats. Hoe groot het aantal bedden dat beschikbaar moet zijn voor de bedoelde gevallen, is niet met enige zekerheid aan te geven. Dit kan ook nauwelijks, omdat het van inrichting tot inrichting verschilt en samenhangt met de bezettingsgraad. Het is daarom niet mogelijk hiervan een totale kostenberekening te maken, maar het moet naar mijn gevoel in de normale tariefstelling worden ingecalculeerd.

„Ik wil wel eens een benaderende kostenberekening geven. Wanneer gemiddeld per inrichting hiervoor één bed nodig zou zijn, zouden de kosten in totaal ongeveer f 700.000 zijn; 50 inrichtingen ongeveer à f 40 per dag maal 365 dagen. Dit is een fractie van het totaal van circa 400 mln., dat aan ver-

pleeggelden in psychiatrische ziekenhuizen wordt besteed. Kwantitatief is het ten aanzien van de totale exploitatiesom dus niet een belangrijk vraagstuk. Ik voel er niet voor hier tot ingewikkelde her- en verrekeringen tussen gemeenten en de psychiatrische ziekenhuizen over te gaan. Ik stel, dat deze mensen primair moeten worden gezien als patiënten, dat primair moet worden gedacht aan het realiseren van een gezondheidsvoorziening en dat dit derhalve normaal ingecalculeerd moet worden in een bezettingspercentage, dat het C.O.Z. voor deze groep van patiënten acceptabel acht.

„Ik geloof, dat men hiervoor niet de kant op moet van een afzonderlijke financieringsregeling. Dat geeft alleen maar nodeloze administratieve rompslomp en het bemoeilijkt de gehele zaak. Ik ben dit ook van oordeel met betrekking tot de kosten van de medische verklaring. De verklaring van de zenuwarts zou naar mijn mening het beste als onderdeel kunnen worden beschouwd van het door hem verrichte onderzoek. Het onderzoek wordt betaald, hetzij als specialistisch consult voor particuliere rekening, hetzij voor ziekenfondsrekening. Als de huisarts de verklaring afgeeft, zal het onderzoek en de verklaring geacht worden deel uit te maken van de door hem voor ziekenfondsrekening te verlenen verstrekkingen. Tot dusverre heeft het voor zover bekend ook geen problemen opgeleverd omdat de psychiatrische inrichtingen bevoegd zijn de door hen noodzakelijk geachte betalingen te doen. Ook in de beschouwing dat het een patiënt is moet dit normaal in het ziekenfondspakket en in de verstrekkingen van de ziektekostenverzekering worden begrepen.

„Mevrouw Veder-Smit en de heren Lamberts en Tilanus hebben gezegd, dat het zeer noodzakelijk is, te komen tot een regeling van moeilijke opnamen van acute gevallen, bijvoorbeeld tijdens weekends. Ik ben dit met hem eens. Uit dien hoofde heb ik mij ook, zoals de heer Tilanus heeft gesteld, gewend tot de besturen van alle psychiatrische ziekenhuizen om tot een sluitende regeling te komen. Ik heb op dit ogenblik van nog slechts een klein deel van de besturen een antwoord ontvangen. Ik ben het met de verschillende geachte afgevaardigden eens, dat deze kwestie niet alleen de besturen doch zeker ook de geneesheren-directeur en de sociaal-psychiatrische diensten raakt en dat wij uiteindelijk moeten komen tot een rayongewijze regeling op dit terrein. Ik ben van plan mij, volkomen overeenkomstig hetgeen van verschillende zijden in de Kamer is gesuggereerd, te wenden tot de sectie geneesheren-directeur van de Vereniging van ziekenhuisdirecteuren en tot de sociaal-psychiatrische diensten. Ik vind dat wij dit jaar moeten komen tot een sluitende rayongewijze regeling op vrijwillige basis. Komt die niet tot stand dan moet op dat stuk met behulp van een verdergaande wetgevende bevoegdheid worden gewerkt. Ik dacht dat daartoe mogelijkheden bestonden. Ik heb bijvoorbeeld gedacht aan de erkenningsregelingen in het kader van de Ziekenfondswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziekte-

kosten. Ik wil trachten, deze zaak op vrijwillige basis van de grond te brengen. Daaraan wordt op dit ogenblik gewerkt. Ik vind het een belangrijke zaak, die binnen afzienbare tijd moet worden gerealiseerd".

De bestudering van de nieuwe wetstekst voortzettend, treffen wij in de art. 35 e t/m h een groot aantal belangrijke formele regelingen aan, waarvoor zowel burgemeester, gestichtsdirecteur of -geneeskundige en openbaar ministerie hebben te voldoen. De bevoegde president van de rechtbank beslist binnen 3 dagen of de inbewaringstelling moet worden voortgezet (art. 35 i). De inbewaringstelling kan ten hoogste drie weken duren na de beslissing van de president en kan, indien inmiddels machtiging tot plaatsing conform art. 12 en 13 is gevraagd, door deze met ten hoogste 3 weken worden verlengd (art. 35 j.).

Wij menen hiermede vooreerst een indruk te hebben gegeven van het belang van het onderwerp dat hier aan de orde is geweest. Wanneer t.z.t., na de behandeling ook in de Eerste Kamer, het geheel als Wet in het Staatsblad zal zijn geplaatst, zal dezerzijds worden gezien of publikatie in extenso in Medisch Contact gewenst is, wellicht met tegenoverstelling van de oude tekst.

Mr. B. Schultz

### Vragen van de heer Vredeling

De vragen van de heer Vredeling, zoals nader hieronder weergegeven, zijn inmiddels op 10 april 1970 door staatssecretaris Kruisinga beantwoord.

1. Is het waar, dat in acute gevallen in Amersfoort krankzinnigen, die moeten worden opgenomen, veelal in een politiecel worden opgesloten?

2. Is het verder waar, dat deze opsluiting wel een dag of vijf kan duren?

3. Komen ten aanzien van demente bejaarden gelijksoortige situaties voor?

4. Is het waar, dat men ook elders in het land met dezelfde problemen kampt?

5. Indien deze toestanden inderdaad voorkomen, welke maatregelen denkt de minister dan te nemen om hieraan onmiddellijk een eind te maken?

