
vereniging voor gezondheidsrecht

Kwaliteit en recht in de gezondheidszorg

Preadvies uitgebracht ten behoeve
van de jaarvergadering van de
Vereniging voor Gezondheidsrecht
op 12 april 1991

Door Prof. mr. J.H. Hubben

vereniging voor gezondheidsrecht

Kwaliteit en recht in de gezondheidszorg

Preadvies uitgebracht ten behoeve
van de jaarvergadering van de
Vereniging voor Gezondheidsrecht
op 12 april 1991

Door Prof. mr. J.H. Hubben

Inhoudsopgave

Voorwoord

Hoofdstuk 1

<i>Inleiding</i>	1
Begripsomschrijving en probleemstelling	2

Hoofdstuk 2

<i>Juridisch instrumentarium</i>	7
2.1 Strafrechtelijke optiek	7
2.2 Tuchtrechtelijke optiek	11
2.3 Civielrechtelijke optiek	17
2.4 Administratiefrechtelijke optiek	23
2.5 Zelfordening	27

Hoofdstuk 3

<i>Actoren</i>	30
3.1 Overheid / Staatstoezicht op de Volksgezondheid	30
3.2 Individuele beroepsbeoefenaren	35
3.3 Instellingen voor gezondheidszorg	38
3.4 Patiënten	39
3.5 Verzekeraars	40

Hoofdstuk 4

<i>Recente ontwikkelingen</i>	42
4.1 Inleiding	42
4.2 Commissie Dekker	43
4.3 Verandering Verzekerd	46
4.4 Werken aan Zorgvernieuwing	47
4.5 Deregulering; taak wetgever	48

Hoofdstuk 5

<i>Toekomstige regeling</i>	52
5.1 Wie bepaalt de norm?	52
5.1.1 Overheid/Staatstoezicht op de Volksgezondheid	52
5.1.2 Individuele beroepsbeoefenaren	54
5.1.3 Instellingen voor gezondheidszorg	56
5.1.4 Patiënten	57
5.1.5 Verzekeraars	58
5.2 Bewaking/toetsing	58
5.2.1 Overheid/Staatstoezicht op de Volksgezondheid	59
5.2.2 Individuele beroepsbeoefenaren	65
5.2.3 Instellingen voor gezondheidszorg	65
5.2.4 Patiënten	67
5.2.5 Verzekeraars	68
5.3 Professionele autonomie	69
5.4 Wettelijke regeling	71
5.4.1 Verhouding tot komende wet B.I.G.	
5.4.2 Kwaliteitswetgeving in de lucht	72
5.4.3 Kwaliteitswet voor de gezondheidszorg	75

Voorwoord

Bij de voorbereiding van dit preadvies heb ik van veel personen hulp en adviezen gekregen. Graag wil ik een aantal van hen hier uitdrukkelijk dankzeggen.

De heer Ir. P.T.B. Falk, hoofd afdeling Quality Systems van N.V. KEMA Arnhem heeft veel tijd besteed om mij wegwijs te maken in de vele technische ontwikkelingen die in binnen- en buitenland gaande zijn op het terrein van de kwaliteitszorg.

Mijn collegae Prof.Mr. H.J.J. Leenen en Prof.Mr. H.D.C. Roscam Abbing hebben in de marge van onze gezamenlijke werkzaamheden onder de tropenzon, nog kans gezien om een eerste versie van dit preadvies van commentaar te voorzien.

Mevrouw Janneke Gerbers, student-assistente bij de Sectie Gezondheidsrecht van de Katholieke Universiteit Nijmegen, is mij behulpzaam geweest bij het verzamelen van materiaal.

Tot slot was de kwaliteitszorg voor het exterieur van dit preadvies geheel in handen van mijn secretaresse, mevrouw Vera Guffens-Janssen.

De gegevens waarvan ik bij dit preadvies gebruik heb gemaakt, zijn bijgewerkt tot 1 maart 1991.

