

AANSPRAKELIJKHEID ARTS-ASSISTENTEN

De positie van arts-assistenten en hun opleiders



MediRisk

Inhoud

DE PATIËNT CENTRAAL, OOK BIJ INCIDENTEN 7

Over medische aansprakelijkheid, dossiervoering en informed consent

Waar krijgt een arts allemaal mee te maken als een patiënt hem aansprakelijk stelt voor een fout en de opgelopen schade? Behalve informatie over de medische aansprakelijkheid in de opleidingssituatie bevat dit artikel ook handzame informatie over het omgaan met klachten en claims en tips voor een goede dossiervoering.

Mr. E. Lantinga en mr. M. Ruinard

OP HET RANDJE VAN JE ERVARING 31

Over de verantwoordelijkheid van opleider en aios

Wie is vanuit tuchtrechtelijk oogpunt verantwoordelijk voor adequaat professioneel handelen in de verhouding tussen opleider en aios? Over de aios als ‘verlengde arm’ van de specialist, de rol van protocollen en de waarde van dossiervoering. En hoe open kun en móet je zijn over fouten? De mening van een opleider.

Prof. dr. J. van Gijn

GEEN OPLEIDING TOT MACHO 39

Tuchtzaken tegen arts-assistenten en opleiders

Hoe verhoudt zich de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van aios ten opzichte van die van hun opleiders? Is de ‘baas’ echt eindverantwoordelijk? Of draagt de assistent zijn eigen verantwoordelijkheid? Wat is de rol van de opleider dan eigenlijk? Een juridisch overzicht.

Prof. mr. G.R.J. de Groot en mr. A.C. de Die

OPLEIDING IN ONTWIKKELING 45

Het opleidingsklimaat in de huidige regelgeving

De opleiding tot medisch specialist is volop in beweging.

Wat merken de assistenten daar eigenlijk van? En wat is de rol van de Medisch Specialisten Registratie Commissie?

De auteur gaat tevens in op de voorwaarden voor een goed opleidingsklimaat.

Prof. dr. P.P.G. Hodiamont en dr. L. Verschoor

DE BAAS OP DE KORREL 55

Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van opleiders

Wat is de juridische betekenis van de verantwoordelijkheid van de opleider? Waar begint die en waar houdt hij op? Als lid van het Platform Medisch Specialist en Recht geeft de auteur een overzicht van de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van opleiders.

Dr. mr. R.H.B. Allard

VAN ACHTER DE BALIE BEZIEN 59

De visie van de tuchtrechter

Met het toenemen van de kennis en kundigheid van de arts-assistent neemt ook de aanspraak van diverse betrokkenen op die kundigheid toe. Grenzen van de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van de arts-assistent zijn daarbij niet scherp te trekken. De auteur (tuchtrechter) beschrijft hoe u hiermee kunt omgaan, mede vanuit zijn visie dat een tuchtprocedure geen ‘life event’ zou hoeven te zijn.

Mr. R.A. Torrenga

BIJLAGEN 65

Instructie assistent-geneeskundigen werkzaam in ziekenhuizen.



Inleiding

Is een arts-assistent zelfstandig verantwoordelijk voor zijn handelingen? En is hij of zij daarmee ook aansprakelijk voor eventuele negatieve gevolgen van dit handelen? Het zijn vragen die veel arts-assistenten vroeg of laat bezighouden.

Behalve over de **verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid in de opleidingssituatie** bevat het boekje ook handzame informatie over het omgaan met klachten en claims, dossiervoering en informed consent.

De kern van het boekje is samen te vatten in de volgende **tips**:

- Ken als arts-assistent uw grenzen en overschrijd ze niet.
- Noteer overleg met uw supervisor in uw dossier, inclusief de uitkomsten.
- Weet als opleider wat voor vlees u in de kuip heeft. En maak duidelijk wanneer u 'erbij' wilt zijn.
- Ken als opleider uw superviserende taken rond instructies en toetsing.
- Besteed aandacht aan regels. Patiëntgerichte richtlijnen, maar ook de regeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden van arts-assistenten.
- Wees solidair in tuchtzaken. Pak ze samen op.

Nieuwsgierig geworden? Leest u dan verder.

Samen met haar leden streeft MediRisk naar veilige zorg en het creëren van een veilige omgeving voor patiënt en professional. MediRisk biedt u dit boek wederom kosteloos aan. Want arts-assistenten en opleiders die zich bewust zijn van hun verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid in de opleidingssituatie kunnen klachten en claims voorkómen en daarmee patiënten en zichzelf een hoop leed besparen.

Marjoleine van der Zwan
directeur MediRisk



Medische aansprakelijkheid - de patiënt centraal, ook bij incidenten

Over schadeclaims, dossiervoering, informed consent en de Gedragscode 'Openheid rond medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA)'.

Mr. E. Lantinga/Mr. M. Ruinard

Dit artikel beschrijft de procedure waarmee een arts te maken krijgt als een patiënt hem voor schade aansprakelijk stelt. Behalve over de medische aansprakelijkheid en de verzekering (deel 1) bevat dit artikel ook tips voor een goede dossiervoering (deel 2) en handzame informatie over het omgaan met klachten en claims (deel 3). Nieuw ten opzichte van het artikel in de vorige druk is de bespreking van de belangrijkste aanbevelingen van de Gedragscode 'Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA)'. Deze gedragscode is officieel op 1 januari 2011 ingegaan en bevat belangrijke aanbevelingen voor zorgprofessionals en verzekeraars over omgaan met medische incidenten.

7

Iedere medicus loopt bij zijn beroepsuitoefening kans om in aanraking te komen met één van de drie vormen van aansprakelijkheidsrecht die ons recht kent:

- tuchtrechtelijke aansprakelijkheid, waarbij de medicus in zijn beroepsuitoefening kwalitatief wordt beoordeeld door zijn beroepsgenoten;
- strafrechtelijke aansprakelijkheid, waarbij de medicus door de overheid wordt beoordeeld op de mogelijke strafbaarheid van zijn gedrag;
- civielrechtelijke aansprakelijkheid: de aansprakelijkheid van de arts jegens de patiënt zelf.

Deze laatste vorm van aansprakelijkheid bespreken we in dit artikel.

De civielrechtelijke aansprakelijkheid op het terrein van de gezondheidszorg is een intrigerend onderdeel van het aansprakelijkheidsrecht. Het heeft elementen in zich die op andere terreinen van het aansprakelijkheidsrecht veel minder spelen. Het slachtoffer spreekt immers niet, zoals bij een aanrijding, een toevallige derde aan, maar een arts of een ziekenhuis waarbij hij heil voor zijn gezondheid had gezocht maar die hem daarentegen, naar zijn mening, juist van de regen in de drup heeft geholpen. Bovendien bestaat er tussen hen vaak al jaren contact.



Deel 1: medische aansprakelijkheid

UITGANGSPUNTEN

Het aansprakelijkheidsrecht heeft als uitgangspunt dat men zijn geleden schade in principe zelf moet dragen. Dit geldt niet als een derde verplicht is voor die schade op te komen. Een patiënt die schade lijdt als gevolg van een medische behandeling zal die schade in beginsel zelf moeten dragen, tenzij hij erin slaagt de aansprakelijkheid van de arts aan te tonen. Hiervoor zal de patiënt de nodige moeite moeten doen.

Het recht bepaalt dat de arts aansprakelijk is voor schade 'als die schade een gevolg is van een verwijtbare tekortkoming in zijn of haar handelen'. Voor aansprakelijkheid is derhalve niet alleen vereist dat de arts *verwijtbaar tekort is geschoten*, maar ook dat dit handelen of nalaten schade voor de patiënt tot gevolg heeft gehad.

VOOR AANSPRAKELIJKHEID IS VEREIST DAT DE ARTS VERWIJTBAAR TEKORT IS GESCHOTEN EN DAT DAARDOOR SCHADE IS ONTSTAAN

VERWIJTBAARHEID

In de rechtspraak is een min of meer objectieve maatstaf ontwikkeld om een antwoord te vinden op de vraag of er sprake is van verwijtbaarheid. Die maatstaf houdt in dat een arts verwijtbaar tekort is geschoten *als de verleende zorg is gebleven beneden het niveau zoals dat van een redelijk handelend vakgenoot onder gelijke omstandigheden mag mocht worden verwacht*. Het antwoord op de vraag of de verleende zorg voldoende is geweest, zal gewoonlijk ook echt van beroepsgenoten moeten komen. Rechter laten zich hierbij meestal voorlichten door medisch deskundigen, waarbij het van belang is dat dit soort beoordelingen gebeurt door artsen van dezelfde discipline als de arts die van verwijtbaar handelen wordt beschuldigd. Het handelen van een aansprakelijk gestelde neurochirurg dient niet door een oogarts plaats te vinden.

Deze maatstaf van de redelijk handelend vakgenoot wordt gebruikt voor specialisten én arts-assistenten, zowel in het tuchtrecht als in het civiele (medische aansprakelijkheids) recht. De tuchtrechter en de civiele rechter zullen in dezelfde omstandigheden meestal hetzelfde oordelen. Bij de beoordeling van het handelen van een arts-assistent is het van belang zijn ervaring en opleidingsniveau te weten. Van een onervaren assistent zal verwacht worden dat hij eerder overlegt met zijn opleider, een ervaren assistent zal wat meer op eigen indrukken mogen afgaan. Van belang is dat een assistent zijn grenzen goed bewaakt en zichzelf niet over- of onderschat. Een beroep op gebrek aan ervaring of begeleiding zal niet vaak succesvol zijn, omdat de redelijk handelend vakgenoot bij gebrek aan ervaring niet moet beginnen aan dingen waar hij te weinig verstand van heeft, maar assistentie moet invoeren of moet verwijzen. Overigens is het in het civiele recht vaak niet nodig om man en paard te noemen, omdat het ziekenhuis aansprakelijk gesteld wordt en niet (persé) de individuele hulpverlener (centrale aansprakelijkheid).

De eisen die men aan het optreden van de arts kan stellen worden beperkt door het feit dat de arts in relatie tot zijn patiënt een *inspanningsverplichting* heeft. Een arts is niet verplicht om een bepaald resultaat (bijvoorbeeld altijd de juiste diagnose stellen) te garanderen, maar moet alleen die inspanningen verrichten die van hem onder die omstandigheden mogen worden verwacht. Is er bij een medische behandeling iets fout gegaan, dan betekent dat niet per definitie dat de arts jegens de patiënt aansprakelijk is. *Fout gegaan is niet altijd fout gedaan*. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat zelfs de meest voorzichtig opererende arts een zenuw beschadigt. De anatomische structuur verloopt nu eenmaal niet bij iedereen hetzelfde. Een beschadiging is dan ook lang niet altijd te vermijden. Het feit dat een zenuw is beschadigd, is dan ook niet bewijzend voor verwijtbaar handelen of nalaten waarvoor aansprakelijkheid zou moeten worden erkend. In dit geval kan de arts immers moeilijk worden verweten dat hij de zenuw heeft beschadigd. Dit speelt ook bij een complicatie zoals een postoperatieve wondinfectie. Als de arts geen verwijt te maken valt, heeft een patiënt geen recht op een schadevergoeding.

ALS DE ARTS GEEN VERWIJT TE MAKEN VALT, HEEFT EEN PATIËNT GEEN RECHT OP EEN SCHADEVERGOEDING

BEWIJS- VERSUS OPHELDERPLICHT

Een patiënt moet dus de nodige moeite doen om de aansprakelijkheid van de arts aan te tonen. De patiënt zal in beginsel moeten bewijzen waaruit de beweerde verwijtbare tekortkoming van de arts heeft bestaan, overeenkomstig de hoofdregel in ons bewijsrecht: *'Wie eist bewijst'*.

De rechtspraak verplicht de arts wel om de patiënt op bepaalde punten te helpen bij diens bewijslast. De arts heeft namelijk een *ophelderingsplicht*: hij moet in staat zijn om aan te geven en te motiveren waaruit zijn handelingen hebben bestaan en waarom hij zo heeft gehandeld. Als de arts niet kan voldoen aan deze ophelderingsplicht, bijvoorbeeld omdat een en ander niet in het medisch dossier is opgeschreven of omdat het medisch dossier kwijt is, kan dit ertoe leiden dat de bewijslast door de rechter wordt 'omgedraaid'. De patiënt hoeft dan niet meer te bewijzen dat de arts verwijtbaar onzorgvuldig heeft gehandeld, maar de arts zal moeten bewijzen dat er *niet* onzorgvuldig is gehandeld.