#### Antwoord van de staatssecretaris:

1 en 4. In acute gevallen van krankzinnigheid kan inbewaringstelling krachtens artikel 14 van de Krankzinnigenwet noodzakelijk zijn. Deze inbewaringstelling moet bij voorkeur geschieden in een psychiatrisch ziekenhuis. Het kan in uitzonderingsgevallen voorkomen, dat onmiddellijke opname in een dergelijk ziekenhuis niet mogelijk blijkt. Als de betrokken persoon zich thuis bevindt, kan hij als regel door de huisarts in samenwerking met een specialist, met een sociaal-psychiatrische dienst of met de gemeentelijke geneeskundige- en gezondheidsdienst, in afwachting van de opname, voldoende worden behandeld waardoor een noodsituatie als waarop de vragensteller doelt wordt voorkomen.

Wordt een geestelijk gestoorde patiënt buiten zijn woning aangetroffen en vordert het belang van de patiënt en/of zijn omgeving acute isolatie en behandeling, terwijl voorts de patiënt niet onmiddellijk in een psychiatrisch ziekenhuis blijkt te kunnen worden opgenomen en er bovendien geen mogelijkheid is om hem, in afwachting van een opname, tijdelijk thuis te behandelen, dan ontstaat er een noodsituatie. In dergelijke omstandigheden kan de enige uitweg zijn, dat de betrokkene tijdelijk in een bewaarplaats van de politie wordt ondergebracht. Op grond van de hem verstrekte informatie meent ondergetekende te mogen stellen dat deze, ook door hem als hoogst ongewenst beschouwde gang van zaken slechts zelden voorkomt. Een deel van deze gevallen zou overigens te voorkomen zijn, indien de familieleden of de behandelende arts van de betrokkene tijdig een aanvraag tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis zouden hebben gedaan.

2. Dat plaatsing in een politiecel in een incidenteel geval, als onder 1 bedoeld, zelfs een dag of vijf kan duren, is niet uitgesloten; het zal echter tot de allerhoogste uitzonderingen behoren.

3. Er is bij de inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid geen enkel geval bekend van opsluiting wegens krankzinnigheid van demente bejaarden in een politiecel.

5. Op verzoek van ondergetekende heeft het Staatstoezicht op de Volksgezondheid de moeilijkheden, die zich incidenteel voordoen bij de opname van patiënten, die plotseling ernstige geestelijke stoornissen vertonen, in de loop van 1969 onder de aandacht van de Sectie Psychiatrische Instituten van de Nationale Ziekenhuisraad en van de directeurs van de sociaal-psychiatrische diensten gebracht. De genoemde sectie heeft zich onmiddellijk met alle inrichtingen in verbinding gesteld.

Op 2 januari 1970 heeft de ondergetekende zijn bezorgdheid over de moeilijkheden bij opname van patiënten, die plotseling ernstige geestelijke stoornissen vertonen, schriftelijk onder de aandacht gebracht van de besturen van alle psychiatrische inrichtingen in Nederland. Hij heeft daarbij dringend verzocht om op korte termijn in onderling overleg tot een betere regeling van acute opnamen te komen. Op het ogenblik is van een deel van de besturen een antwoord ontvangen.

Aangezien deze zaak echter niet alleen de besturen, doch ook de geneesheren-directeur van de inrichtingen, alsmede de sociaal-psychiatrische diensten raakt, zal de ondergetekende zich bovendien nog wenden tot de sectie geneesheren-directeur van de Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren en tot de sociaal-psychiatrische diensten. Langs deze weg zal worden getracht te komen tot een sluitende rayongewijze regeling op vrijwillige basis. Indien dit laatste niet in de loop van dit jaar mogelijk blijkt zal de ondergetekende bevorderen dat een regeling tot stand komt met gebruikmaking van wettelijke bepalingen.

**Uitslagen verkiezingen districtsraden**

Op grond van het bepaalde in artikel 607 lid 3 HR, volgt hier de samenstelling van de districtsraad voor de districten XV en XVI. De publicatie vindt nu nog plaats in alfabetische volgorde. Wanneer alle 20 districtsraden zullen zijn verkozen en zij tevens elk hun bureau (bestaande uit voorzitter, plv. voorzitter(s) en secretaris) hebben samengesteld, zal een overzichtspubliecatie plaatsvinden.

Tot lid van de districtsraad voor district XV zijn gekozen:

J. J. Bakker - Apeldoorn;  
W. Beukema - Lochem;  
B. L. Brongers - Winterswijk;  
H. Burger - Winterswijk;  
D. van Heuven - Voorst;  
Ph. P. van der Heyden - Zutphen;  
L. van Meenen - Apeldoorn;  
Mevr. W. J. Moermans-Sanders - Apeldoorn;  
Dr. C. H. Simons - Apeldoorn;  
R. A. Soesters - Hoenderloo.

Leden van districtsraad XVI zullen zijn:

Dr. J. H. van Bolhuis - Olst;  
M. C. de Bruyn - Elburg;  
Th. J. Folgering - Deventer;  
Dr. A. Fossen - Zwolle;  
A. Groenewoud - Emmeloord;  
A. K. Iwema - Ens;  
R. J. Nijboer - Hattem;  
K. te Velde - Deventer  
vacature

**Zeventiende lijst van apotheekrijpe gebieden**

Bij beschikking van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid is met ingang van 1 mei 1970 als apotheekrijp gebied, bedoeld in artikel 7, eerste lid, van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, aangewezen:

1. de gemeente Berkel en Rodenrijs;
2. het gedeelte van de gemeente Epe, dat gelegen is ten zuiden van een op de topografische kaart van Nederland, schaal 1 : 50.000, blad 27 west, getrokken denkbeeldige lijn, overeenkomend met de coördinaat 480.

C. van der Marel, arts,  
voorzitter Apotheekcommissie L.H.V.

**Maatschappij-agenda 1970**

12 juni	— Ledenvergadering L.H.V.
12 september	— Alg. Vergadering Maatschappij
24 september	— Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters
2 en 3 oktober	— Ledencongres Maatschappij
24 oktober	— Ledenvergadering L.S.V.
13 november	— Ledenvergadering L.H.V.
14 november	— N.H.G.-congres
21 november	— Ledenvergadering L.A.D.
19 december	— Alg. Vergadering Maatschappij

**Kort verslag**

*Kort verslag van de vergadering van het Centraal Bestuur der Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband, gehouden op vrijdag 6 maart 1970 in het gebouw van de Maatschappij, Lomanlaan 103 te Utrecht.*

*Aanwezig:* H. Voorzanger, voorzitter; W. C. de Boer, ondervoorzitter; J. H. van Dalen, penningmeester; J. J. R. Buirma; Dr. B. van Dijk; Dr. C. K. Kaaijk, secretaris; J. J. H. Lammerts van Bueren; E. van Leer; E. van Luyt; Dr. F. A. Nelemans; Prof. Dr. W. Storm van Leeuwen; K. Visser; E. van de Weg; Dr. S. G. van der Meulen, medisch adviseur; Mr. J. J. Witteveen, directeur bureau; alsmede de adviserende leden Dr. J. A. Dallmeijer namens H.B., Th. N. J. Weterman namens L.H.V. en J. C. Mann namens L.S.V.