Oosterbeek, maart 1991

J.H. Hubben

Hoofdstuk 1

Inleiding

Bij de voorbereiding van dit preadvies over juridische aspecten van kwaliteit in de gezondheidszorg, kwam mij opnieuw een voorval voor de geest uit de periode dat ik werkzaam was bij het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Een periodiek bezoek voerde mij naar een grote inrichting voor geestelijk gehandicapten. Bij de rondgang door het instituut zag ik op een van de afdelingen dat een personeelslid een porrende beweging maakte naar een patiënt die daarop heftig reageerde en ineenkromp als was hij pijnlijk getroffen. Het voorval trok mijn aandacht. Ik zag dat de personeelsfunctionaris een klein apparaatje ter grootte van een pakje sigaretten in zijn hand hield. Bij nadere beschouwing bleek dat daarmee een stroomstoot aan de patiënt was gegeven als reactie op "ongewenst gedrag". Op mijn vraag naar het uitgangsvermogen van dit apparaat kon, vreemd genoeg, niemand antwoord geven. Omdat ik nieuwsgierig was deed ik mijn mouw omhoog en gaf mijzelf een schok met het apparaat. De stroomstoot was zo hevig dat ik die niet meer heb herhaald. De directeur van de inrichting die mij vergezelde was eveneens zeer verbaasd dat dit apparaat in gebruik was zonder dat zijn technische dienst inzicht had in het uitgangsvermogen en dus in de veiligheid van dit apparaat. Op mijn verzoek was de inrichting bereid deze zogenoemde aversietherapie door middel van toediening van stroomschokken, met onmiddellijke ingang te staken. Omdat ook andere inrichtingen die deze apparatuur gebruikten, werd ont-raden hiermee voort te gaan kreeg het beschreven voorval veel aandacht in de landelijke pers¹. De vraag naar de veiligheid van het schokapparaat bleef mij bezighouden. Daarom verzocht ik de inrichting een exemplaar ter keuring aan te bieden aan de KEMA te Arnhem. Tot mijn verbazing antwoordde de KEMA na enig heen en weer praten dat voor de beoordeling geen norm bestond zodat niet tot keuring kon worden overgegaan. Ook leidde het voorval tot discussie in de kring van beroepsbeoefenaren over nut en effect van een dergelijke vorm van aversietherapie. Vrij spoedig daarna is

1 Zie bijvoorbeeld De Tijd, 26 oktober 1979, p. 12 e.v.

deze vorm van gedragsmodificatie in Nederland in onbruik geraakt, omdat de wetenschappelijke basis zeer smal bleek te zijn².

Deze casus illustreert enkele vragen die ook in de huidige discussie over kwaliteit van zorg actueel zijn:

- Welke eisen moeten gesteld worden aan de interne kwaliteitszorg in een gezondheidszorginstelling? En, daarmee samenhangend, hoe moet de verantwoordelijkheid van directie en bestuur worden gezien?
- Hoe verhoudt het externe toezicht zich tot de interne kwaliteitszorg en welke bevoegdheden dient de externe toezichthouder te hebben? Anders gezegd: wie moet wat doen?
- Hoe is het gesteld met de zelfordening van beroepsbeoefenaren en instellingen ten aanzien van kwaliteitszorg en hoe kan die eventueel worden bevorderd?
- Hoe dient de verantwoordelijkheid van de overheid gestalte te krijgen, met name in relatie tot wetgeving?

Begripsomschrijving en probleemstelling

Alvorens nader op deze vragen in te gaan is het nodig het begrip kwaliteit van zorg te omschrijven. Daarbij kunnen een ruime en een enge opvatting worden onderscheiden. Reeds bij oppervlakkige beschouwing van de vele literatuur over dit onderwerp blijkt dat het begrip kwaliteit ver kan uitdijen³. Dit hangt ook samen met het feit dat de drie doelen van overheidsverantwoordelijkheid ten aanzien van het recht op gezondheidszorg - kwaliteit; functionele beschikbaarheid en geografische bereikbaarheid; financiële toegankelijkheid van gezondheidsvoorzieningen - niet volledig van elkaar kunnen worden gescheiden⁴. Er is sprake van onderlinge beïnvloeding. Het is duidelijk dat de kwaliteit van gezondheidszorg verbonden is met de bereikbaarheid daarvan. Nog sterker blijkt die onderlinge verbondenheid van doelen indien het begrip kwaliteit wordt gehanteerd in ruime zin en mede omvat het stelsel van gezondheidsvoorzieningen. De commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (verder aan te duiden als Commissie Dekker) gaat uit

2 Zie over de wetenschappelijke achtergrond van deze methode o.a. J.W.M. Peters, Electro-aversieve therapieën, gedragsmodificerende behandelingen III, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1979, 8/9, pp. 521-536.