Het medisch dossier speelt, vanwege de ophelderingsplicht van artsen, dan ook een erg belangrijke rol in medische aansprakelijkheidskwesties. Als een adequate verslaglegging ontbreekt, kan dit tot gevolg hebben dat niet kan worden bewezen dat een arts juist heeft gehandeld. De kans is dan groot dat de rechter aansprakelijkheid van de arts aanneemt.

De verplichting voor de arts om een dossier bij te houden berust op de WGBO. Hier is bepaald dat hij die gegevens moet optekenen die *voor een goede hulpverlening noodzakelijk zijn*. Wat hier allemaal bij komt kijken is uitgewerkt in deel 2 van dit artikel.

Hier is belangrijk om op te merken dat het medisch dossier voor arts-assistenten nog een andere functie heeft. Als een arts-assistent twijfelt aan de beoordeling van een patiënt of aan het ingezette beleid en de hulp van een opleider inroept, is het van groot belang dat hiervan in de status melding wordt gemaakt. Het verdient sterke aanbeveling om de momenten waarop met de opleider wordt overlegd en wat op die momenten door de opleider als beleid wordt uitgezet in de status op te schrijven. De arts-assistent zal bijvoorbeeld moeten kunnen aantonen dat hij op enig moment advies bij de opleider heeft ingewonnen, dat heeft opgevolgd of dat hij er buiten zijn schuld niet in geslaagd is dit advies in te winnen, omdat de opleider niet thuis gaf.

INFORMED CONSENT

Naast een ophelderingsplicht heeft de arts een *informatieplicht*. Een patiënt dient een weloverwogen keuze te kunnen maken voordat hij toestemming geeft voor een behandeling. Die keuze dient gebaseerd te zijn op voldoende informatie die de arts hem dient te verstrekken; het zogeheten informed consent. Ook voor deze plicht geldt dat artsen in de praktijk moeite hebben met de vraag hoever die verplichting gaat. De verplichting houdt in dat de arts onder meer de patiënt inlicht over de redelijkerwijs te verwachten gevolgen van een ingreep, de daaraan verbonden risico's, de globale kans daarop en de eventuele alternatieven.

In de rechtspraak is uitgemaakt dat onvoldoende informatieverstrekking door de arts ertoe kan leiden dat, ook al heeft hij de ingreep als zodanig medisch-technisch juist uitgevoerd, hij toch uiteindelijk aansprakelijk kan worden geacht vanwege het feit dat hij de patiënt onvoldoende heeft ingelicht. Ook hier is natuurlijk van belang wat de arts over de voorlichting in het dossier heeft vastgelegd.

Wel dient voor aansprakelijkheid vanwege onvoldoende informatieverstrekking komen vast te staan dat de patiënt, als hij volledig geïnformeerd was geweest, van de behandeling zou hebben afgezien of een andere keuze zou hebben gemaakt. Ook hiervoor heeft de rechtspraak een objectief criterium ontwikkeld, namelijk dat van de redelijk denkende en redelijk handelende patiënt. Hoewel de patiënt zelf achteraf waarschijnlijk stelt dat hij zich nooit had laten behandelen als "hij dat van tevoren had geweten" is het niet aannemelijk dat hij, redelijkerwijs, echt van de behandeling zou hebben afgezien als hij van tevoren geweten had dat de kans op een complicatie 1% was. Dit impliceert immers ook een 99% kans op een gunstig resultaat! Ook bij een patiënt die onwetend opteert voor een riskante behandeling, maar die op dat moment geen enkel alternatief heeft voor ernstig lijden, zal aangenomen kunnen worden dat deze hoe dan ook tot deze behandeling zou hebben besloten.

In de praktijk is het vaak moeilijk te bepalen hoeveel informatie nodig is. In zijn algemeenheid geldt dat de informatieplicht uitgebreider is als:

- de behandeling extra ingrijpend is;
- het risico vaker voorkomt;
- het risico onder de gegeven omstandigheden eerder te verwachten is;
- de voorgenomen ingreep minder noodzakelijk is (esthetische of therapeutisch niet noodzakelijke operatie);
- er meerdere alternatieven voor de ingreep zijn;
- het een nieuwe behandelmethode betreft die nog weinig is toegepast en/of omstreden is.

VOORBEELD:

Een orthopeed besluit samen met een patiënt tot een risicovolle teencorrectie, omdat de patiënt geen zin heeft in orthopedische schoenen. Complicaties leiden tot een beenamputatie. Patiënt ontkent vervolgens ooit bezwaren te hebben gemaakt tegen orthopedische schoenen en dient een schadeclaim in die hoog oploopt. De arts kan niet aantonen dat de patiënt zelf de operatie wilde, omdat hij deze overweging nooit heeft genoteerd. De aansprakelijkheid moet worden erkend.

Het is vaak ondoenlijk om alle informatie rond het informed consent uitgebreid te noteren. In de praktijk worden, vaak in samenwerking met de afdeling patiëntenvoorlichting, hulpmiddelen ontwikkeld om de noodzaak van uitvoerige aantekeningen in het dossier te verminderen.

Hulpmiddelen kunnen bijvoorbeeld zijn: toestemmingsformulieren, checklists, brochures/folders, audiovisueel materiaal en interne, vastgelegde afspraken wie welke informatie verstrekt.

TOESTEMMINGSFORMULIEREN

De veronderstelling, dat via ondertekening van een dergelijk formulier door de patiënt de arts naderhand kan bewijzen dat de patiënt toestemming heeft verleend voor de behandeling, berust op een misverstand. Juridisch gezien geeft een toestemmingsformulier zeker geen volledige vrijwaring en het effect is dus zeer betrekkelijk. Daarbij komt dat de arts-patiënt relatie formeler kan worden, wat misschien tot argwaan bij de patiënt kan leiden.

VOORBEELD:

Een patiënt moet worden geopereerd aan zijn linkernier. Hij tekent een toestemmingsformulier waarin per abuis staat vermeld dat het om een operatie van de rechternier gaat. De operatie vindt daadwerkelijk plaats aan de verkeerde nier en de patiënt dient een claim in. Het toestemmingsformulier heeft in de procedure geen betekenis.

Overigens kan het gebruik van toestemmingsformulieren een nuttige functie vervullen wanneer het cosmetische en andere medisch niet strikt noodzakelijke ingrepen betreft, waarbij extra goed moet worden vastgelegd wat aan informatie verstrekt is. Ook kan het zinvol zijn om een *checklist* patiëntenvoorlichting te (laten) ontwikkelen. In een checklist wordt opgesomd wat aan de patiënt moet worden verteld en door wie en kan worden aangevinkt of dit al is gebeurd en door wie. Zeker als de checklist is toegesneden op een specifiek onderzoek of bepaalde behandeling kan deze dienen als geheugensteuntje voor de hulpverlener en als hulpmiddel ter ondersteuning van de communicatie. U kunt een kopie van de checklist toevoegen aan het dossier.

Een ander hulpmiddel is het meegeven van patiënteninformatiefolders en het wijzen op videomateriaal. Hiermee kan de voorlichting niet worden vervangen, maar wel worden beperkt tot de hoofdpunten met verwijzing naar het voorlichtingsmateriaal.

Door in het patiëntendossier te vermelden welk aanvullend materiaal is gegeven, staat de hulpverlener sterker in een eventuele juridische procedure.

Tot slot kan veel dubbel werk en miscommunicatie worden voorkomen door tussen hulpverleners afspraken te maken over wie welke voorlichting op welk moment geeft (bijvoorbeeld in zorg- en behandelprotocollen). Deze afstemming is zowel interdisciplinair als extramuraal van belang.

CAUSALITEIT

De vraag of de schade nu wel of niet is veroorzaakt door het tekort schieten van de arts raakt aan het laatste belangrijke punt in het aansprakelijkheidsrecht: de causaliteit.

Komt vast te staan dat door de arts verwijtbare fouten zijn gemaakt, dan zal moeten worden onderzocht tot welke schade die hebben geleid. Alleen die schade komt voor vergoeding in aanmerking, die in redelijkheid het gevolg is van de fout van de arts.

Er zal dan ook moeten worden onderzocht of en in hoeverre de fout van de arts aantoonbaar nadelig van invloed is geweest op het medische beloop.

ALLEEN SCHADE DIE IN REDELIJKHEID HET GEVOLG IS VAN EEN FOUT VAN EEN ARTS KOMT VOOR VERGOEDING IN AANMERKING

Eén manier om dit te benaderen is het leerstuk van de zogenaamde *proportionele aansprakelijkheid*. Van belang is hierbij de vraag of de patiënt bij een correcte behandeling beter af zou zijn geweest en hoe groot deze, inmiddels gemiste, kans op een beter resultaat zou zijn geweest. In de rechtspraak is al eens uitgemaakt dat aan de patiënt vanwege een gemiste kans op genezing slechts een bepaald percentage van de geleden schade wordt vergoed. Met name in de medische aansprakelijkheid komen onzekere causale verbanden veel voor. Men heeft immers vaak al een afwijking of aandoening waarvoor men juist medische hulp heeft gezocht. Ook als de arts een fout heeft gemaakt zullen vaak niet alle klachten van de patiënt tot die fout te herleiden zijn.

Een hiermee samenhangende ontwikkeling is het leerstuk van de zogenaamde *omgekeerde bewijslast*. Dit kan de causale toerekening in hoge mate beïnvloeden. De Hoge Raad, ons hoogste civielrechtelijke rechtscollege, heeft inmiddels bepaald dat, als men door onzorgvuldig handelen of nalaten een specifiek risico op het ontstaan van schade in het leven roept, de kans op schade hierdoor aanmerkelijk wordt vergroot en dit risico zich ook verwezenlijkt, het verband tussen het onrechtmatige handelen en de schade in beginsel gegeven is. De patiënt dient 'slechts' te bewijzen dat er onrechtmatig is gehandeld, dat dit een aanmerkelijk groter risico op schade heeft veroorzaakt en dat het risico dat hierdoor is gecreëerd zich ook daadwerkelijk heeft verwezenlijkt.

De arts ziet zich vervolgens gesteld voor de opdracht om te bewijzen dat de schade, die patiënt stelt geleden te hebben, geen gevolg is van het onrechtmatige handelen. Een voorbeeld hiervan is een gemiste enkelfractuur, waar- bij ook bij correcte en tijdige behandeling restverschijnselen kunnen overblijven. Als de fractuur echter verwijtbaar is gemist (er is bijvoorbeeld geen goed functieonderzoek gedaan) kan de arts nu voor de bewijslast worden gesteld om aan te tonen dat patiënt geen schade heeft geleden door het missen van de fractuur, omdat restloos herstel ook bij eerdere behandeling niet aannemelijk was geweest.

VERZEKERING

Gelukkig voor zowel arts-assistent als opleider kan men zich tegen medische aansprakelijkheid verzekeren via het ziekenhuis. Deze aansprakelijkheidsverzekering verzekert tegen de geldelijke gevolgen van aansprakelijkheid van de verzekerde voor schade. Lijdt een patiënt schade dan betekent dit nog niet dat de verzekeraar zal overgaan tot uitkering. Er moet immers, zoals hiervoor al toegelicht, óók sprake zijn van verwijtbaarheid.

Gedekt is de aansprakelijkheid voor personenschade, zaakschade en vermogensschade. Onder personenschade wordt verstaan letsel of benadeling van de gezondheid, al dan niet met de dood als gevolg, alsmede de daaruit voortvloeiende schade. Onder zaakschade wordt verstaan beschadiging, vernietiging of verloren gaan van zaken alsmede de daaruit voortvloeiende schade. Denk aan zoekgeraakte gehoorapparaten, kunstgebitten of vermiste sieraden. Onder vermogensschade wordt begrepen de schade die niet het gevolg is van personen- of zaakschade. Bijvoorbeeld het missen van een werkdag omdat men op een afspraak bij de arts verschijnt die op het laatste moment wordt afgezegd. De dekking van vermogensschade is beperkt tot uitsluitend de vermogensschade van de patiënt zelf. Vermogensschade van derden (niet-patiënten) valt dus niet onder de dekking. Denk daaraan als u besluit keuringen voor bijvoorbeeld verzekeraars te gaan verrichten.

In de polisvoorwaarden is de verplichting opgenomen dat de verzekerde gehouden is de verzekeringsmaatschappij onmiddellijk - *en wel binnen vijf werkdagen - in te lichten over elke aanspraak of omstandigheid* waaruit een verplichting tot schadevergoeding kan voortvloeien. *Deze verplichting brengt derhalve met zich mee dat de arts in bepaalde gevallen reeds gehouden is de verzekeraar te informeren, zelfs als er nog geen sprake is van een daadwerkelijke aansprakelijkstelling.* Bijvoorbeeld bij een verzoek van een letselschadeadvocaat om medische informatie of een tegen de arts ingediende tuchtklacht in een zaak waar de patiënt schade heeft geleden.