*Afwezig m.k.:* de vertegenwoordiger van de A.N.V.S.G. Prof. Dr. L. Burema en diens plaatsvervanger Dr. C. F. Brenkman, Mr. J. C. Weisz, juridisch adviseur.

Naar aanleiding van een schrijven aan het Hoofdbestuur van enkele consultatie-bureau-artsen voor de t.b.c.-bestrijding komt de onbevredigende pensioenvoorziening van medici, werkzaam bij door de overheid gesubsidieerde instellingen aan de orde. Er zal een gesprek ten departemente plaats vinden, waaraan van de zijde van de L.A.D. de voorzitter en de onder-voorzitter van het Centraal Bestuur zullen deelnemen, terwijl mejuffrouw Mr. Evers, directeur van het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen bereid is gevonden eveneens aan genoemd gesprek deel te nemen.

Het rapport van de salaris- en pensioencommissie wordt vervolgens in aanwezigheid van de leden van deze commissie behandeld en aangenomen. Men komt voor 1970 tot een verhoging van 6½% ten opzichte van de bedragen in de voor 1969 vastgestelde richtlijnen. De Y-factor wordt gebracht op f 1.900,—. Het Centraal Bestuur benoemt E. van Luyt tot voorzitter van de salaris- en pensioencommissie.

W. C. de Boer, K. Visser en E. van Leer stellen zich herkiesbaar voor een volgende zittingsperiode in het Centraal Bestuur.

De voorzitter doet mededeling van het feit, dat hij tijdens de eerstvolgende ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde de problematiek van de aansluiting bij de centrales zal toelichten.

Vervolgens wordt gememoreerd, dat mejuffrouw Mr. Evers voor het college van gedelegeerden een duidelijke uiteenzetting over het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen heeft gegeven. In C.H.A.-verband zal worden gestreefd naar inspraak van de L.A.D. in dit pensioenfonds, waarin vele leden der vereniging dienen deel te nemen.

Het Centraal Bestuur houdt zich vervolgens bezig met de op te stellen reactie aan de voorzitter van de Commissie Honorering Wetenschappelijk Corps Medische Faculteiten, ook wel de Commissie Smallenbroek genoemd, naar aanleiding van het door deze commissie gepubliceerde interim-rapport. Er wordt besloten dat vier leden van het C.B. zich zullen bezighouden met de uiteindelijke redactie, waarbij dezen zich zullen richten naar de uitvoerige discussie in casu.

De voorzitter sluit te 22.15 uur de vergadering.

De volgende vergadering zal plaatsvinden op vrijdag 1 mei 1970.

## MC | VAN DE S.R.C.

### Nieuwe inschrijvingen

De *Specialisten Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* heeft in de periode van 1 januari 1970 tot en met 31 maart 1970 de navolgende specialisten ingeschreven:

#### Anaesthesie

T. A. W. Bakx, Theemdsdreef 404, Utrecht,  
per 15 december 1969.

K. Doubek, Oude Molenweg 247, Nijmegen,  
per 1 januari 1970.

O. Karagözoglu, Livingstonelaan 1136, Utrecht,  
per 29 januari 1970.

O. Schepers, Pauluslaan 1, Nijmegen,  
per 1 december 1969.

Mevr. B. Schepers-Nygaard, Helperzoom 143,  
Groningen, per 1 februari 1970.

B. van de Schoot, Prof. Dumontstraat 1, Heerlen,  
per 1 maart 1970.

H. M. P. D. F. Sluijters, Renesselaan 45, De Meern,  
per 15 september 1969.

Mej. T. J. Veldman, Friesestraatweg 266, Groningen,  
per 15 januari 1970.

#### Cardiologie

S. A. G. J. Witteveen, Schepenstraat 5, Leiderdorp,  
per 1 september 1969.

#### Chirurgie

A. M. ter Haar, c/o Dr. G. M. Williams M.D., The John Hopkins Hospital, Baltimore, Maryland, U.S.A.,  
per 1 januari 1970.

W. M. A. A. van der Heyden, Randwijksingel 55, Malden,  
per 1 januari 1970.

M. L. H. Hintzen, Vrijzicht 129, Torenwijck II,  
Amsterdam, per 1 januari 1970.

R. J. G. Ponsen, Boterdiep W.Z. 57, Zuidwolde,  
per 1 januari 1970.

L. J. M. Vos, Thorbeckelaan 6, Groningen,  
per 6 januari 1970.

J. M. Wakelkamp, Tolsteegsingel 46, Utrecht,  
per 1 maart 1970.

#### Dermatologie

P. S. Manusov, Overtoom 543 B, Amsterdam,  
per 1 januari 1970.

#### Inwendige geneeskunde

A. A. J. Adriaansen, Symfoniestraat 65, Nijmegen,  
per 25 januari 1970.

L. A. van Es, Lijtweg 1005, Oegstgeest,  
per 19 januari 1970.

J. H. van Lijf, Lasondersingel 86, Enschede,  
per 26 november 1969.

A. A. H. Meurs, Smetanalaan 14, Rotterdam,  
per 1 januari 1970.

E. H. Nauta, P. Molijnlaan 8, Oegstgeest,  
per 1 januari 1970.

C. L. van Schaik, Jan Bulthuisstraat 2,  
Ouderkerk a/d Amstel, per 1 januari 1970.

A. E. G. Tjon-A-Tsien, Wolphaertsbocht 161 C,  
Rotterdam, per 1 januari 1970.

J. H. Wolterbeek, Van Swietenstraat 43, Leiden,  
per 17 januari 1970.

#### Keel-, neus- en oorheelkunde

H. van Aarem, Pr. Willem-Alexandersingel 117,  
Den Helder, per 1 februari 1970.

H. C. Blisschop, Pr. Ireneplantsoen 22,  
Ouderkerk a/d Amstel, per 1 februari 1970.

M. A. Kolster, Drostdpad 20, Nijmegen,  
per 1 februari 1970.

E. H. Linscheer, Vondelstraat 19 III, Amsterdam,  
per 1 januari 1970.

J. W. Visser, Leeuwerikstraat 14, Leiden,  
per 1 oktober 1969.

#### Kindergeneeskunde

B. J. Agoston, Boordseweg 67, Nuenen,  
per 1 januari 1970.

Mej. B. M. Knape, Kluizeweg 218, Arnhem,  
per 1 januari 1970.