3 F.C.B. van Wijmen noemt kwaliteit zelfs bij uitstek een relatief begrip, dat als een kameleon de kleur aanneemt van de context waarin het wordt gebruikt. Toekomstige kwaliteitsregulering in de Gezondheidszorg. In: Wetgeving gezondheidszorg in perspectief (red. H.D.C. Roscam Abbing en F.C.B. van Wijmen), 1989, p. 37-53.

4 De verantwoordelijkheid van de overheid komt hierna uitvoeriger aan de orde in paragraaf 2.4.

van die ruime opvatting van het kwaliteitsbegrip⁵. Verschillende soorten kwaliteit worden door deze commissie onderscheiden. Zo is de totale hoeveelheid zorg een aspect van kwaliteit. Daarbij doelt de commissie onder andere op het verschijnsel dat bij alsmaar toenemende zorg nauwelijks of geen gezondheidswinst meer optreedt door onnodige ingrepen of een overmaat aan diagnostiek. Een ander soort kwaliteit kan volgens de commissie betrekking hebben op onvoldoende spreiding of aansluiting van de zorg. Gebrek aan kwaliteit kan daarbij tot uitdrukking komen in onvoldoende spreiding of aansluiting op de zorgbehoeften van de samenleving of in aansluitingsproblemen tussen zorgsectoren, bijvoorbeeld tot uitdrukking komend in wachtlijsten en ondoelmatige verwijzingen⁶.

In een brede opvatting kan onder kwaliteit van zorg zelfs het democratisch gehalte van een instelling voor gezondheidszorg worden verstaan. Zo stelde de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, die wel het Staatsblad haalde maar niet is ingevoerd, in het aan kwaliteit gewijde hoofdstuk ook eisen aan de evenwichtige vertegenwoordiging van "de gebruikers, het personeel, de vrijwilligers en de overigen" in het bestuur van een instelling voor gezondheidszorg. Zelfs de openheid bij de werving van bestuursleden en de openbaarheid van bestuursvergaderingen werd hier tot de kwaliteit van zorg gerekend⁷.

De in 1980 door de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne uitgebrachte nota over kwaliteitsbewaking gaat eveneens uit van een ruime opvatting. De kwaliteit heeft in deze nota niet alleen betrekking op aard en inhoud van de opleidingen; eisen te stellen aan de voorzieningen, inclusief medisch-technische voorzieningen; handelen van de beroepsbeoefenaren, zowel in de curatieve zorg als in de maatschappelijke gezondheidszorg en de positie van de patiënt in het geheel van de gezondheidszorg⁸. Een aspect van de kwaliteit van zorg ziet de staatssecretaris ook in "de mate waarin de bevolking zich met de gegeven zorg kan identificeren"⁹. Hiermee geeft deze nota blijk van een brede opvatting van kwaliteit waarbij dit begrip ook die aspecten omvat die indirect voor de kwaliteit van belang zijn, zoals spreiding, volume en financiering van zorg¹⁰.

5 Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, *Bereidheid tot verandering*, Staatsuitgeverij, Den Haag, 1987, p. 80 e.v.

6 O.c. p. 81.

7 Stb. 1982, 563.

8 *De kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg*, Tweede Kamer, 1979-1980, 16224, nrs. 1-2, p. 4.

9 O.c., l.c.

10 Die brede opvatting huldigt ook F.C.B. van Wijnen in zijn oratie, *Recht op kwaliteit*, Deventer, 1983.

In de hierna volgende beschouwingen zal niet worden uitgegaan van die ruime opvatting van kwaliteit. Afgezien van het feit dat naarmate een begrip ruimer wordt omschreven de helderheid daarvan afneemt, gaat het in deze benadering van kwaliteit om de aspecten die bijdragen aan het op verantwoorde wijze verlenen van zorg. De bewindslieden van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur maken een vergelijkbaar onderscheid, dat overigens niet samenvalt met de opvattingen van de Commissie Dekker. In een brief aan de Tweede Kamer over dit onderwerp stellen zij naast elkaar de kwaliteit van het zorgstelsel ("Het stelsel is zodanig ingericht dat voor iedereen naar behoefte voldoende en betaalbare zorg beschikbaar is en blijft") en de kwaliteit van de zorgverlening ("Het niveau van de daadwerkelijk verleende zorg")¹¹.