Een patiënt kan niet rechtstreeks een claim indienen bij de schadeverzekeraar. Het ziekenhuis *dient er voor te zorgen* dat de claim wordt aangemeld bij de verzekeraar. Het is dan ook belangrijk dat u claims meldt aan de directie van het ziekenhuis, zodat de directie de claim kan doorgeven aan de verzekeraar.

RECHTSBIJSTAND

In geval van een tuchtklacht beoordeelt de verzekeringsmaatschappij ook of men misschien een belang heeft bij de uitkomst van die tuchtprocedure. Het komt voor dat patiënten naar de tuchtrechter stappen ter voorbereiding van een aansprakelijkheidsclaim. Het is voor de verzekeraar dan van belang dat de arts in die tuchtprocedure wordt bijgestaan door een terzake deskundige advocaat die de belangen van de arts zo goed mogelijk behartigt. In die gevallen kan de aansprakelijkheidsverzekeraar besluiten om rechtsbijstand te verlenen, ook als er geen rechtsbijstandverzekering is afgesloten. Maar dit speelt zeker niet in alle gevallen. Voorbeelden hiervan zijn tuchtzaken over bejegeningsskwesties, die niet (snel) tot een schadeclaim zullen leiden, *zaken met een gering financieel belang* en zaken waarin de aansprakelijkheid al van tevoren vast staat, zoals bijvoorbeeld bij links/rechtsverwisselingen en achtergebleven operatiemateriaal. In die zaken zal de aansprakelijkheidsverzekeraar geen rechtsbijstand verlenen in de tuchtzaak en zal de arts dat zelf dienen te verzorgen. Alleen al om die reden is het verstandig om naast een aansprakelijkheidsverzekering een rechtsbijstandverzekering voor beroepen af te sluiten, zodat u toch van rechtsbijstand in de tuchtzaak verzekerd bent.



De patiënt centraal, ook bij incidenten

DE GOMA: WAT MAG DE ARTS ZEGGEN BIJ EEN (MOGELIJKE) FOUT?

De stelling dat een arts niet met de patiënt over mogelijke fouten zou mogen praten is een hardnekkig misverstand. Het tegendeel is waar: het is juist van belang dat er een open communicatie plaats vindt over complicaties en fouten en dat vastgestelde fouten ook worden toegegeven, daarvoor excuses worden aangeboden en spijt wordt betuigd.

Op welke wijze een arts kan en dient te handelen en te communiceren bij een mogelijke fout is inmiddels beschreven in de *Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid* (afgekort GOMA).

In juni 2009 is deze gedragscode tot stand gekomen. Aan de gedragscode werd, naast MediRisk, bijgedragen door patiënten, artsen (KNMG), verzekeraars en ziekenhuizen (VU en Erasmus MC). Als adviseurs zijn het Ministerie van Justitie, de Vereniging van Advocaten voor Slachtoffers (ASP) en de Vereniging Letselschade Advocaten (LSA) betrokken geweest.

De aanleiding voor het opstellen van deze gedragscode is geweest dat bij het vaststellen van de aansprakelijkheid na een claim van een slachtoffer in de gezondheidszorg zich regelmatig problemen voordeden. Rapporten van Stichting De Ombudsman en de NPCF over negatieve ervaringen van patiënten na een medisch incident waren een duidelijk signaal voor de branche om gezamenlijk te werken aan het verbeteren van de positie van de patiënt. Het resultaat daarvan is de GOMA. De Letselschade Raad heeft dit project gefaciliteerd. De Letselschade Raad wordt onder meer gevormd door slachtofferorganisaties, belangenbehartigers en verzekeraars, en biedt het platform voor overleg tussen deze partijen, betrokken bij de letselschaderegeling.

De GOMA geeft een aantal aanbevelingen dat betrekking heeft op de *communicatie* tussen patiënt en zorgaanbieder. Een goede communicatie voorkomt immers dat er misverstanden ontstaan over een (onnodige) klacht of claim.

EEN GOEDE COMMUNICATIE VOORKOMT DAT ER MISVERSTANDEN ONTSTAAN OVER EEN (ONNODIGE) KLACHT OF CLAIM

Tevens geeft de GOMA aanbevelingen voor het geval het tot een *verzoek om schadevergoeding* komt. Ook dan kan namelijk een adequate reactie van de zorgaanbieder bijdragen aan een vlotte en bevredigende behandeling van een claim, voor de patiënt, maar ook voor de arts.

Al met al bevat de GOMA totaal 19 aanbevelingen met een toelichting daarop.

Meer informatie over de GOMA vindt u op de website van MediRisk:
www.medirisk.nl/medischeaansprakelijkheid/goma

De volgende aanbevelingen van de GOMA zijn van belang indien zich een incident heeft voorgedaan dat tot schade voor patiënt heeft geleid of kan leiden:

- de arts dient er voor te zorgen dat in het medisch dossier informatie wordt opgenomen over de aard en toedracht van het incident en over de (mogelijke) gevolgen van het incident voor de patiënt;
- de arts dient zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen 24 uur na het ontdekken van een incident, contact op te nemen met de patiënt of diens naasten;
- de arts dient te onderzoeken hoe het incident heeft kunnen ontstaan;
- de arts zal, zodra de toedracht van het incident bekend is, de patiënt daarover duidelijk dienen te informeren, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de wensen en behoeften van de patiënt;
- de arts dient zich in te spannen om gegevens en verklaringen te verzamelen die behulpzaam kunnen zijn bij de vaststelling van de feiten;
- blijkt uit het onderzoek naar de toedracht van het incident dat er sprake is geweest van een fout, dan wordt van de arts verwacht dat hij dat erkent en daarvoor verontschuldigingen aanbiedt.

POLISVOORWAARDE: “de verzekerde dient zich te onthouden van uitspraken die het belang van de verzekeraar kunnen schaden”

Maar hoe verhoudt de hiervoor geschetste openheid die een arts dient te betrachten zich met de polisvoorwaarden van de aansprakelijkheidsverzekeraar, waarin is bepaald dat de verzekerde zich dient te onthouden van uitspraken die het belang van de verzekeraar kunnen schaden?

De erkenning van een fout staat niet gelijk aan civielrechtelijke aansprakelijkheid. Dit staat ook met zoveel woorden in de GOMA. Wat echter met de betreffende polisbepaling wordt beoogd is te voorkomen dat de arts wel uitspraken doet over die civielrechtelijke aansprakelijkheid in termen als *verwijtbaarheid*, *aansprakelijkheid*, *schuld en schadevergoeding*. Dergelijke uitspraken kunnen de aansprakelijkheidsverzekeraar ten onrechte binden. Aangezien

de verzekeraar het financiële risico draagt voor het betalen van schadevergoeding, heeft zij er een gerechtvaardigd belang om zich het exclusieve recht voor te behouden om uitspraken te doen over de verwijtbaarheid, aansprakelijkheid, schuld en schadevergoeding. Overigens kan een arts uiteraard wel de aansprakelijkheid erkennen bij overduidelijke fouten, zoals een links- rechtsverwisseling.

Het is daarnaast in het belang van zowel de arts als de patiënt om te voorkomen dat door uitspraken van de arts onterechte verwachtingen over het krijgen van schadevergoeding worden gewekt. De patiënt heeft het al moeilijk genoeg met het verwerken van het tegenvallende resultaat van de medische behandeling.

Doet zich tijdens een gesprek over een incident de situatie voor dat de patiënt verlangt dat de arts aansprakelijkheid erkent voor (mogelijke) schade, dan kan de arts aangeven dat hij daarover geen uitspraak kan doen, gelet op het juridische karakter van de kwestie. Daarnaast kan hij opmerken dat dit zijn vakgebied niet is en aanbieden aan de patiënt om de kwestie te melden bij zijn aansprakelijkheidsverzekeraar, die vervolgens de claim zal beoordelen. In de GOMA is een aanbeveling opgenomen, die inhoudt dat de arts de patiënt mondeling en schriftelijk informeert over de mogelijkheid om een claim in te dienen en over de daarvoor geldende criteria en procedures.



Deel 2: dossiervoering

MEDISCH VERSUS JURIDISCH PERSPECTIEF

Dossiervoering is een lastige klus. Niet in de laatste plaats omdat vanuit medisch perspectief andere eisen worden gesteld aan het patiëntendossier dan vanuit juridisch perspectief. Vanuit medisch oogpunt kan meestal worden volstaan met een korte en bondige aantekening over de belangrijkste medische bevindingen, handelingen en afgesproken beleid. Uitvoerige aantekeningen vergen tijd en zijn ook niet steeds nodig om een goede en continue zorgverlening te kunnen waarborgen.

Vanuit juridisch oogpunt moet het dossier echter *bij voorkeur* uitgebreidere informatie bevatten om bij mogelijke verwickelingen te kunnen verantwoorden dat de zorg op de juiste wijze is verleend. Met name notities over de aan de patiënt gegeven informatie en de door de patiënt gegeven toestemming rond zijn medische behandeling ('informed consent') zijn belangrijk. Maar ook notities met betrekking tot overwegingen om bijvoorbeeld van een protocol af te wijken. Wordt niet voldoende genoteerd, dan leert de ervaring dat daaruit in juridische zin problemen voor de hulpverlener kunnen voortvloeien. Dit heeft te maken met het feit dat patiënten in geval van een klacht of een claim bewijsrechtelijk een beschermde positie hebben: die brengt met zich mee dat de arts in staat moet zijn om zijn of haar handelwijze aan de hand van het dossier te onderbouwen. Is onvoldoende genoteerd in het medisch dossier, dan kan dit ertoe leiden dat de bewijslast bij de arts wordt gelegd in plaats van bij de patiënt. De arts zal dan moeten bewijzen dat hij of zij wel zorgvuldig heeft gehandeld. Hoewel een medisch dossier nooit bedoeld is als een soort proces-verbaal van medische behandeling, kan het die rol in een procedure soms wel krijgen.

DOSSIERPLICHT

De verplichting voor de arts om een dossier bij te houden berust op de WGBO. Hierin is bepaald dat hij die gegevens moet noteren die voor een goede hulpverlening noodzakelijk zijn. Het is bij medische aansprakelijkheidskwesties van groot belang dat de verslaglegging in het medisch dossier zorgvuldig gebeurt. Met een goede verslaglegging zal de arts er beter in slagen om aan zijn ophelderplicht te kunnen voldoen en op die manier een betere bewijspositie verwerven.

DIE GEGEVENS VASTLEGGEN DIE VOOR EEN GOEDE HULPVERLENING NOODZAKELIJK ZIJN

TIP

Houdt u in uw achterhoofd dat u zich zelf wel vaak kunt herinneren welke handelingen u heeft verricht en wat u met de patiënt heeft besproken, maar dat dit vaak onvoldoende bewijskracht heeft in een eventuele schade- of tuchtprocedure. Daarnaast kan een claim jaren later worden gemeld en zal het minder makkelijk zijn om terug te halen wat er is gebeurd en besproken.

TE NOTEREN EN BEWAREN GEGEVENS

Welke gegevens de hulpverlener moet noteren en bewaren in het patiëntendossier voor een goede hulpverlening, verschilt per behandelingsituatie. De hulpverlener zal dit dus per situatie moeten beoordelen. Het verdient aanbeveling om in het poliklinisch en/of het klinisch dossier in ieder geval de volgende gegevens te noteren en te bewaren (als deze zijn aangemaakt uiteraard).