R. Ch. Senders, Livingstonelaan 1044, Utrecht,  
per 1 september 1969.

F. A. M. Verspreet, Blommerslaan 1, Heeze,  
per 1 december 1969.

#### *Laboratoriumonderzoek*

A. K. Vos, Cornelis Pronkstraat 18, Bergen op Zoom,  
per 1 januari 1970. Hoofdvak: Pathologische-Anatomie.

#### *Longziekten en tuberculose*

C. Franken, Frans Halslaan 79, Oegstgeest,  
per 1 mei 1969.

#### *Oogheelkunde*

E. L. F. Falger, Hakschaer 35, Putten,  
per 15 februari 1970.

I. Gadroen, Elpermeer 230, Amsterdam,  
per 1 januari 1970.

G. de Kogel, Meander 275, Amstelveen,  
per 15 november 1969.

#### *Orthopaëdie*

A. Axler, Jan van Scorelstraat 52 bis, Utrecht,  
per 19 januari 1970.

H. M. F. J. van Beek, Burg. Donnersstraat 27a,  
Munstergeleen, per 1 januari 1970.

J. M. R. Schuermans, Hoefbladlaan 45, 's-Gravenhage,  
per 1 oktober 1969.

#### *Radiologie*

J. M. H. Blom, Hoofdstraat 230, Driebergen,  
per 1 november 1969.

#### *Verloskunde en gynaecologie*

Mej. F. J. van der Beek, Zoeterwoudsesingel 39,  
Leiden, per 1 februari 1970.

R. H. de Bruijkere, Peter Schunckstraat 598, Heerlen,  
per 1 januari 1970.

J. Elshove, Strauslaan 19, Groningen,  
per 1 februari 1970.

Dr. S. G. F. Henssen, Oosterweg 73, Wychen,  
per 1 januari 1970.

#### *Zenuw- en zielsziekten*

A. R. Frijling, Baden Powellweg 139, Amsterdam,  
per 1 december 1969.

C. L. Georganas, De Lairessestraat 97, Amsterdam,  
per 29 januari 1970.

G. A. S. Koster van Groos, Diepenbrocklaan 7,  
Rosmalen, per 1 januari 1968.

C. G. Staas, Van Boshuizenstraat 341, Amsterdam,  
per 1 december 1969.

K. R. Timmerman, Laan van Bork 286, Emmen,  
per 1 oktober 1969.

J. F. Tonino, Banstraat 30, Amsterdam,  
per 1 januari 1970.

#### *Aantekening electroëncephalografie*

C. L. Georganas, De Lairessestraat 97, Amsterdam,  
per 29 januari 1970.

J. C. Kense, Westdorplaan 78, Raalte,  
per 1 oktober 1969.

C. G. Staas, Van Boshuizenstraat 341, Amsterdam,  
per 1 december 1969.

H. Verploegh, Patijnweg 40, Goes,  
per 1 december 1969.

**MC**

**VAN DE S.G.R.C.**

### **Nieuwe inschrijvingen**

De Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft de volgende artsen ingeschreven in het register van erkende sociaal-geneeskundigen.

#### *Tak Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde*

D. Roodenburg Vermaat te Leiden, per 1 oktober 1969.

Mej. C. van Veelen te Eindhoven, per 1 december 1969.

J. Lagerweij te Utrecht, per 10 december 1969.

A. Bakkes te Harfsen, per 17 december 1969.

P. M. Wijkmans te Bloemendaal, per 1 januari 1970.

C. L. A. M. Houben te Breda, per 1 februari 1970.

C. J. Bense te Venlo, per 15 februari 1970.

I. D. Guicherit te Paramaribo, per 16 februari 1970.

#### *Tak Verzekeringsgeneeskunde*

J. Kooy te Hengelo (O), per 1 januari 1969.

#### *Tak Algemene Gezondheidszorg*

A. Kranenburg te Ede, per 15 januari 1970.

**MC**

**VAN DE STICHTING PENSIOENFONDS  
MEDISCHE SPECIALISTEN**

### **Kort verslag**

*Kort verslag van de 25e en 26e bestuurs-  
vergadering van de Stichting Pensioen-  
fonds Medische Specialisten d.d. 22  
januari 1970 en 19 februari 1970 in het ge-  
bouw der Maatschappij te Utrecht.*

Uit de discussie naar aanleiding van een nota over een in te stellen beleggingsadviesraad komt naar voren dat het juist is te spreken over een financieel-economische raad. Een gecoördineerd beleid met de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen wordt noodzakelijk geacht.

Besloten wordt de uitkeringen aan nabestaanden van in 1968 en 1969 overleden specialisten te brengen op het peil der uitkeringen van 1970. Dit besluit geldt voor het jaar 1970 en kan nadien worden herzien.

Er wordt ruime aandacht geschonken aan het agendapunt betreffende beleggingen.

**MC**

**UIT DE AFDELINGEN**

#### *Rotterdam en Omstreken*

### **Mededeling wachtkamerkaart**

Het bestuur van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging Rotterdam deelt mede dat, gezien de grote belangstelling, die alom in den lande blijkt te bestaan voor de in het kader van de actie tijdbesparing ontworpen wachtkamerkaart (tekst M.C. nr. 9 van 27 februari 1970, bladzijde 200), is besloten tot 10 juni 1970 de mogelijkheid tot bestelling van deze kaarten open te houden. De kosten bedragen f 7,50 per stuk. Opgaven kunnen gedaan worden aan het secretariaat der P.H.V., Artsencentrum, Matheneserlaan 333, Rotterdam, tel. 010-236625, toestel 7.



*Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft.*

#### OUDEDAGSVORZIENING MEDISCHE SPECIALISTEN

Naar aanleiding van de mededeling in het jaarverslag van de secretaris der L.S.V. over het jaar 1969 betreffende de oudedagsvoorziening, Med. Contact nr. 13 d.d. 27-3-70, zou ik het volgende graag onder de aandacht der collegae specialisten brengen:

Het is mij opgevallen dat er van de zijde van de Collegae Specialisten geen commentaar gekomen is op de voorstellen zoals die zijn neergelegd in de brochure „Op weg naar een oudedagsvoorziening voor specialisten”. Realiseren de collegae zich wel dat achter een mooi opgezette façade verborgen wordt gehouden dat er maar één is, die profiteert van onze verplichte pensioenpremies t.w. de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten respectievelijk de verzekeringsmaatschappij, bij wie voornoemde stichting onze pensioenen zal verzekeren.