In een restrictieve opvatting is het begrip kwaliteit van zorg beperkt tot de concrete hulp- en dienstverlening in de gezondheidszorg. Die afbakening wordt ook in dit preadvies aangebracht. Het gaat daarbij om de kwaliteit van de feitelijke dienstverlening door instellingen en beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg met inbegrip van de middelen die zij daarbij gebruiken¹². In deze smalle opvatting van kwaliteit gaat het mede om kwaliteit van de produkten die gebruikt worden in de gezondheidszorg. De kwaliteit van middelen als produkt blijft echter buiten beschouwing. Voor deze laatste beperking kunnen verschillende redenen worden aangevoerd.

In de eerste plaats wordt de kwaliteit van de genees- en medische hulpmiddelen, met name wat betreft het op de markt brengen daarvan, in hoofdzaak bepaald door de Europese Gemeenschap. De mogelijkheden van lidstaten om af te wijken van door de E.G. genomen harmonisatie-maatregelen zijn beperkt¹³. In de tweede plaats vereist het terrein van de genees- en medische hulpmiddelen een ander type wetgeving dan de concrete hulp- en dienstverlening in de gezondheidszorg. Op laatstgenoemd terrein kan in het algemeen worden volstaan met zogenoemde indirecte wetgeving. Een uitzondering op deze regel moet worden gemaakt voor de toelating van hulpverleners tot de gezondheidszorg. Dit betekent dat de vereisten voor de kwalificatie van hulpverleners onderwerp van directe wetgeving vormen. Bij genees- en medische hulpmiddelen zijn vaak zodanige risico's en gevaren in het geding dat de overheid ook daarvoor een grotere verantwoordelijkheid moet nemen, hetgeen in het

11 Brief aan de Tweede Kamer, 12 oktober 1990, 1990-1991, 21545, nr. 7.

12 Verandering Verzekerd, Tweede Kamer, 1987-1988, 19945, nrs. 27-28, p. 32.

13 N. de Bijl, De Europese Gemeenschappen na 1992: Betekenis voor gezondheidsbescherming in Nederland. Gezondheidsraad, 's-Gravenhage 1990.

algemeen tot uitdrukking zal komen in een vorm van directe wetgeving.

Daarnaast zijn er natuurlijk ook andere aspecten die het niveau van zorg beïnvloeden. Met name valt daarbij te denken aan de kwaliteit van gebouwen en accommodaties. Ook geldt dat voor de dienstverlening die weliswaar losstaat van de professionele hulpverlening maar daarop toch van invloed kan zijn. Bij dit laatste valt te denken aan de dienstverlening die wordt gerekend tot het takenpakket van de civiele dienst in instellingen, zoals zorg voor voeding en bewassing. Zowel de kwaliteit van laatstgenoemde activiteiten alsmede van gebouwen en accommodaties blijft hier verder buiten beschouwing.

Ook bij een smalle opvatting van kwaliteit rijst de vraag wat onder kwaliteit moet worden verstaan. In de literatuur zijn daarover uitvoerige discussies gevoerd¹⁴. In een nota over dit onderwerp sluit de Nationale Raad voor de Volksgezondheid aan bij de internationaal aanvaarde omschrijving van de International Organization for Standardization (ISO): "kwaliteit is het geheel van eigenschappen en kenmerken van een produkt, proces of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgelegde of vanzelfsprekende behoeften"¹⁵. Het is het meest doelmatig bij deze definitie aan te sluiten in plaats van het ontwikkelen van een eigen omschrijving. Soms wordt de ISO-definitie gewijzigd zonder dat de reden daarvan duidelijk is. Een voorbeeld daarvan is dat tijdens één van de conferenties over kwaliteit van zorg het laatste gedeelte van de ISO-definitie is gewijzigd in "de eisen die voortvloeien uit het gebruiksdoel"¹⁶.

Nu moet worden vastgesteld dat niet alleen de discussie over kwaliteit maar ook de ontwikkeling van kwaliteitssystemen in sectoren buiten de gezondheidszorg verder is gevorderd, is het vruchtbaarder

14 Zie voor een oriëntatie naar de omvangrijke literatuur over de definitie van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg G.A. Steffen, *Quality Medical Care, a definition*, JAMA, 1988, 260, 1, p. 56-61. A. Donabedian, *The Quality of Care. How can it be assessed?* JAMA, 1988, 260, 12, p. 1743-1748. Zie van laatstgenoemde auteur ook *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Mich. Health Administration Press, 1980.