- *Aantekeningen van diagnose, bevindingen, behandelplan*
Wees zo volledig mogelijk in het beschrijven van alle bevindingen en handelingen, met name als de bevindingen bepalend zijn voor bijvoorbeeld de gekozen techniek. Niet alleen afwijkende bevindingen of uitslagen en de daaropvolgende handelingen moeten worden genoteerd.
- *Notities over informed consent*
Om in voorkomende gevallen te kunnen verantwoorden dat de patiënt volledige en juiste informatie heeft gekregen over zijn behandeling, is het belangrijk om te noteren welke informatie over de behandeling is gegeven. Denkt u daarbij ook aan de besproken risico's en complicaties, alternatieve behandelmethoden, toekomstverwachtingen en nazorginstructies. Ook is het belangrijk te noteren dat de patiënt toestemming heeft gegeven om een onderzoek of behandeling te verrichten. Noteert u ook het eventueel gebruikte voorlichtingsmateriaal (folder, video) en de eventueel telefonisch uitgewisselde informatie met de patiënt.
- *Voortgangsrapportages*
- *Verwijs- en ontslagbrieven*

- *Patiëntendossier van de vorige hulpverlener in geval van wisseling van hulpverlener*
- *Onderzoeksuitslagen*
- *Röntgenfoto's, ECG's, CTG's, uitslagen van laboratoriumtesten, pathologisch onderzoek*
Alleen voor zover relevant voor de behandeling! Realiseert u zich bij het invullen van (ook te bewaren) aanvraagformulieren dat datum en signering van belang kunnen zijn voor eventuele bewijsvoering achteraf.
- *SEH-formulier*
Van iedere patiënt die de spoedeisende hulp (SEH) bezoekt dienen de personalia te worden genoteerd, de lichamelijke klachten en de ondernomen actie. Ook als de patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts, dient dit te worden genoteerd. In geval van telefonische klachten, bijvoorbeeld over een gipsbehandeling, is het belangrijk deze te noteren, inclusief wijze van afhandeling.
- *IC-lijsten*
- *Operatieverslag, anesthesieverslag, partusverslag*
Korte en bondige aantekeningen zijn voldoende zolang daaruit achteraf de gang van zaken kan worden gereconstrueerd. Uit bijvoorbeeld een operatieverslag moet kunnen worden afgeleid op welke wijze de ingreep is verricht en wat de bevindingen waren voor, tijdens en na de ingreep. Beschrijft u alle eventueel afwijkende (anatomische) situaties en/of opgetreden complicaties nauwkeurig.
- *Eventueel aangeleverde informatie door de patiënt*
Op verzoek van een patiënt kunnen bepaalde gegevens aan het dossier worden toegevoegd, zoals de persoonlijke visie van een patiënt of een brief van een andere hulpverlener. Daarnaast dienen door de patiënt op schrift gestelde wilsverklaringen (euthanasie, geen bloed toedienen bij Jehova's Getuigen e.d.) in het dossier te worden opgenomen.

TIP

- Telefonisch overleg tussen de arts in het ziekenhuis en de patiënt of de huisarts wordt vrijwel nooit in het dossier vastgelegd. Dit levert geregeld (bewijs)problemen op. Hoewel het praktisch gezien een opgave is om dit vast te leggen is het toch belangrijk om hier zorgvuldig mee om te gaan.
- Van het verpleegkundig dossier dient ten minste een samenvatting te worden bewaard. De temperatuur- en medicatielijsten zijn belangrijk om te bewaren. Ook paramedische dossiervoering bevat vaak belangrijke gegevens en dient daarom integraal onderdeel uit te maken van het patiëntendossier (bijvoorbeeld verslag fysiotherapie, dieetformulieren).
- Soms wordt ervoor gekozen om bepaalde gegevens (bijvoorbeeld labuitslagen) niet aan het papieren dossier toe te voegen maar deze alleen digitaal op te slaan. Dan is het wel van belang dat in het papieren dossier een verwijzing naar de elektronisch opgeslagen gegevens wordt opgenomen. Dit kan bijvoorbeeld op een apart blad, waarop wordt vermeld welke gegevens elektronisch zijn opgeslagen, onder vermelding van de vindplaats.

WELKE GEGEVENS JUIST NIET IN HET PATIËNTENDOSSIER?

Enkele stukken die uitdrukkelijk niet tot het dossier behoren, zijn de volgende.

- *Correspondentie rond schadeclaims en klachten*
Voor het overzicht is het goed om een aantekening in het dossier te maken van een ingediende klacht of claim, maar de stukken uit het schadedossier (brieven, rapporten e.d.) dienen apart van het patiëntendossier gearchiveerd te worden. Daarmee wordt voorkomen dat deze stukken op verkeerde plekken terechtkomen. Het kan niet alleen voor de patiënt vervelend zijn als een behandelaar via het dossier verneemt dat de patiënt over een collega heeft geklaagd. Ook de hulpverlener zelf kan worden geschaad wanneer de advocaat van een patiënt in een schadeprocedure inzage krijgt in de correspondentie tussen (o.a.) de schadeverzekeraar en de hulpverlener door het opvragen van een kopie van het patiëntendossier.
- *FONA-, MIP- en VIM gegevens of meldingen aan de Inspectie in geval van een calamiteit*
De correspondentie over deze meldingen dient apart van het patiëntendossier te worden bewaard. Van de melding kan zo nodig wel een aantekening worden gemaakt in het patiëntendossier.
- *Persoonlijke werkaantekeningen*
Hulpverleners maken soms aantekeningen als geheugensteun-tje voor de eigen voorlopige gedachtevorming. Dit zijn notities die een tijdelijke functie vervullen voor de hulpverlener zelf (dus niet voor andere betrokken hulpverleners) en daarna vernietigd kunnen worden. Dergelijke persoonlijke werkaantekeningen horen niet thuis in het dossier.
- *Aanstootgevende of humoristische opmerkingen over een patiënt, zijn karakter, gewoonten of uiterlijk*

FONA-, MIP- EN VIM-GEGEVENS OF MELDINGEN AAN DE INSPECTIE NIET IN PATIËNTENDOSSIER

VALKUILEN EN TIPS

Uit de praktijk van de schadebehandeling komt een aantal valkuilen rond de dossievoering naar voren. Deze valkuilen kunnen zeer vervelende gevolgen hebben voor de patiënt en hulpverlener als hierdoor fouten in de zorgverlening ontstaan. Een en ander kan ook onaangename gevolgen hebben voor de hulpverlener als het tot een schadeclaim of tuchtprocedure komt.

Met de volgende tips kan veel ellende worden voorkomen.

- *Let op uw handschrift*
- *Noteer uw naam, datum en tijdstip*
Reconstrueerbaarheid van het verloop van een behandeling is belangrijk. In de directe zorgverlening voorkomt het miscommunicatie en irritaties. Maar ook in een eventuele juridische procedure zijn deze gegevens van groot belang. Noteert u daarom bij uw notities uw naam, datum en tijdstip.
- *Alleen uw handtekening of paraaf is vaak niet inzichtelijk*
Noteert u niet (alleen) uw handtekening of paraaf, maar (ook) uw naam of eventueel uw initialen. Het is aan te raden om op een centrale plaats een actuele lijst met de in de instelling gebruikte initialen te bewaren. Ook kan gedacht worden aan een naamstempel voor alle hulpverleners.
- *Wees voorzichtig met het gebruik van afkortingen*
U weet wat die afkortingen betekenen, maar weten anderen dat ook? Betekent bijvoorbeeld de afkorting 'AP' angina pectoris of achillespees? Wees terughoudend met het gebruik van afkortingen en beperkt u zich tot de gangbare afkortingen.
- *Let op duidelijke medicatieopdracht*
Bij het eventueel voorschrijven van medicatie moet de dosering duidelijk worden vermeld om eventuele vergissingen uit te sluiten. Het juist plaatsen van de decimaal punt lijkt een simpele zaak, maar de praktijk leert dat het goed is hierop de aandacht te vestigen.
- *Verwijder of overschrijf eventuele fouten in het dossier zichtbaar*
U kunt fouten doorstrepen, waarna u de correcte bevinding tezamen met de naam, datum en tijd opschrijft. Probeer nooit achteraf bepaalde veranderingen of opmerkingen tussen te

voegen, ook niet als er een klacht of claim wordt aangekondigd. Soms is het wel nuttig om op eerdere verslaglegging nog een aanvulling te geven (bijvoorbeeld als u later nog iets te binnen schiet), maar doet u dit dan op een aparte plek (onder de eerdere aantekening of op een los vel) en met toevoeging van naam en datum. Een correctie of aanvulling moet altijd als zodanig herkenbaar zijn. Er mag niet getwijfeld worden aan de juistheid van het medische dossier!

- *Bewaak uw positie als arts-assistent*

Het zij herhaald: als een arts-assistent twijfelt aan de beoordeling van een patiënt of aan het ingezette beleid en de hulp van een opleider (overweegt en) inroept, is het van groot belang dat hiervan in de status ook melding wordt gemaakt. Het verdient sterke aanbeveling om de momenten waarop met de opleider wordt overlegd en wat op die momenten door de opleider als beleid wordt uitgezet in de status op te schrijven. De arts-assistent zal bijvoorbeeld moeten kunnen aantonen dat hij op enig moment advies bij de opleider heeft ingewonnen, dat heeft opgevolgd of dat hij er buiten zijn schuld niet in geslaagd is dit advies in te winnen, omdat de opleider niet thuis gaf.

BEWAARtermijn

Medische gegevens dienen 15 jaar bewaard te worden. Van overheidswege wordt verwacht dat wetenschappelijke verenigingen zelf overzichten opstellen van soorten gegevens die in het belang van de patiënt of zijn familie langer dan 15 jaar bewaard moeten worden. Daarbij zou ook bepaald kunnen worden hoeveel langer deze gegevens bewaard moeten worden.

Vernietiging van het dossier na verstrijking van deze termijn mag alleen achterwege blijven als een specifieke wettelijke regeling een andere bewaartermijn voorschrijft (bijvoorbeeld voor dossiers in academische ziekenhuizen) of als uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit dat gegevens langer bewaard moeten blijven. Daarnaast kan een patiënt met de hulpverlener afspreken dat het dossier langer (of korter) wordt bewaard.

Bij gegevens die op grond van goed hulpverlenerschap langer bewaard moeten blijven, kan gedacht worden aan gegevens die van belang zijn voor de patiënt (bijvoorbeeld bij langlopende of

terugkerende behandelingen of gegevens uit de periode van minderjarigheid) maar ook voor derden, zoals gegevens betreffende erfelijke aandoeningen (van belang voor de familie). Ook kan het belang van de hulpverlener zelf aan de orde zijn als de gegevens belangrijk zijn voor de bewijsvoering in een juridische procedure.

Het komt voor dat (delen van) dossiers, met name de verpleegkundige gegevens, binnen de bewaartermijn worden vernietigd. Ook de verpleegkundige gegevens maken echter deel uit van het medisch dossier. De ervaring bij het behandelen van claims heeft geleerd dat met name het verpleegkundige dossier relevante informatie bevat die behulpzaam kan zijn bij de beoordeling. Het is derhalve van belang dat ook die gegevens 15 jaar bewaard worden. Ruimtegebrek of het slechts zelden opgevraagd worden van materiaal mag niet als argument gebruikt worden om een kortere bewaartermijn te hanteren.

De medische gegevens kunnen overigens digitaal worden opgeslagen en bewaard. De WGBO bevat geen bepalingen die er aan in de weg staan om het origineel digitaal op te slaan. Nadat het dossier digitaal is opgeslagen kan het origineel worden vernietigd. Een uitzondering hierop vormen belangrijke documenten als schriftelijke wilsverklaringen, waarvan eventueel de authenticiteit moet kunnen worden vastgesteld: bewaar daarvan altijd het origineel.

TIP

Voor welke opslagmethode van dossiers ook wordt gekozen, de gegevens dienen goed reproduceerbaar en toegankelijk te blijven. Dus zorg er bijvoorbeeld voor dat de gegevens zorgvuldig worden gescand en zodanig worden opgeslagen dat deze na verloop van tijd nog goed leesbaar zijn.

BEWAREN BIJ CLAIMS EN (TUCHT)KLACHTEN

Zodra het vermoeden ontstaat dat een bepaalde (be)handeling mogelijk juridische gevolgen zal hebben, is het aan te bevelen de kerngegevens over de patiënt veilig te stellen of duidelijk te markeren zodat zij niet worden vernietigd. Gedacht kan worden

aan gegevens als het anesthesieverslag, operatieverslag, PA-verslagen, verwijz- en ontslagbrieven e.d.

TIP

Wees alert op het bewaren van een patiëntendossier wanneer een handeling mogelijk juridische gevolgen kan hebben, dus ook wanneer een klacht of schadeclaim dreigt.

VERJARINGSTERMIJN

Voor 'risico'-dossiers is de verjaringstermijn van belang. Een tuchtklacht kan worden ingediend tot 10 jaar na het moment waarop de gewraakte handeling van de beroepsbeoefenaar heeft plaatsgevonden. Voor schadeclaims ligt dit anders. Pas nadat een patiënt bekend is geworden met zowel de schade als met de daarvoor aansprakelijke persoon (en dat kan ook jaren na het voorval zelf zijn), begint vanaf de daaropvolgende dag een verjaringstermijn van 5 jaar te lopen. De patiënt moet actie ondernemen binnen 5 jaren na het moment dat hij redelijkerwijs in staat is om een rechtsvordering in te stellen. Met andere woorden: de termijn begint pas te lopen als het slachtoffer niet alleen een verband kan leggen tussen wat in het ziekenhuis is voorgevallen en de gestelde schade, maar ook met voldoende nauwkeurigheid weet wat de precieze oorzaak is of zou kunnen zijn van deze schade. Na het verstrijken van die termijn heeft een schadeclaim op grond van verjaring in beginsel geen kans van slagen. Het startmoment van deze termijn ligt dus niet vast en het zal niet altijd duidelijk zijn of en wanneer hij is verlopen. Houdt u daarmee rekening bij eventuele 'risico'-dossiers.