De volgende berekening zal het u duidelijk maken:

Er werd uitgegaan van een jaarlijkse premie van f 8.000,—. Aangenomen dat een specialist op zijn 30e jaar toetreedt tot het pensioenfonds en dat hij de 65-jarige leeftijd haalt, betaalt hij dus gedurende 35 jaar f 8.000,— per jaar = 280.000 gulden. In die 35 jaar heeft het Pensioenfonds, bij een netto rendement van 4% per jaar hieruit een vermogen gekweekt van f 589.214,08. Aan pensioen ontvangt de specialist f 14.000,00 per jaar.

U mag opmerken, dat bij eerder overlijden zijn weduwe 70% ontvangt = f 9.800,— en dat het pensioen welvaartsvast is en dat er vrijstelling van premie volgt bij algehele blijvende invaliditeit.

Wanneer bovengenoemde specialist op zijn 30e jaar een gecombineerde verzekering sluit, dan is de verhouding risico premie tot spaarpremie ongeveer 1 : 2. Dit betekent, dat van het bedrag ad f 589.214,08 1/3 deel = f 196.405,— in de risicopot moet, zodat dus een werkelijk gespaard kapitaal overblijft ad f 392.809,—. Wanneer de specialist eerder komt te overlijden moeten zijn nabestaanden dat bedrag meteen in handen krijgen. Gaat zijn weduwe dit zelf beleggen dan maakt zij zeker 5% rente = f 19.640,45. Van

ons pensioenfonds krijgt zij slechts: f 9.800,—.

Daarnaast blijft zij eigenaresse van het kapitaal ad f 392.809,—. Bereikt de specialist zelf de pensioengerechtigde leeftijd, dan ontvangt hij bij eigen belegging à 5% f 19.640,45, terwijl hij zijn kapitaal behoudt. Wanneer hij besluit jaarlijks 20.000,— gld. van zijn kapitaal in te teren komt hij aan een gemiddeld jaarinkomen van 30.500,— gulden, dus f 16.500,— meer dan het pensioenfonds hem biedt.

Wat de waardevastheid betreft: Het pensioenfonds gaat uit van een trendmatige stijging van de premie. Hierboven is gerekend met een premie van f 8.000,—; inmiddels is dat al f 9.000,— per jaar geworden. Het is toch bekend, dat er momenteel verzekeringen kunnen worden afgesloten, die men om de drie jaar met 10% van het verzekerde bedrag kan verhogen. Dit geeft dus een behoorlijke mogelijkheid tot het welvaartsvast maken van de verzekerde bedragen.

Alles bij elkaar genomen kom ik tot de conclusie, dat het Pensioenfonds Medische Specialisten slechts een adviserend en controlerend instituut behoort te zijn, dat er toezicht op houdt dat de specialisten behoorlijke voorzieningen treffen voor hun oudedag respectievelijk hun weduwen en wezen.

Mijns inziens dient het zo te worden dat iedere Nederlander het recht krijgt om 24% van zijn belastbaar inkomen belastingvrij te reserveren voor zijn oudedagsvoorziening, respectievelijk voorziening voor zijn weduwe respectievelijk wezen. Dat is namelijk ook het geval bij de ambtenaren. De ambtenaar betaalt 10% van zijn salaris aan pensioenpremie en zijn werkgever legt er nog eens 14% bij. De op deze wijze gereserveerde bedragen dienen eigendom te blijven van degene, die ze hebben geïnvesteerd en niet toe te vallen aan een pensioenfonds respectievelijk verzekeringsmaatschappij.

U dankend voor de plaatsing van het bovenstaande in Medisch Contact.

Haarlem, 5 april 1970

P. v. d. Rijt, zenuwarts

#### Naschrift:

Van de zijde der L.S.V. werd op bovenstaand schrijven het volgende commentaar gegeven:

1.a. De gedachte „dat iedere Nederlander het recht krijgt om 24% van zijn belastbaar inkomen belastingvrij te reserveren voor zijn oudedagsvoorzie-

ning, respectievelijk voorziening voor zijn weduwe respectievelijk wezen” is een heel mooie wens, die echter gedaan is een wensdroom te blijven. Verwezenlijking van deze gedachte zou immers volledig indruisen tegen een sinds jaar en dag bewust gevoerde fiscale politiek.

b. Daar komt nog bij dat de vergelijking met de rijksambtenaar in de zin zoals Dr. v. d. Rijt de oudedagsvoorziening ziet, niet opgaat. Bij de rijksambtenaar gaat het immers wel degelijk om periodieke pensioenuitkeringen en is er geen sprake van dat de in het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds middels de door hemzelf en zijn werkgever gestorte premies geïnvesteerde bedragen zijn eigendom blijven (en daarmee op zijn rechtverkrigenden over gaan).

2. Voor wat de in de brochure „Op weg naar een oudedagsvoorziening voor medische specialisten” neergelegde voorstellen betreft, kan het volgende worden opgemerkt:

a. De voorstellen gaan er van uit, dat de voor de collectieve basisvoorziening op te brengen premie, evenals dat bij onder de Bedrijfspensioenfondsenwet vallende pensioenregelingen het geval is, fiscaal aftrekbaar is. Gezien de duidelijke parallel die er tussen een bedrijfspensioenfonds en een beroepspensioenfonds ligt, lijkt dit geen wensdroom te hoeven blijven (Men zie in dit verband ook de blijkens M.C. 1970/14 pag. 323 e.v. in de Tweede Kamer op dit punt door vrijwel alle leden van de Bijzondere Tweede Kamercommissie gemaakte opmerkingen).

b. De premie van f 9.000 kan grosso modo in twee gedeelten worden gesplitst, die dan op hun beurt weer in twee gedeelten uiteenvallen. De helft van de premie (f 4.500 dus) is nodig om het basispensioen van  $30 \times f 432 = f 12.960$  zeker te stellen. 1/3 van deze f 4.500 (f 1.500 dus) dient daarbij ter dekking van het overlijdensrisico zowel vóór als na pensioeningang. Deze gedeelten gaan naar de verzekeraars.