Ook de W.H.O. houdt zich met dit onderwerp bezig. Zie *Quality assurance of health services. Report on the technical discussions at the thirty-eighth session of the Regional Committee for Europe*, 1988.

15 Discussienota Algemeen Begrippenkader Kwaliteitsbevordering, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1990, p. 11.

16 Intentieverklaring van de op 26 september 1990 door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn georganiseerde conferentie, die als bijlage is gevoegd bij de brief van 12 oktober 1990 over kwaliteit van zorg aan de Tweede Kamer, 1990-1991, 21545, nr. 7. Ook de Raad voor Gezondheidsonderzoek gebruikt deze afwijkende definitie. *Advies kwaliteit van zorg. Terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek*, 1990, 6, p. 13.

om daarbij zoveel mogelijk aan te sluiten¹⁷. Het ontwikkelen van een eigen of subtiel afwijkende definitie van kwaliteit voor de gezondheidszorg draagt daaraan niet bij.

Bij de hiervoren gegeven definitie moet worden opgemerkt dat het begrip behoeften niet eenduidig is, maar kan verschillen afhankelijk van de invalshoek van de betrokken actoren. In de gezondheidszorg zijn dat overheid, beroepsbeoefenaren, instellingen, patiënten en verzekeraars. Dit betekent dat, afhankelijk van de invalshoek, andere aspecten van kwaliteit van belang kunnen zijn. Om die reden zal in deze beschouwing over de juridische aspecten van kwaliteit worden onderscheiden naar de optiek van de betrokken actoren.

Op verschillende wijzen kan kwaliteit van zorg in de door mij gebruikte betekenis in juridisch opzicht relevant zijn: strafrechtelijk, tuchtrechtelijk, civielrechtelijk en administratiefrechtelijk. In het kort zal worden ingegaan op deze juridische invalshoeken voor kwaliteitszorg. Daarbij zal ook aandacht worden besteed aan zelfordening, waarbij zowel civielrechtelijke als administratiefrechtelijke aspecten kunnen worden onderscheiden. Naar volledigheid zal in dit kader niet worden gestreefd. Elk van deze juridische benaderingen biedt immers voldoende stof voor een afzonderlijk preadvies. Hier ligt het accent op de betekenis van het juridisch instrument voor de kwaliteit van zorg. Vervolgens wordt bezien op welke wijze aan de eventuele lacunes in het huidige reguleringsstelsel kan worden tegemoet gekomen. Het feit dat de strafrechtelijke invalshoek als eerste aan de orde komt moet niet worden opgevat als een voorkeur voor toepassing van het strafrecht als correctie-instrument in geval van tekortkomingen in de kwaliteit. De omstandigheid dat de verantwoordelijkheid van de overheid, die de algemeen juridische basis voor kwaliteitsregulering vormt eerst in paragraaf 2.4 aan de orde komt, moet evenmin worden gezien als een onderschatting van die overheidsverantwoordelijkheid.

17 Zie over kwaliteitsbewaking buiten de gezondheidszorg bijvoorbeeld C.J.M. van den Bogaard, *Kwaliteitsbewaking in Nederland*. In: *Bijblijven, kwaliteitsbewaking, cumulatief geneeskundig nascholingsstelsel*, 1988, p. 6-17.

Hoofdstuk 2

Juridisch instrumentarium

2.1 *Strafrechtelijke optiek*

Niet zo lang geleden overleed in een Nederlands ziekenhuis een patiënt tijdens een operatie¹⁸, hetgeen aanleiding vormde voor een tweetal strafrechtelijke procedures. Wat was het geval?

Toen de patiënt weer bij bewustzijn zou worden gebracht, werd hem in plaats van het beoogde zuurstofgas een dodelijke dosis lachgas toegediend. Bij onderzoek naar de toedracht bleek dat kort tevoren in het narcose-kabinet de beide gasinsteeknippels door de technische dienst van het ziekenhuis waren vervangen. Bij die vervanging werd abusievelijk de lachgas-insteeknippel gemonteerd op de zuurstofinlaat van het kabinet, terwijl de zuurstof-insteeknippel werd aangebracht op de lachgasinlaat.