Voor medische behandelingen bij minderjarigen die na *1 februari 2004* hebben plaatsgevonden geldt een bijzondere verjaringstermijn: de termijn van 5 jaar begint pas te lopen vanaf het moment van meerderjarigheid (18 jaar). Deze nieuwe termijn voor minderjarigen is op 1 februari 2004 bij wet ingevoerd, maar heeft geen terugwerkende kracht, hetgeen betekent dat die niet geldt voor medische behandelingen bij minderjarigen daterend van voor 1 februari 2004. Daarvoor is de algemene regel, zoals in de voorgaande alinea weergegeven, van toepassing.

VERNIETIGING = RECHT, TENZIJ

Een patiënt heeft het recht op vernietiging van zijn gehele patiëntendossier of, als daar specifiek om wordt verzocht, van een gedeelte daarvan. Met vernietigen wordt ook daadwerkelijk vernietigen bedoeld, dus het versnijden, verbranden of anderszins verwijderen van de gegevens. Denkt u hierbij ook aan de gegevens die vermeld staan op de (hang)mappen en in de computer.

Een verzoek van de patiënt tot vernietiging van de patiëntgegevens moet schriftelijk en door de patiënt ondertekend (met kopie van zijn legitimatiebewijs) worden ingediend. Deze formele eisen zijn erg belangrijk; problemen achteraf kunnen ermee voorkomen worden. Bewaart u het verzoek tot vernietiging van een dossier en de schriftelijke bevestiging hiervan in het lege dossier of in een aparte map.

Wanneer een patiënt om vernietiging van (delen van) zijn dossier verzoekt, dient hieraan in principe te worden voldaan en geldt de bewaartermijn van 15 jaar niet.

Ook als de patiënt zichzelf hiermee benadeelt, moet aan het verzoek worden voldaan. Wel dient de hulpverlener de patiënt voor de vernietiging te wijzen op de risico's van vernietiging.

Het verzoek van een patiënt tot vernietiging dient *niet* te worden ingewilligd als er in het dossier gegevens staan die van aanmerkelijk belang zijn voor *anderen* dan de patiënt. Hierbij kan worden gedacht aan familieleden van een patiënt die (vermoedelijk) aan een erfelijke ziekte lijdt. Maar ook de hulpverlener tegen wie een claim dreigt te worden ingediend, kan een gerechtvaardigd belang hebben bij bewaring van de gegevens! Deze gegevens dienen dus langer bewaard te worden.

GEHEIMHOUDINGSPLICHT

Dossiers bevatten persoonlijke gegevens van een patiënt. Daarom moet de beheerder van het archief (de directie of de hulpverlener) de geheimhouding van de dossiergegevens en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt kunnen garanderen.

Tegelijk moeten de dossiers ook beschikbaar en toegankelijk zijn voor de hulpverlener; ook tijdens weekenden en voor verschillende locaties van een ziekenhuis. Er moet dus een goed evenwicht worden gevonden tussen privacy-bescherming en toegankelijkheid voor de hulpverleners.

Duidelijke afspraken over de wijze van beschikbaar houden van dossiers (waaronder vastlegging van uitleengegevens ter tracering van een dossier) zijn dan ook belangrijk.

INZAGERECHT

Inzage gegevens door direct betrokken hulpverleners

Alleen de gegevens die relevant zijn voor een bepaalde behandeling zijn zonder toestemming van de patiënt voor de medebehandelaar(s) toegankelijk. Dit recht op inzage vervalt als de patiënt hiertegen uitdrukkelijk bezwaar heeft gemaakt. Hulpverleners die niet direct betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt, hebben dus geen inzage in het dossier van de patiënt, tenzij de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven.

DE PATIËNT HEEFT RECHT OP INZAGE, MAAR IS GEEN EIGENAAR VAN HET DOSSIER

Inzage door patiënt

De patiënt heeft recht op inzage in zijn dossier. Ook heeft hij recht op een kopie van zijn dossier, tegen betaling van een redelijke vergoeding (zie Besluit kostenvergoeding rechten betrokkenen WBP).

De patiënt is geen eigenaar van het dossier. Hij heeft dan ook geen recht op afgifte van originele gegevens. Het is in principe niet verstandig originele gegevens uit handen te geven en u hoeft dat ook niet te doen. Het recht op inzage in en afschrift van medische gegevens geldt in beginsel voor alle gegevens in het dossier, dus ook röntgenfoto's, verwijsbrieven en ontslagbrieven. De hulpverlener kan zich richting de patiënt *niet* beroepen op de zogenaamde 'therapeutische exceptie' (het in het belang van de patiënt achterhouden van bepaalde informatie over diens behandeling of gezondheidstoestand) als het gaat om het verstrekken van een afschrift van het dossier. Dit kan alleen bij het geven van mondelinge inlichtingen.

Overigens: de mogelijkheid van een schadeclaim mag nooit reden zijn om inzage te weigeren.

TIP

Soms worden de originele röntgenfoto's aan de patiënt meegegeven voor een vervolgbehandeling in een ander ziekenhuis of voor een second opinion. Als u dit doet, gelieve dit ook duidelijk in het dossier te vermelden. Daarmee wordt discussie achteraf (over wie de foto's in bezit zou moeten hebben e.d.) voorkomen. Gelukkig worden steeds vaker röntgegegevens digitaal vastgelegd en op cd aan derden verstrekt, zodat de originele gegevens in het ziekenhuis bewaard kunnen blijven.

TIP

Houdt u er rekening mee dat alle informatie die in het patiëntendossier is opgenomen onder het inzagerecht valt. Werkaantekeningen van de hulpverlener, gegevens rond een klacht, claim, incident-melding of melding bij de Inspectie vallen mits zij apart van het dossier worden bewaard buiten het inzagerecht.

Als een patiënt inzage wil, dient de behandelaar van tevoren te controleren of het dossier geen vertrouwelijke gegevens over anderen (zoals familieleden) bevat. Dat deel van het dossier dient niet ter inzage te worden gegeven (ter voorkoming van de schending van privacy).

De patiënt heeft recht op inzage zonder tussenkomst of aanwezigheid van de hulpverlener of anderen. U kunt natuurlijk aanbieden om bij de inzage aanwezig te zijn om enige uitleg te geven over de medische terminologie; de keus is echter aan de patiënt.

INZAGE DOOR DERDEN

Voor het geven van inzage in het dossier aan een ander dan de patiënt is in beginsel toestemming van de patiënt noodzakelijk. Hij moet daartoe een schriftelijke, ondertekende machtiging afgeven. Indien de patiënt jonger is dan 16 jaar dienen zowel hijzelf als zijn ouders gezamenlijk de machtiging te ondertekenen. Als een patiënt ouder is dan 18 jaar, maar wilsonbekwaam (niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen), moet diens vertegenwoordiger toestemming worden gevraagd.

TIP

Als een patiënt de klachtenfunctionaris of -commissie heeft gemachtigd tot inzage van het dossier, dan moet de klachtenfunctionaris of -commissie voor zover mogelijk eerst de betrokken hulpverlener op de hoogte stellen. De hulpverlener moet het dossier immers eerst screenen op de aanwezigheid van vertrouwelijke gegevens over anderen.

Wanneer *nabestaanden* om inzage in een patiëntendossier verzoeken, is het uitgangspunt dat het beroepsgeheim ook na het overlijden geldt. De voormalige behandelaar van de patiënt moet bepalen of de overledene bij leven geen bezwaar zou hebben gehad tegen het verlenen van inzage. De arts kan deze zogenaamde veronderstelde toestemming meestal aannemen als de nabestaande een zwaarwegend belang aanvoert voor de wens tot inzage. Daarbij moet de arts komen tot een afweging 'in de geest van de overledene', een overweging overigens die niet eenvoudig in een enkele zin is te vatten. De toestemming van een overledene voor inzage kan in beginsel worden verondersteld wanneer nabestaanden vragen of onduidelijkheden hebben over de ingreep of behandeling en/of de gegevens wensen in verband met het indienen van een klacht of claim. Ook kan van de toestemming worden uitgegaan als bij de nabestaanden een noodzaak bestaat over gegevens van de overledene te beschikken in verband met de vaststelling van genetische risico's.

Overigens gelden rond de aanvraag van gegevens in verband met een (levens)verzekering strikte afspraken over het afgeven van een verklaring omtrent de doodsoorzaak, gemaakt tussen de KNMG en de (levens)verzekeringsmaatschappijen.

TIP

Het is wenselijk om de overwegingen, die u doen besluiten de nabestaande wel of geen inzage te geven in het dossier van de overleden patiënt, altijd in het dossier te noteren zodat daarover achteraf geen misverstanden kunnen ontstaan.

Het verzoek van derden om inzage of kopie van patiëntgegevens kan de hulpverlener voor lastige vragen stellen. Wanneer mag of moet een uitzondering worden gemaakt op het toestemmingsver-eiste van de patiënt? Wat te doen met een verzoek van de politie? Is dan ook toestemming van de patiënt nodig? En hoe moet worden omgegaan met een verzoek van een advocaat of bijvoorbeeld een keuringsarts? Ook echtscheidings-situaties kunnen voor lastige problemen zorgen: mag de ouder die geen voogdij heeft inzage krijgen in het dossier van het minderjarige kind? Om procedures te voorkomen is het van groot belang om u in dit soort situaties goed te laten adviseren. Hetzij door de juridisch adviseur van het ziekenhuis, hetzij door uw beroepsvereniging en/of rechtsbijstandverzekeraar.

TIP

Voor uitgebreide informatie over gegevensverstrekking aan derden, zoals advocaten en politie, kunt u een beroep doen op de 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' van de KNMG.



Deel 3: omgaan met klachten en claims

27

Of een schadeclaim nu terecht of onterecht is, als aangesproken arts hoort het er bij dat u op een klacht of claim moet ingaan. Zoals al eerder bij de bespreking van de GOMA aangegeven kan een goede communicatie voorkomen dat er misverstanden ontstaan over een (onnodige) klacht of claim. Om die reden zijn dan ook in de GOMA aanbevelingen opgenomen die er aan kunnen bijdragen dat gevoelens van onvrede bij de patiënt of diens naasten niet tot escalatie leiden. In deel 1 van dit artikel is reeds een aantal van die aanbevelingen genoemd. Daarbij de aanbeveling die inhoudt dat, wanneer een patiënt naar aanleiding van een incident een klacht of claim wil indienen, de arts de patiënt mondeling en schriftelijk informeert over de mogelijkheden daartoe en over de daarvoor geldende criteria en procedures. Het is namelijk van belang dat een klacht op de juiste plaats terecht komt. Gebeurt dat niet, dan kan er ook nog eens onvrede ontstaan over de wijze afhandeling van de klacht.

Een adequate klachtenopvang is belangrijk. Wanneer de klacht snel en serieus wordt opgepakt en de patiënt zijn verhaal kwijt kan, kan het vertrouwen in de hulpverlener of de instelling vaak nog worden hersteld. Dit is niet alleen winst voor de patiënt, maar ook voor de hulpverlener. Hoe eerder en beter een klacht wordt opgepakt, hoe minder tijd en energie (en soms ook ergernis) de klacht vervolgens in beslag zal nemen. Een tevreden patiënt bevordert veelal ook uw werkplezier.

Klachten geven vaak ook inzicht in mogelijke tekortkomingen in de (organisatie van) zorg. Door deze signalen op te pakken, kan de kwaliteit van zorg worden bewaakt en kunnen toekomstige klachten en claims worden voorkomen. En laat u de patiënt dan ook weten dat er maatregelen genomen worden om herhaling te voorkomen. Dat blijkt in veel gevallen het doel van zijn klacht.

Voor u als hulpverlener is het van belang dat u zelf goed op de hoogte bent van de wijze van klachtenopvang binnen in uw instelling. Hierover kunt u informatie vinden in de klachtenfolder die in de meeste ziekenhuizen aanwezig is en met invoering van de GOMA ook aanwezig dient te zijn. In de meeste zorginstellingen is een klachtenfunctionaris aanwezig die patiënten met een klacht informatie en ondersteuning kan geven en kan bemiddelen bij klachten. Als een patiënt een formeel oordeel over de gegrondheid van zijn klacht wenst, kan hij worden verwezen naar de (wettelijk verplichte) klachtencommissie van de zorginstelling voor een formele klachtenbehandeling.