De andere helft van de premie (f 4.500 dus) dient om de op grond van de eerste helft van de premie jaarlijks op te bouwen aanspraken bij uitkering (en ook daarna) dezelfde koopkracht te laten behouden als zij op het moment van de premiebetaling hadden. 1/3 ook van dit gedeelte dient weer ter dekking van het overlijdensrisico zowel vóór als na pensioeningang. Deze gedeelten van de premie gaan naar het eigen pensioenfonds.

c. Kan ten aanzien van het eerste gedeelte der premie (als boven omschreven op grond van het collectief met verzekeraars te sluiten contract, reeds gesteld worden dat iets bereikt wordt dat de huidige individuele mogelijkheden duidelijk te boven gaat.

Dit geldt wel heel in het bijzonder voor het tweede gedeelte dat bij het eigen pensioenfonds wordt ondergebracht. Een pensioenfonds dat — zoals in het verleden reeds bij herhaling is betoogd — ten aanzien van deze coming-service als leit-motiv heeft dat ieder de tegenwaarde van zijn eigen inbreng dient te ontvangen. Een eventueel extra rendement zal met andere woorden steeds volledig aan de deelnemers ten goede komen.

#### VERZEKERINGSGENEESKUNDE

Met instemming las ik in de rubriek „Brieven aan de Redactie” van Medisch Contact 1970/17 een stukje onder bovenaangehaalde titel van de hand van collega Halbertsma. Deze instemming is gelegen in het feit dat het stuk getuigt van belangstelling van de verzuimproblematiek. Collega Halbertsma legt de vinger op een wonde plek wanneer wordt geconstateerd, dat vele patiënten wachten met werkhervatting tot het moment dat de verzekeringsgeneeskundige dit komt toestaan. In wezen is het advies tot werkhervatting een onderdeel van de therapie, zodat er iets mis is met het verantwoordelijkheidsgevoel van de patiënt wanneer hij ondanks een duidelijk advies van de bg in die richting het werk toch niet hervat.

De verzekeringsgeneeskundige heeft geen krachten opgeroepen die zich tegen hemzelf hebben gekeerd, maar de behandelende artsen hebben in het begin van deze eeuw de scheiding van behandeling en controle ingevoerd. Dit heeft het noodlottige gevolg gehad, dat de mening is ontstaan, dat behandelend arts en patiënt zelf geen verantwoordelijkheid ten aanzien van de werkhervatting zouden hebben.

Het is merkwaardig te zien hoe artsen adviezen geven over werkstaking, over bedrust en mobilisatie, over het zich al of niet buitenshuis mogen bewegen, over diëten, maar dat het advies tot werkhervatting veelal aan de vg wordt overgelaten. Zodoende hoort het zich verbazen over een aantal dingen ook tot het dagelijks werk van de verzekeringsgeneeskundige. In hoeverre dit een aangename gelegenheid is zoals collega Halbertsma deze ondervindt wil ik in het midden laten. Ik geloof niet dat het onmogelijk zal zijn de „verzekeringscultuur” om te buigen

als de artsen maar beseffen dat behandelend arts, bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige een „gemeenschappelijke” taak ten aanzien van het verzuim hebben. Dit moet aanstaande artsen echter aan de universiteit worden geleerd.

Hoewel het juist is, dat er een tekort aan verzekeringsgeneeskundigen bestaat, moet daaraan toch niet een al te grote betekenis voor het verzuim worden toegekend. Met name het kortdurend verzuim is niet door „medische controle” in te perken; hier komen heel andere factoren als verzuimbehoefte, verantwoordelijkheidsgevoel en personeelsbeleid aan te pas. Bij de langerdurende gevallen kan het uiteraard voorkomen, dat de vaststelling van het tijdstip van arbeidsgeschiedheid wordt vertraagd ten gevolge van overbelasting van de verzekeringsgeneeskundigen (en van behandelende artsen).

De staatssecretaris had misschien aan zijn betoog kunnen toevoegen: „De universitaire opleidingen zijn te kort geschoten wanneer het gaat om onderwijs te geven in de medische aspecten van de sociale verzekering. Maar in het nieuwe curriculum zal dit worden hersteld”. Overigens blijkt uit de zin welke volgt op de door collega Halbertsma aangehaalde, dat SVR, Bedrijfsverenigingen en Maatschappij binnenkort om de tafel gaan zitten om de problemen rond het ziekteverzuim te bestuderen.

Oegstgeest, 27 april 1970

Dr. H. Doelman

#### Literatuur

Dr. H. Doeleman: *Het nieuwe controle-systeem van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor*. Medisch Contact 23 (1967) 535 e.v.;

Dr. H. Doeleman: *De gemeenschappelijke taak van behandelend arts, bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige ten aanzien van het verzuim*. Voordracht gehouden tijdens de Sociaal Geneeskundige Studiedagen te Lunteren mei 1969. Medisch Contact 24 (1969) 586 e.v.

*Rapport van de Commissie Scheiding van Behandeling en Controle*. Medisch Contact 24 (1969) 1217 e.v.

#### DE MAATSCHAPPIJ EN DE ETHIEK

Op de 155e jaarvergadering van de Maatschappij deelde de Voorzitter mee, dat de Commissie Medische Ethiek etc. is opgeheven. Daarvoor in de plaats is door het hoofdbestuur een werkgroep gevormd en in de samenstelling van deze werkgroep is het accent gelegd op de *confessionaliteit* (zie M.C. nr. 17 1970, blz. 416). Het hoofdbestuur meent hiermee genoeg-

zaam de door haar voorgestane pluriformiteit en multidisciplinaire benadering vooralsnog te bevorderen.