Tegen de anaesthesist is een strafvervolging wegens dood door schuld ingesteld. Aan deze arts werd verweten, dat hij door zijn zorgeloosheid het genoemde defect niet had ontdekt en dat bovendien in het inspiratie-systeem geen zuurstofgehaltemeter en geen alarm aanwezig waren. De anaesthesist is veroordeeld tot 6 maanden gevangenisstraf, geheel voorwaardelijk.

Tot zover is deze strafrechtelijke benadering niet bijzonder. Er is immers wel vaker een strafrechtelijke vervolging ingesteld in vergelijkbare casus. Maar er gebeurde nog iets anders. De officier van justitie stelde ook een strafvervolging in tegen de stichting die als rechtspersoon het ziekenhuis beheerde. Aan het ziekenhuis werd eveneens dood door schuld ten laste gelegd, wegens het onder narcose brengen met behulp van een oud narcose-kabinet, waarbij in het inspiratie-systeem geen zuurstofgehaltemeter en geen alarm aanwezig waren. Bovendien trof het ziekenhuis het verwijt dat de insteeknippels waren verwisseld en een sluitend systeem voor controle op door de technische dienst uitgevoerde reparaties en vervanging van onderdelen ontbrak. Verder bleek dat het ziekenhuis niet had gezorgd dat oude, te vervangen narcose-apparatuur waarvan de onderhoudscontracten waren opgezegd of zouden worden opgezegd,

18 Rechtbank Leeuwarden, 23 december 1988, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1988, p. 173 e.v. Ook gepubliceerd in NJ 1988, 981.

uit het ziekenhuis werden verwijderd, althans niet langer voor narcose-doeleinden zouden worden gebruikt.

De rechtbank is in deze zaak gekomen tot een veroordeling van het ziekenhuis als rechtspersoon wegens dood door schuld. Hierbij overwoog de rechtbank, dat het ziekenhuis niet voldoende vorm had gegeven aan de verantwoordelijkheid voor het algeheel functioneren van het ziekenhuis, waaronder met name de zorg voor de kwaliteit en de betrouwbaarheid van de apparatuur "zoals deze verantwoordelijkheid ook al is verwoord in het Besluit erkenning ziekenhuizen". De rechtbank was van oordeel, dat in casu niet voldoende vorm was gegeven aan die verantwoordelijkheid, nu de organisatie en werkwijze van de technische dienst van dien aard waren dat een behoorlijk controlesysteem voor onderhoud en reparatie ontbrak en dat een volledig narcose-kabinet uit de administratie verdween, terwijl dit wel in gebruik bleef en van ieder regulier onderhoud verstoken was. Voorts overwoog de rechtbank, dat goede schriftelijke instructies of werkafspraken ontbraken. Bovendien betekende het feit dat de onderhavige apparatuur zo lang in gebruik kon blijven, zonder dat dit op leidinggevend niveau binnen het ziekenhuis bekend was, volgens de rechtbank overduidelijk dat leidinggevende functionarissen volstrekt onvoldoende zicht hadden op de gang van zaken in het ziekenhuis. Over de mededeling van het hoofd van de technische dienst, dat hij dagelijks rond ging en velen sprak en dusdoende oog hield op de gang van zaken, merkte de rechtbank het volgende op. Een dergelijke vorm van controle is geheel afhankelijk van de aanwezigheid en inzet van een bepaald persoon en berust niet op een gestructureerd, op schrift gesteld schema van afspraken en onderhoud, reparatie en controle.

Aan het ziekenhuis is een geldboete van f 25.000,- opgelegd. Van dit vonnis noch van dat over de anaesthesist is appel ingesteld.

Bij deze casus kan worden opgemerkt dat de inrichting van controle en onderhoud van ziekenhuisapparatuur deel uitmaakt van de ziekenhuisverantwoordelijkheid. Met het gebrekkige programma van onderhoud en controle, en het in gebruik houden van verouderde apparatuur die reeds uit de administratie was geboekt, is in de casus de kans aanvaard dat met de narcose-apparatuur ongelukken konden gebeuren.

Samenvattend, kan uit deze korte beschouwing worden geconcludeerd dat een ziekenhuis onder omstandigheden strafrechtelijk aansprakelijk kan zijn voor verrichtingen in het kader van de ziekenhuis-dienstverlening. Tot nu toe is van die mogelijkheid nauwelijks gebruik gemaakt.