Van belang is dat u een klacht niet laat liggen, maar snel reageert (ook op een brief!). Ingeval van een incident met (mogelijk) letsel voor de patiënt dient u zich zelfs proactief op te stellen: in de GOMA is onder meer bepaald dat de arts zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen 24 uur na het ontdekken van een dergelijk incident, contact op dient te nemen met de patiënt of diens naasten.

LAAT EEN KLACHT NIET LIGGEN, REAGEER SNEL!

Of er nu iets fout is gegaan bij een patiënt of niet: omgaan met klachten is een lastige zaak. De neiging kan zijn om de zaak eerst grondig uit te zoeken, 'beslagen ten ijs' te willen komen, en voor die tijd geen mededelingen te doen. Maar de patiënt kan hierdoor juist wantrouwend worden en dan loopt de spanning onnodig op. Er kan na verloop van tijd zelfs een blok tegen u worden gevormd. Om dit vóór te zijn, zijn er in de GOMA aanbevelingen hierover opgenomen, waaronder zo snel mogelijk contact zoeken en open kaart spelen. Als er iets uitgezocht moet worden, dan kunt u dat immers vermelden.

Gaat u het gesprek aan, dan is het van belang dat u een open en geïnteresseerde houding aanneemt. Luister en toon begrip. Beheers uw reactie, ga niet in de verdediging. Het is begrijpelijk dat u een klacht mogelijk ervaart als een persoonlijke aanval. Maar het doel van de patiënt is vaak heel anders, namelijk duidelijk maken dat de zorgverlening niet aan zijn verwachting voldoet. Hij voelt zich betrokken bij het ziekenhuis en vraagt om serieuze aandacht voor zijn klacht.

Daarbij is het belangrijk dat u te weten komt wat de patiënt met zijn klacht beoogt. Wil de patiënt alleen stoom afblazen, wil hij meer informatie over de behandeling, eist hij een schadevergoeding of wil hij een formeel oordeel over de gegrondheid van zijn klacht? Zoals hiervoor al aangegeven, indien u de juiste vorm van klachtenafhandeling adviseert, kan de onvrede het snelst worden weggenomen. Wellicht is dat een gesprek met de patiënt, eventueel in bijzijn van uw opleider of de klachtenfunctionaris. Bedenkt u zich hierbij dat voor alle betrokkenen een zo

informeel mogelijke klachtenopvang vaak het meeste oplevert, omdat in dit stadium iedereen meer openstaat voor een oplossing van de klacht.

Luister dus goed naar de patiënt: op wie of wat is de klacht gericht, wat is zijn doel?

Bekijk samen welke vorm van klachtenafhandeling daarbij het beste past. Betrek eventueel uw opleider in de reactie op de klacht. Als de klacht over iemand anders gaat: geef geen oordeel en doe geen uitspraak over diens optreden, maar verwijst de patiënt naar betrokkene. Tijdige en serieuze aandacht voor een klacht, of die nu terecht is of niet, kan voorkomen dat de klacht eindeloos blijft opspelen in diverse procedures. Soms is voor de patiënt het afblazen van stoom en het gevoel serieus te worden genomen al voldoende om onvrede weg te nemen. Neem dus de tijd en zorg voor een goede afronding: laat de patiënt weten welke actie u zult ondernemen en controleer of die acties ook echt worden uitgevoerd.

CONCLUSIE

Het recht legt u als arts in uw werk ontegenzeggelijk een aantal beperkingen op. Aan de andere kant maakt de wetenschap waar uw rechten beginnen en uw plichten ophouden u het leven ook een stuk gemakkelijker. Laat dit artikel u hierin een aantal nuttige inzichten hebben verschaft.

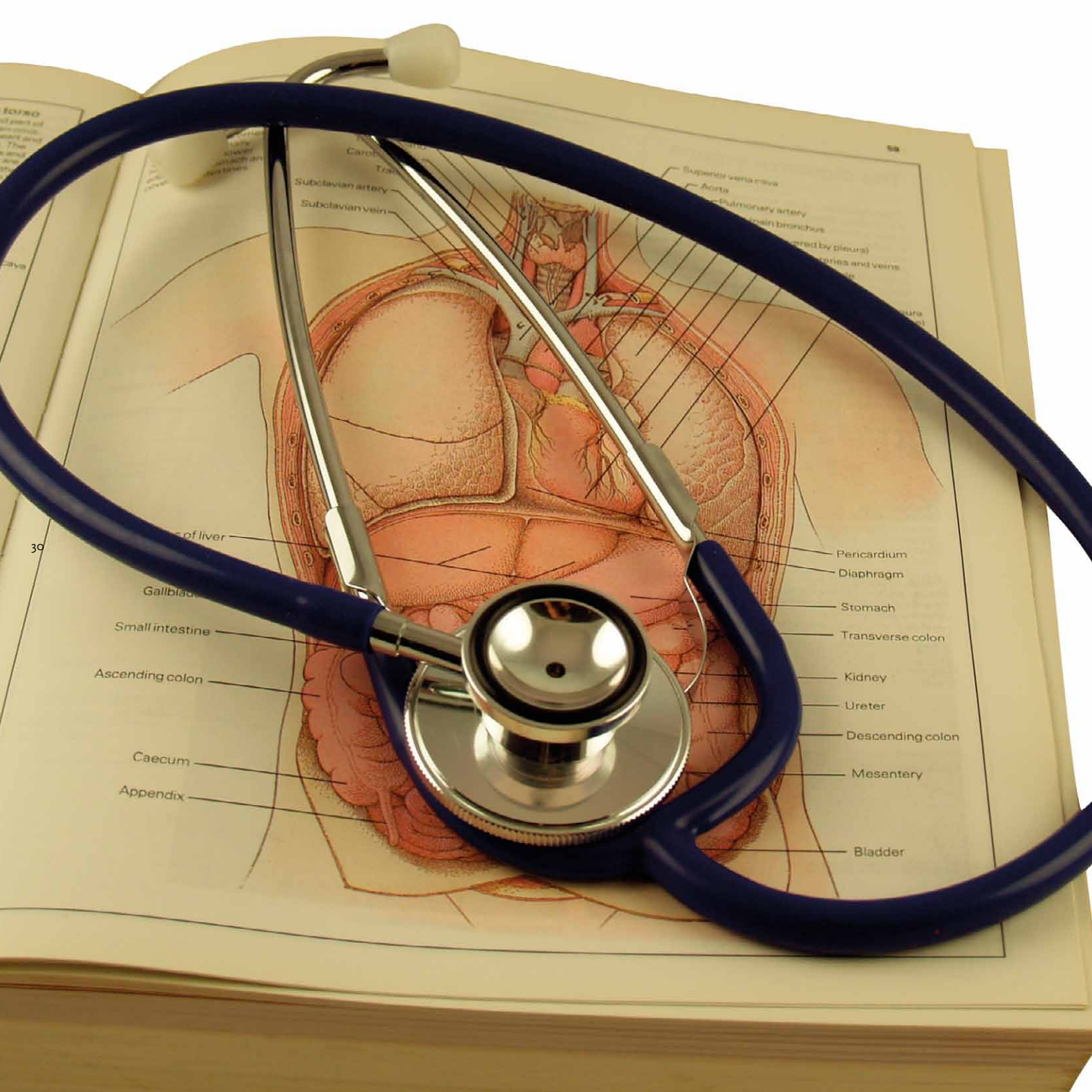
Als we daarin geslaagd zijn, kunt u zich door het recht laten dienen in plaats van beheersen. En zo hoort het ook.

Mr. E. Lantinga is sinds 1994 werkzaam als schadebehandelaar bij MediRisk.

Mr. M. Ruinard is vele jaren werkzaam geweest als schadebehandelaar bij MediRisk.

MediRisk is de verzekeraar van medische aansprakelijkheid van zorginstellingen, gevestigd te Utrecht.

¹ Als bijlage opgenomen achter in dit boekje.



Cardiac
Trachea
Subclavian artery
Subclavian vein

Superior vena cava
Aorta
Pulmonary artery
Main bronchus
Covered by pleura
Arteries and veins

30
of liver
Gallbladder
Small intestine
Ascending colon
Caecum
Appendix

Pericardium
Diaphragm
Stomach
Transverse colon
Kidney
Ureter
Descending colon
Mesentery
Bladder

Op het randje van je ervaring

Over de verantwoordelijkheid van opleider en aios

Prof. dr. J. van Gijn

Wie draagt vanuit tuchtrechtelijk oogpunt de verantwoordelijkheid voor adequaat professioneel handelen in de verhouding tussen opleider en aios? De auteur (opleider) geeft zijn visie op de arts-assistent als 'verlengde arm' van de specialist, de rol van protocollen, de waarde van dossievoering en openheid rond fouten.

De relatie tussen arts en recht is niet een zeer hartelijke. Een oeroude bron van conflicten is het gegeven dat de arts de individuele patiënt dient en niet de maatschappij. Die belangen zijn niet zelden strijdig. Maar ook in meer algemene zin komt het belang van de geneeskunde op een aantal terreinen in botsing met het recht.

Zo is door de Nederlandse wetgeving de bewaartermijn van medische gegevens beperkt, ter bescherming van het abstracte goed 'persoonlijke levenssfeer', terwijl de behandeling van patiënten en hun familieleden daardoor aantoonbaar schade kan ondervinden. Voorts dreigt de oprukkende claimcultuur met een belangrijke rol voor de letselschadeadvocaten de geneeskunde steeds defensiever te maken. Het gevaar bestaat dat artsen zich ter voorkoming van één enkele 'fout' willen indekken en daartoe talloze patiënten onnodige en vaak ook schadelijke behandelingen en vooral onderzoeken laten ondergaan. De verdeling van verantwoordelijkheden tussen arts-assistent en specialist (opleider of niet) bezie ik dan ook liefst vanuit tuchtrechtelijk en niet vanuit civielrechtelijk perspectief. Kortom, wie draagt de verantwoording voor adequaat professioneel handelen?

DE ARTS-ASSISTENT ALS VERLENGDE ARM VAN DE SPECIALIST

Er bestaat geen enkele twijfel over dat de patiënt die naar een specialist wordt verwezen recht heeft op een echte specialist en niet een halve. De organisatie van klinische en poliklinische zorg door arts-assistenten dient er dan ook voor te zorgen dat de patiënt kan profiteren van goede specialistische kennis, conform de stand van de wetenschap. Met andere woorden, de arts-assistent fungeert als een 'verlengde arm' van de specialist. Hoe kan dit, als de vereiste specialistische kennis bij de arts-assistent nog geheel of ten dele ontbreekt? De daarvoor bestaande strategieën kunnen in enkele afzonderlijke elementen worden ontleed.

Ten eerste bestaan er in veel gevallen protocollen voor veel voorkomende situaties met betrekking tot diagnostiek of behandeling. Deze kunnen gemaakt zijn in de eigen instelling of kunnen een nog breder draagvlak hebben, zoals specialistische protocollen die afkomstig zijn van de wetenschappelijke vereniging van het specialisme, of, meer multidisciplinair, van het centraal begeleidingsorgaan (CBO). Als geen voor de hand liggende oplossing klaar ligt, moet de arts-assistent al in een zeer vroeg stadium overleg plegen met de superviserende specialist die hiervoor altijd beschikbaar moet zijn.

In alle gevallen, los van de vraag of de arts-assistent volgens een vast protocol heeft gehandeld, moet diens beleid op een geschikt ogenblik aan de specialist ter flatering worden voorgelegd. Dit moment hangt af van de urgentie van het ziektegeval. Als de arts-assistent bijvoorbeeld op de afdeling spoedeisende hulp een patiënt ziet met kenmerkende verschijnselen van een bacteriële meningitis, dan moet volgens het in het UMCU bestaande protocol na het afnemen van een bloedkweek direct worden begonnen met de behandeling (breedspectrum antibiotica en bovendien hoge doses corticosteroïden). Pas daarna wordt de supervisor geconsulteerd en kan worden overlegd over bijvoorbeeld de noodzaak van een lumbale punctie of het consulteren van de medisch microbioloog. Bij een poliklinisch consult daarentegen zal het overleg met de supervisor moeten plaatsvinden voordat aan de patiënt een definitief advies is gegeven ten aanzien van verder onderzoek of behandeling. Dit behoort dan ook een belangrijk aandachtspunt te zijn bij visitaties van opleidingen. Een arts-assistent is mijns inziens niet bevoegd tot het zelfstandig geven van adviezen bij spreekuurbezoek, ook niet als deze reeds enkele jaren ervaring heeft. Ook bij opgenomen patiënten zullen beslissingen die specialistische kennis vereisen in de regel slechts genomen worden na overleg, achter de schermen of tijdens een gezamenlijke zaalvisite.