Op dezelfde jaarvergadering kregen de aanwezigen een proeve te horen van ethische redenering door Dr. Sporken. Deze ging uit van de traditionele personalistische anthropologie met het ideaal van de zogenaamde optimale ontplooiing van de individuele mens tot in zijn sterven toe. Aangetekend kan worden, dat de voorzitter de vrijheid van de patiënt-arts-relatie beperkt acht tot het goed functioneren, de verdere ontwikkeling en het voorbehoud van de samenleving. In hoeverre dit met optimale ontplooiing van het individu samen kan gaan is voorspands niet te beoordelen. Dr. Sporken poneert een intrinsieke waarde van de mens en hij bindt de arts op het hart om toch vooral zijn patiënten ook in hun sterven te begeleiden. Het begrip authenticiteit van een mensheid speelt bij deze ideologie een grote rol. Jammer genoeg ontbreekt elk criterium voor deze authenticiteit. Wel kunnen we pragmatisch hier trachten te operationaliseren naar: a) echtheid en eerlijkheid van gevoel van de patiënt; b) idem van de arts; c) wijze van hantieren van de relatie met de patiënt door de arts, inclusief overdrachts- en contra-overdrachtshanteren. Maar dat is al een moeilijke opgave bij minder intensieve psychotherapieën voor gespecialiseerden. Begrijpelijk is dan ook de reactie van de collega, die wat aangeschoten bij zijn doodzieke patiënt kwam en constateerde: „Ik geloof dat het mis gaat; ik blijf er wel bij. Geef hem een borrel en geef mij er ook een”. Dit is een niet onechte, niet melodramatische stervenshulp in elk geval. Ondanks ons streven naar echtheid en naar optimale ontplooiing moeten we de stervende echter veelal de illusies laten, waar hij aan vasthoudt: dat hij een goed mens was, dat hij geliefd was, dat hij na zijn dood persoonlijk voortbestaat, dat zijn lijden een zin heeft (zoals zijn leven zin had), dat hij recht heeft op stervensbegeleiding en op belangstelling en soms ook, dat hij niet eens dood gaat. Dat is akkoord. Het recht op optimale ontplooiing steunt in ieder geval op het toekennen van enige waarde aan de medemens.

Men kan dit metafysisch funderen als onvervreemdbaar recht of eigenschap van de mens, of men kan hier weer pragmatisch te werk gaan: in het laatste geval gaan we uit van de waarde, die de helper zichzelf toekent en — zich identificerende met de ander (i.c. de stervende) — ook aan de laatste. Soms zal dat lukken en soms

niet. Maar hoe staat het met de intrinsieke waarde van de mensen? Waarde is een uiting van waardering, affectief, intellectueel, esthetisch, utilistisch of een combinatie daarvan. Volgens de economische wetten verliest nu een artikel zijn waarde naarmate er meer van wordt geproduceerd, de bruikbaarheid vermindert, de onderhoudszorg toeneemt en de vervangbaarheid groeit. Diverse sociale, demografische, technologische en economische processen bevorderen de visie van de waardeloosheid van de (mede)mens.

Het valt buiten het bestek van dit artikel om van deze processen een nadere analyse te geven. Wij concentreren ons op existentialistische wijze met Dr. Sporken op stervenshulp, terwijl we weten, dat steeds meer mensen daar niet aan toe komen: van allen die omkomen bij oorlogen, in gevangenissen, concentratiekampen, bij revoltes of revoluties, of gewoon in armoede en eenzaamheid, zullen maar een klein deel stervenshulp kunnen krijgen. Steeds meer vermeldt de dagbladders het woord Derde Wereld en zelfs wij weten het al: het betekent onder meer honger en oversterfte. De keuze van het onderwerp stervenshulp is wellicht symptomatisch voor de situatie van de medische moraal. Het zou een aanpassingsreactie kunnen zijn op de dehumaniserings-tendens in de moderne wereld. Ook het opheffen van de Commissie Medische Ethiek lijkt een riskante stap. Het betekent een relativisering van de inhoud van het Blauwe Boekje, zonder vervangende code. Bovendien geeft de voorzitter een onderschikking van de patiënt-arts-relatie aan het kader van de beperkingen, die nodig zijn om het goed functioneren der verdere ontwikkeling en het voortbehoud van de samenleving veilig te stellen. Wordt dan nog multidisciplinaire benadering aanbevolen, dan lijkt de weg geopend voor een officiële inspraak voor overheid, bedrijfsleven, defensie, vakbonden etc. op het terrein van de medische moraal en ethiek. Daarbij blijft vooralsnog onzeker of deze multidisciplinairiteit tot handhaving van een primair humanitaire medische moraal kan en zal bijdragen. Dit klemmt te meer, waar de voorzitter als fundament van de ethiek der medici „onbaatzuchtigheid”, „deskundig zoeken naar de oplossing waarmee het wezenlijk belang van de patiënt als individu of als groep wordt gediend” en „zorgvuldigheid” aangeeft. Wat dient dan wel de attitude van de medicus te zijn, wanneer naar zijn mening wezenlijke belangen van individu of groep in strijd komen met de gepo-

neerde belangen van de samenleving? We kunnen het zeer eens zijn met de voorzitter als hij stelt, „dat de bestudering van ethische aspecten van geneeskundige onderwerpen thans meer wordt bevorderd door het aanwijzen van de problematiek, het aandragen van stof tot overdenking, dan door het pomen van stellingen, die in het verleden nogal eens als stellingen werden opgevat”. De schrijver heeft dan ook oprecht geprobeerd om in deze een kleine bijdrage te leveren.

We mogen tenslotte concluderen, dat het van het hoogste belang is, als een grote groep artsen (en anderen) zich moeite blijft getroosten om met de geïnstitutionaliseerde werkgroep mee te blijven denken, om toch en liefst zo spoedig mogelijk tot een nieuwe codificatie van de medische moraal te komen.

Beverwijk, april 1970

J. H. van Meurs, zenuwarts

#### NASCHOLING HUISARTSEN

Het is in de laatste jaren, zowel in artsenkringen als daarbuiten, in toeneemende mate mode geworden te praten over bijscholing van huisartsen, en vele goedwillende lieden houden zich met deze materie bezig. Deze mode zou ten onrechte de indruk wekken alsof huisartsen het minst in de gelegenheid zouden zijn „bij” te blijven.

Huisartsen met enige medisch-wetenschappelijke interesse worden naar mijn mening, als zij dat willen, dagelijks bijgeschoold, met name door het aandachtig lezen van specialistische brieven, die zij dagelijks in behoorlijke hoeveelheden krijgen. Hierbij krijgt de huisarts dan een soort college over zijn eigen patiënt (die hij, hoop ik, ook zelf heeft onderzocht). De huisarts is derhalve steeds in de gelegenheid zijn eigen visie te beoordelen en eventueel te herzien. Ik dacht dat men, al zou men verder niets anders doen dan dit — en dit is toch niet minder dan de plicht van de huisarts tegenover zijn patiënten — reeds ruimschoots „bij” kan blijven. Dat er desondanks wel achtergebleven huisartsen zullen bestaan, is niet te verhelpen met een cursus in elementair-medische kennis.