Tijdens diensturen behoort eerder meer dan minder te worden overlegd dan tijdens kantooruren. Immers, vrijwel alle patiënten over wie beslissingen genomen moeten worden zijn volkomen nieuw voor de supervisor die via de telefoon adviezen geeft, vanaf een plaats elders in het ziekenhuis of thuis. De specialist moet in staat zijn in een vroeg stadium aan het beleid richting te geven en moet zo nodig zelf komen kijken.

WIE SCHRIJFT, BLIJFT

Woorden vervliegen, niet alleen in de wetenschap maar ook in de patiëntenzorg. Zodra zich een calamiteit heeft voorgedaan gaat het niet alleen om wat er is gebeurd, maar ook om wat er is opgeschreven. Het is een onzinnige karikatuur om te stellen dat de moderne dokter daardoor alleen nog maar aan het schrijven is en daardoor niet aan zijn eigenlijke werk toekomt. Het aantal belangrijke beslissingen per patiënt is nu eenmaal beperkt; het noteren daarvan vereist alleen wat aandacht, en nauwelijks tijd.

Het is met het oog op de afbakening van verantwoordelijkheden van groot belang dat de arts-assistent niet alleen de adviezen van de supervisor in het patiëntendossier noteert, maar ook diens naam. Een kleine nalatigheid in dit opzicht kan grote gevolgen hebben. Brieven met een klacht of een aansprakelijkstelling plegen pas maanden na het gebeurde binnen te komen, op een tijdstip dat de arts-assistent over het algemeen al lang vergeten is met welke specialist destijds werd overlegd.

Ook bij overdrachten in de avond- of weekenddienst is het belangrijk om bepaalde afspraken en taken vast te leggen, in ieder geval in het patiëntendossier (op papier of elektronisch) maar ook in een overdrachtsboek of dito digitaal bestand. Over welke patiënten is in goed overleg met alle betrokkenen afgesproken dat geen pogingen tot reanimatie of tot overplaatsing naar een afdeling voor intensieve zorg zullen worden ondernomen? Bij welke patiënten is zelfs bestrijding van nieuwe infecties ongewenst? Welke laboratoriumuitslagen moeten in het week-einde worden opgevraagd en beoordeeld? Welke poliklinische patiënten kunnen vanwege een precare situatie contact zoeken en wat moet er dan gebeuren?

Protocollen voor 'standaardsituaties' zijn een betrekkelijk nieuw verschijnsel in de (tucht)rechtspraak; over de precieze rol daarvan moet de jurisprudentie nog grotendeels gevormd worden. Vast staat intussen wel dat geen enkel protocol blindelings gevolgd behoeft te worden, zolang afwijkingen daarvan maar beargumenteerd zijn opgeschreven.

EENS PROTOCOL, ALTIJD PROTOCOL?

Een zaak die nog niet geheel is uitgekristalliseerd betreft de geldigheidsduur van protocollen. Iedere specialist of arts-assistent kan worden geacht op de hoogte te zijn van richtlijnen op het betreffende vakgebied die recent zijn uitgebracht door beroepsvereniging of CBO. Maar als zo'n richtlijn nu eens tien jaar lang niet meer wordt herzien, moet deze dan nog steeds als vigerend worden beschouwd? Of moet de uitbrenger van de richtlijn elke paar jaar aangeven of het protocol nog geldig is of juist aan herziening toe is?

En wat is de status van protocollen die door specialisten binnen de instelling zelf zijn opgesteld? Moet een nieuw staflid in een afdeling (of associé in een maatschap, zo u wilt) zich daaraan automatisch conformeren en alle bestaande richtlijnen van dit type doornemen? Is eigenlijk wel te achterhalen door wie ze zijn opgesteld? Ook hier geldt weer dat het belangrijk is om richtlijnen van een datum te voorzien en de actualisering ervan te regelen.

VOORZIE RICHTLIJNEN VAN DATUM EN ACTUALISEER ZE!

MAG EEN ARTS-ASSISTENT DAN HELEMAAL NIETS ZELF ONDERNEMEN?

Gelukkig wel. De arts-assistent mag in elk geval handelen op grond van de kennis die bij elke basisarts verondersteld wordt. Als de oudere patiënt die wegens een 'dwarslaesie' is ingestuurd bij onderzoek op de afdeling spoedeisende hulp ontkleurde benen zonder voelbare polsslagen blijkt te hebben, mag de arts-assistent op eigen gezag de chirurg te hulp roepen. En als de huisarts in opleiding een patiënt met diabetes mellitus thuis in coma aantreft, mag deze op eigen gezag glucose langs intraveneuze weg toedienen, alvorens verder te overleggen. Vele andere voorbeelden zouden zijn te geven van wat tot de 'algemene' geneeskunde gerekend kan worden, los van specialisatie. Daarvoor heeft een landelijke commissie voor het geneeskundig curriculum formele 'eindtermen' opgesteld (een lelijk woord voor een nuttig initiatief).

Onvermijdelijk zal het regelmatig gebeuren dat in de loop van de opleiding superviserende specialisten een arts-assistent geleidelijk wat gaan 'loslaten': de chirurg laat de arts-assistent het begin of het einde van een operatie zelfstandig uitvoeren, de neuroloog vertrouwt op het verslag van co-assistent en arts-assistent over het neurologisch onderzoek en doet alleen de anamnese nog dunnetjes over alvorens het te voeren beleid te bespreken, en de intensivist die 's nachts thuis telefonisch advies geeft, vertrouwt erop dat de arts-assistent de thoraxfoto naar behoren heeft geïnterpreteerd (samen met zijn collega van de afdeling radiologie). Toch is het in al die gevallen de specialist die grotendeels de verantwoording draagt voor het uiteindelijke resultaat. Er bestaan geen tabellen per specialisme over wat bijvoorbeeld een tweedejaars of derdejaars arts-assistent zou moeten weten en kunnen. Als supervisoren vertrouwen op een zekere kennis of vaardigheid van de arts-assistent, dan doen zij dat voornamelijk op eigen risico.

IS EEN SPECIALIST ALWETEND?

Natuurlijk niet. Ten eerste zijn de meeste arts-assistenten aan het einde van hun opleiding bijna het hele ‘boekje’ rond geweest, maar vaak net niet helemaal. Met sommige categorieën patiënten komt men door toeval of keuze verhoudingsgewijs vaak in aanraking, met andere juist weinig of niet. Ten tweede komt er voortdurend nieuwe kennis bij, die de verse specialist met de bestaande kennis moet integreren of daarvoor in de plaats moet stellen. Ten derde is in talrijke specialismen de hoeveelheid vereiste kennis zo overweldigend groot, dat zich deelspecialismen zijn gaan vormen.

Het onderscheid tussen de kennis van een arts-assistent en die van een specialist is dus gradueel en niet abrupt. Een goede specialist blijft zijn leven lang in opleiding. Desondanks is er onder deskundigen wel enige overeenstemming te verkrijgen over wat van een ‘gemiddelde’ specialist kan worden verwacht en wat aan een deelspecialist dient te worden overgelaten. Ook het maken van dit type afwegingen dient aan arts-assistenten te worden overgedragen.

OOK EEN GOEDE SPECIALIST BLIJFT ZIJN LEVEN LANG IN OPLEIDING!

BELEID BIJ FOUTEN

Wat te doen als er onverhoopt iets mis gaat? Helaas zijn fouten onvermijdelijk, al willen letselschadeadvocaten ons anders doen geloven. Iedere arts heeft aan het einde van zijn of haar loopbaan een eigen ‘kerkhofje’. Het weekblad ‘The Lancet’ heeft er enige tijd een vaste rubriek voor gehad; het opschrijven van ‘medical errors’ is niet alleen louterend maar ook leerzaam.

Ondanks de onafwendbaarheid ervan blijft iedere medische fout een drama, voor patiënt en familieleden in de eerste plaats maar ook voor de arts in kwestie. De neiging om de verantwoordelijkheid te ontvluchten is dan ook begrijpelijk, maar vormt het slechtst denkbare scenario. Volslagen openheid, hoe pijnlijk en soms vernederend ook, is de enig denkbare oplossing. Een ruiterlijke erkenning van de fout en een prompte melding ervan aan de leiding van de eigen instelling veroorzaakt natuurlijk narigheid. Dat is echter niets vergeleken met de levenslange ellende die men over zichzelf afroept door een fout te verdoezelen. Arts-assistent en specialist moeten hierin samen optrekken; wie van het behandelend team de meeste blaam treft is niet wat patiënten en hun familieleden in de eerste plaats interesseert. Men gaat het er in de regel om dat ‘het ziekenhuis’ de fout erkent. Bij huisartsen is de verdeling van verantwoordelijkheden vaak simpeler, maar soms ook niet. Tijdens een weekeinde hebben vaak meerdere artsen hun deel aan een achteraf fatale vergissing.

Het is een actuele vraag of de openheid zo ver moet gaan dat wat nabestaanden te horen krijgen ook in de krant en op het internet moet worden afgedrukt. In dat geval dreigt het principe van openheid zich tegen zichzelf te keren; waarheidsvinding en disciplinaire of juridische afrekening staan immers op gespannen voet met elkaar.

TOT SLOT

Toen ik bij de voorbereiding van mijn bijdrage aan dit boekje aan enkele collegae advies vroeg, kreeg ik van één van hen (na overleg met een dochter die jurist is) het advies om “vooral voorzichtig te zijn met wat ik te berde bracht”. Mijn opvattingen zouden mij later wellicht in moeilijkheden kunnen brengen, zo was de achtergrond van die vermaning. Ook zonder dat doe ik er goed aan te benadrukken dat ik geen ‘avocat manqué’ ben, zoals sommige van mijn vakbroeders. Wat u hier leest weerspiegelt uitsluitend hetgeen ik persoonlijk als juist en redelijk beschouw. Ik kan slechts hopen dat ik daarin niet alleen sta.

Prof. dr. J. van Gijn is ex-opleider neurologie en ex-hoofdredacteur van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Casuïstiek: wie draagt de verantwoordelijkheid?:

CASUS 1

Een arts-assistent neurologie wordt tijdens een avonddienst in consult ter uitsluiting van een meningitis gevraagd op de afdeling algemene interne geneeskunde, bij een 68-jarige man met onbegrepen koorts. De oorspronkelijke reden van opname was hartfalen bij atriumfibrilleren. Na telefonisch overleg met de supervisor besluit de arts-assistent een lumbale punctie te verrichten. De liquor cerebrospinalis is helder en kleurloos, met een normale samenstelling. De volgende morgen bemerkt de patiënt dat zijn voeten krachteloos en gevoelloos zijn en dat hij niet meer kan plassen. Bij onderzoek wordt de diagnose gesteld op een caudasyndroom; aanvullend onderzoek toont een epidurale en subdurale bloeding, ter plaatse van de eerdere punctie. Bij navraag bleek de patiënt orale antistolling te gebruiken; dit is een zeer sterke contra-indicatie tegen het uitvoeren van een lumbale punctie.

WIE IS VERANTWOORDELIJK?

Antwoord: de arts-assistent. Dat bij puncties gevraagd moet worden naar gebruik van bloedverdunnende middelen behoort tot de algemene kennis die van een geneeskundige kan worden verwacht.

CASUS 2

Een arts-assistent neurologie (in het tweede jaar van de opleiding) onderzoekt op de afdeling spoedeisende hulp een 47-jarige vrouw patiënte met diabetes die wegens koorts en hoofdpijn door de huisarts is verwezen vanwege mogelijke meningitis. Bij onderzoek vindt de arts geen afwijkingen, ook geen nekstijfheid. Na overleg met de supervisor vindt geen verder onderzoek plaats en wordt zij terugverwezen naar de huisarts met de diagnose 'griep'. De volgende morgen is patiënte niet wakker te krijgen. Zij wordt elders opgenomen en overlijdt aan een pneumococconingitis.

WIE IS VERANTWOORDELIJK?

Antwoord: de specialist. Het uitsluiten van nekstijfheid vereist specialistische ervaring, en het naar huis sturen van een koortsige patiënt is een risico dat alleen na degelijk onderzoek (onder meer bloedbeeld en lumbale punctie) kan worden genomen.

CASUS 3

Een 32-jarige patiënte bezoekt de polikliniek neurologie van een academisch ziekenhuis voor een 'vierde mening', wegens invaliderende pijnklachten in het gehele lichaam, met loopstoornissen. Na onderzoek van de co-assistent, assistent (jaar 3) en supervisor wordt de diagnose gesteld op conversieverschijnselen. In het gesprek met patiënte wordt revalidatiebehandeling geadviseerd. In de brief aan de huisarts worden de onderzoeksbevindingen, de diagnose en het advies samengevat. Een half jaar later schrijft patiënte het afdelingshoofd dat zij zeer verontwaardigd is over de diagnose die in de brief aan de huisarts is genoemd. Zij eist vernietiging van haar gegevens en stelt de artsen aansprakelijk wegens aangetaste reputatie in de medische wereld. In het poliklinische dossier blijkt dat de naam van de supervisor niet is vermeld. De brief is nagezien en getekend door een specialist die ten tijde van het consult met vakantie was.