Naar mijn ervaring is het eerder de groep van de zogenaamde sociaal-geneeskundigen die qualitate qua bijscholing behoeft. Ik denk hier voornamelijk aan de groeiende groep bedrijfsartsen, waarbij mijns inziens na verloop van enige tijd onvermijdelijk een medische inactiviteitsatrofie optreedt. Deze vorm van atrofie zou,

dacht ik, goed kunnen worden bestreden door bedrijfsartsen en overige sociaal-geneeskundigen te verplichten eens in de zoveel jaren op te treden als waarnemer voor een huisarts of als vakantie-waarnemer in een ziekenhuis. Dit biedt, naast het nastreven van het primaire doel van bijscholing van de sociaal-geneeskundigen, het voordeel van het aanbod van een groot aantal waarnemers.

Om nog eens op het bijscholings-idee voor huisartsen terug te komen: het is toch maar een vreemd verschijnsel, dat overheid en bedrijfsleven hun contingent sociaal-geneeskundigen blijkbaar graag met deze zogenaamde achtergebleven groep uitbreiden (zie advertenties!).

's-Gravenhage, 1 mei 1970

R. Schüchner, arts

#### MC | VARIA

Het Finse parlement heeft eind februari een wet aangenomen waarbij de zwangerschapsonderbreking verregaand wordt geliberaliseerd. Zwangere vrouwen beneden de 17 jaar of boven de 40 jaar kunnen, evenals moeders van vier kinderen, zonder meer abortus provocatus laten plegen. In andere gevallen is onderbreking van de zwangerschap op sociale indicatie mogelijk, namelijk waar kan worden aangetoond dat de gezinsomstandigheden de opvoeding van nog een kind zouden bemoeilijken. Aldus de Deutsche Ärztezeitung, geciteerd in de Österreichische Ärztezeitung van 25 april 1970.



Blijkens persberichten hebben de vier huisartsen in de Amsterdamse tuinstad Geuzenveld namens het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap in een adres aan de gemeenteraad om medewerking en steun gevraagd bij het realiseren van een groepspraktijk in deze tuinstad. Deze huisartsen — de heren Blomme, Lie, Heeroma en Meeuwissen zijn ontevreden over de huidige woonsituatie en noemen die in het adres ongezond voor het gezin van de huisarts. Zij doelen daarmee op het feit, dat zij allen in een flat wonen, waarin tegelijkertijd praktijk moet worden uitgeoefend. Als oplossing zien de Geuzenveldse huisartsen de realisering van een groepspraktijk in één gebouw met gemeenschappelijke assistente, laboratorium en administratie. Op deze wijze

is veel meer te bereiken dan thans en bovendien komt deze samenwerkingsvorm tegemoet aan de ontwikkelingen in geneeskunde en samenleving van dit moment, zo menen de vier huisartsen in Geuzenveld. Naar verluidt bestaat er onder de huisartsen wrovel omdat de gemeentelijke dienst Publieke Werken tot dusver niet heeft meegewerkt om een gebouw beschikbaar te stellen voor het tot stand brengen van zo'n groepspraktijk. De vier artsen hebben thans in Geuzenveld een verzorgingsgebied met 17.000 inwoners.



150 jaar geleden, op 12 mei 1820, werd Florence Nightingale geboren. In het kader van de „dag van de verpleging" sprak op 12 mei 1970 tijdens een landelijke bijeenkomst te Amsterdam mej. A. K. M. Bronswijk, directrice van de verpleegschool Vronenstein te Voorburg, over de verpleging in heden en toekomst. Zij wees erop, dat ons land 24 verpleegkundigen per 10.000 inwoners telt; dat is 9,5 minder dan de WHO-norm. Wel werden de leerlingen buiten deze becijfering gehouden, en deze doen de helft van het verpleegwerk — een situatie die de spreekster als beslist onjuist karakteriseerde. Leerlingen komen in het huidige systeem maar al te vaak voor problemen te staan die hun krachten te boven gaan. Na de opleiding verdwijnen er velen om nooit meer in de verpleging terug te keren. Aldus mej. Bronswijk, die ervoor pleitte de opleiding van verpleegkundigen op academisch niveau te brengen. Daarnaast beklemtoonde zij de noodzaak, meer aandacht te schenken aan de menselijke benadering.



De AKZO-prijs, die dit jaar voor het eerst werd toegekend, is uitgereikt aan Dr. A. M. Kroon te Groningen. De prijs wordt toegekend door de Hollandsche Maatschappij der Wetenschappen voor wetenschappelijk onderzoek, verricht in een periode van hoogstens 10 jaren voor de toekenning. Beurtelings wordt de prijs toegewezen aan een wetenschapsman op het terrein van de geneeskunde en de diergeneeskundige wetenschappen; de natuurkunde en de aardwetenschappen; de chemie en de farmacie; de proceskunde en de procesteknik; en de biologie, inclusief de landbouwwetenschappen. De eerste laureaat, Dr. Kroon, zag zich bekroond wegens zijn onderzoekwerkzaamheden op het gebied van de geneeskunde en de diergeneeskundige wetenschappen.

## MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

**Bestuur:** Dr. J. Degenaar, Epe, voorzitter; B. Q. A. Enneking, Breda, vice-voorzitter; Prof. Dr. S. A. de Lange, Essenweg 54, Rotterdam, secretaris; Prof. D. C. den Haan, Rotterdam, penningmeester; G. A. C. Bosch, Amsterdam.

**Redactie:** Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411.

**Uitgever:** Uitgeversmij. Kruij N.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32259\*, postgiro 142554.

**Advertenties:** In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend bij de uitgever. Advertenties behoeven

de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

**Abonnementen:** Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 30,—, plus f 1,20 BTW = f 31,20, buitenland f 35,—, losse nummers 78 cent (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

**Adreswijziging:** Leden Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst uitsluitend aan Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden aan Uitgeversmij. Kruij N.V., Bussum.

**Opplage:** 16.240 exemplaren.

**Druk:** Verweij Mijdsrecht.

## KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

**Adressen:** K.N.M.G. (secretariaat, boekhouding, ledenregister, enz.) - Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband - Landelijke Huisartsen Vereniging - Landelijke Specialisten Vereniging - Centraal College - Specialisten Registratie Commissie - College voor Sociale Geneeskunde - Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie - Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.):

Lomanlaan 103, Utrecht  
telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

**Bureau voor waarneming en vestiging:**

van 9 tot 17 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411;

**uitsluitend** na 18 uur en in het weekend: telefoon 020-798984.

**Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:**

secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-12184; postgiro 111950 t.n.v. de penningmeester der Stichting Ondersteuningsfonds te Utrecht.

**Raad van Beroep:**

Dr. H. Navis, secretaris, Joris van der Haagenlaan 22, Arnhem.

\* \* \*

**Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:**

Lomanlaan 103, Utrecht  
telefoon 030-887021