WIE IS VERANTWOORDELIJK?

Antwoord: Er is geen verwijtbaar gedrag van arts-assistent of supervisor; hoogstens is het wat onhandig van de huisarts geweest om patiënte zonder adequate uitleg de specialistenbrief ter inzage te geven. Voor zover de verantwoordelijkheid aan de orde is, berust deze bij de arts-assistent. Indien de arts-assistent de naam van de supervisor had vermeld (ook in de betreffende brief; de waarnemer had per order kunnen tekenen), dan zou de verantwoordelijkheid bij de supervisor berusten.

CASUS 4

Een arts-assistent neurologie (in het vierde jaar van de opleiding) bezoekt tijdens een dienst op zondagmorgen een opgenomen patiënt met een hersentumor, wegens toenemende hoofdpijn. De patiënt staat op het operatieprogramma voor de volgende dag. De telefonisch geconsulteerde supervisor adviseert de dosering van corticosteroïden te verhogen. 's Middags is de hoofdpijn echter opnieuw erger en de patiënt is trager met antwoorden. De supervisor adviseert opnieuw af te wachten. Een paar uur later blijkt bij de controle die de verpleegkundige staf elk uur uitvoert dat de patiënt is overleden. Bij obductie wordt geen tumor gevonden, maar een hersenabces.

WIE IS VERANTWOORDELIJK?

Antwoord: de specialist. Het in twijfel trekken van een eenmaal gestelde diagnose behoort typisch tot de competentie van de specialist; deze had wellicht de patiënt zelf moeten zien, maar had in elk geval argwaan moeten krijgen door het voor een hersentumor ongewoon snelle ziektebeloop.



Geen opleiding tot macho

Tuchtzaken tegen arts-assistenten en opleiders

Prof. mr. G.R.J. de Groot en mr. A.C. de Die

De vraag wie, waarvoor en in welke mate tuchtrechtelijk verantwoordelijk is - aios of opleider - laat zich niet aan de hand van vaste regels beantwoorden. De beoordeling van de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van beiden blijft daarmee individueel maatwerk.

DE NACHTMERRIE VAN DE EERSTEJAARS

NA ÉÉN VAN JE EERSTE OPERATIES EEN TUCHTKLACHT AAN JE BROEK KRIJGEN....
DAT OVERKWAM DE AIOS IN DE VOLGENDE CASUS.

Een arts-assistent in opleiding heeft onder supervisie van zijn opleider (chirurg) een circumcisie uitgevoerd bij tweelingbroertjes van vier jaar oud. De aios zat in het eerste jaar van zijn opleiding. De superviserend chirurg had ten tijde van de operaties ook zijn eigen operatieprogramma in een aangrenzende operatiekamer. Een maand na de operatie bleek dat het resultaat van de ingreep bij beide jongetjes onvoldoende was: bij de één was teveel voorhuid achtergebleven en bij de ander was de voorhuid verkeerd gehecht, wat resulteerde in scheefstand van de penis. Zij zijn beiden opnieuw geopereerd en bij één van de jongens was daarna nog een plastische correctieoperatie nodig.

39

De vader dient een klacht in tegen zowel de aios als de chirurg/opleider en verwijt hen beiden dat zij nalatig zijn geweest. Het Regionaal Tuchtcollege heeft de klacht tegen de aios afgewezen en de klacht tegen de opleider gegrond verklaard en hem de maatregel van waarschuwing opgelegd. Het college onderstreept aan het begin van zijn uitspraak dat het enkele feit dat het resultaat van een operatie niet is zoals gehoopt, niet betekent dat tuchtrechtelijk verwijtbaar is gehandeld. Het college overweegt dat in zijn algemeenheid de supervisor handelingen mag overlaten aan een arts-assistent in opleiding. Bij de beoordeling van de vraag welke handelingen in welke fase van de opleiding overgelaten kunnen worden aan een arts-assistent moet een doorslaggevende rol worden toegekend aan de inschatting die de opleider mag hebben van de ervaring en vaardigheid van de arts-assistent.

Bij aanvang van de opleiding drukt een aanzienlijk deel van de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor het handelen van de arts-assistent op de schouders van de opleider/supervisor. Naarmate er meer aan de arts-assistent kan worden toevertrouwd, wordt gaandeweg de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid gedeeld tussen opleider/supervisor en arts-assistent. Terwijl aan het einde van de opleiding deze verantwoordelijkheid vrijwel geheel op de schouders van de arts-assistent zal komen te rusten. Deze overwegingen worden in hoger beroep gevolgd door het Centraal Tuchtcollege. In beroep komt het college tot dezelfde conclusie: de klacht is ongegrond, maar geeft daarvoor een extra overweging die verband houdt met de fase waarin de aios verkeerde tijdens zijn opleiding. Ter

zitting heeft de opleider verklaard dat beide ingrepen onder zijn supervisie hebben plaatsgevonden en dat hij regelmatig tijdens het verrichten van de ingrepen in de operatiekamer aanwezig is geweest en hij “met de handschoenen aan steriel heeft gestaan”. Hieruit leidt het Centraal Tuchtcollege af dat de aios weliswaar bevoegd, maar nog niet bekwaam was om de onderhavige ingrepen grotendeels zelfstandig te verrichten. Een aanzienlijk deel van de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor het verrichten van de circumcisies door de verweerder, als eerstejaars in opleiding, drukt daarom op de supervisor. De conclusie was dat het Regionaal Tuchtcollege de aios terecht niet zelfstandig tuchtrechtelijk verantwoordelijk heeft gehouden en het hoger beroep van de vader werd verworpen.⁽¹⁾

BEKWAAMHEID EN BEVOEGDHEID

Als het gaat om de vraag *wie in welke mate* verantwoordelijk is, laat de tuchtrechtspraak een beeld zien dat erg casuïstisch is en nauwelijks in algemene regels is te vatten.

Een eerste aspect is de bekwaamheid versus de bevoegdheid van een arts-assistent. De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) kent een regeling voor de zogenaamde voorbehouden handelingen. Die komt erop neer dat de arts - d.w.z. iemand die als zodanig in het BIG-register is geregistreerd - zelfstandig bevoegd is tot het uitvoeren van alle voorbehouden handelingen *mits* hij voldoende bekwaam is.⁽²⁾ De bevoegdheid hangt dus af van de inhoudelijke competentie van de arts. Hier ligt natuurlijk een belangrijke verantwoordelijkheid voor de opleider/supervisor. Die zal moeten beoordelen hoe vrij hij de aios kan laten en wat de assistent wel en niet zelfstandig kan. Hier ligt ook een aangrijpingspunt voor de tuchtrechter. De opleider die teveel overlaat aan de assistent, kan daarvoor tuchtrechtelijk aansprakelijk zijn, zoals blijkt uit de circumcisie-casus.

Een ander voorbeeld: een assistent heeft op de afdeling SEH voor het eerst en zonder enige begeleiding of instructie een schouderrepositie moeten uitvoeren. Dat liep niet goed af en de opleider kon worden verweten de assistent teveel in het diepe te hebben gegooid.⁽³⁾ Naarmate opleiding en ervaring toenemen, zal de supervisor meer aan de aios kunnen overlaten, maar dat ontslaat een supervisor niet van alle verantwoordelijkheid. Zo zal een supervisor alert moeten reageren op de situatie waarin een ervaren arts-assistent hem veelvuldig consulteert over de zorgwekkende toestand van een patiënt. Vanaf de OK aanhoren en adviseren en vervolgens naar huis gaan zonder de patiënt verder zelf te beoordelen leverde de superviserend arts een berisping op.⁽⁴⁾

ARTS IS ZELFSTANDIG BEVOEGD TOT HET UITVOEREN VAN ALLE VOORBEHOUDEN HANDELINGEN MITS HIJ VOLDOENDE BEKWAAM IS

Tegelijk gaat de aios bij een klacht niet bij voorbaat vrijuit. Hij moet ook zelf beoordelen waarvoor hij wel en niet bekwaam is. Gaat hij zonder ruggenspraak over tot verrichtingen die buiten zijn ervaring en bekwaamheid liggen, dan zal dat door de tuchtrechter kritisch worden beoordeeld. Maar ook hier hangt alles van de concrete omstandigheden af. In werkelijkheid liggen de zaken meestal niet zwart-wit. Factoren als een hoge werkdruk, een gebrek aan begeleiding of instructies kunnen een verzachtende factor bij de beoordeling zijn. Maar er blijft - ook tuchtrechtelijk - hoe dan ook een eigen verantwoordelijkheid op de assistent rusten. Dat kwam bij voorbeeld tot uitdrukking in een zaak waarin de Geschillencommissie zorginstellingen moest oordelen over een schadeclaim van een moeder

naar aanleiding van een traumatisch verlopen bevalling. De arts-assistent had de richtlijn niet nageleefd (zonder dat daarvoor een medische rechtvaardiging was). Dat werd hem aangerekend. Tegelijkertijd was er sprake van onvoldoende supervisie zodat er onduidelijkheid bestond over de ligging van de baby en de wijze van kunstverlossing. De commissie heeft de moeder € 500,- voor immateriële schade toegekend.⁽⁵⁾

In een zaak waarin zowel de opleider als de arts in opleiding de plank had misgeslagen wat de diagnose betrof, ging de arts in opleiding toch vrijuit. Gezien het ziekteverloop, zijn anamnese en onderzoek en het feit dat hij alles had overlegd met zijn opleider en deze er zelfs had bijgeroepen, viel hem geen tuchtrechtelijk verwijt te maken. De opleider droeg gezien zijn directe betrokkenheid bij het onderzoek de volledige verantwoordelijkheid voor het - verwijtbaar - missen van de diagnose.⁽⁶⁾

In een zaak waarin geklaagd werd over onvoldoende onderzoek bij een man die na overmatig alcoholgebruik op zijn achterhoofd was gevallen, werd geoordeeld dat de arts-assistent de patiënt conform richtlijn heeft onderzocht. Dat de patiënt nadien toch geen commotio cerebri bleek te hebben, maar een subduraal hematoom, aan de gevolgen waarvan hij ook is overleden, was voor de nabestaande reden om een tuchtklacht in te dienen. Voor het tuchtcollege is bepalend of zorgvuldig onderzoek is gedaan en of dit overeenkomstig *the state of the art* is. Voor een patiënt of nabestaande misschien moeilijk te verteren, maar wel aansluitend bij de medische werkelijkheid: ondanks zorgvuldig onderzoek kan een diagnose gemist worden en dat hoeft dan niet verwijtbaar te zijn.⁽⁷⁾

Een arts-assistent mag geen verrichtingen doen waarvan hij weet of behoort te weten dat hij die niet of niet voldoende beheerst. Dat betekent in zo'n geval: niet op eigen houtje handelen en zo nodig toch maar de achterwacht uit bed bellen.

WERKDruk EN ORGANISATIE

De al eerder genoemde factor werkdruk is in tuchtzaken een veel aangevoerd excuus voor fouten van assistenten. Een hoge werkdruk maakt fouten begrijpelijk, maar pleit de aios niet vrij. Vanuit het perspectief van de patiënt bezien is dat terecht. De patiënt mag er van uitgaan óók behoorlijk te worden geholpen als het erg druk is; drukte en werkbelasting zijn niet zijn probleem, maar dat van het ziekenhuis. Wel blijkt uit diverse tuchtrechtelijke uitspraken dat werkdruk een verzachtende omstandigheid kan zijn, in die zin dat dan fouten minder zwaar worden aangerekend en tot een relatief milde maatregel of zelfs ongegrondverklaring leiden.⁽⁸⁾ Maar ook hier houdt de assistent een eigen verantwoordelijkheid. Het schijnt wel eens voor te komen, of voorgekomen te zijn, dat een assistent zich beklaagde over het feit dat hij 36 uur aan een stuk had moeten werken en van de opleider te horen kreeg: 'Waar zeur je over? Vroeger had ik de hele week dienst.' Dwaasheid: de assistent is in opleiding tot specialist, niet tot macho. Assistenten zouden in gevallen van te hoge werkbelasting ook zelf op tijd een 'streep in het zand' moeten trekken. In situaties van excessieve werkbelasting lopen zij, meer dan ervaren specialisten, immers een relatief groot risico om fouten te maken en daarvoor verantwoordelijk te worden gesteld. Overigens worden opleiders/supervisors door het tuchtcollege uitsluitend aansprakelijk gehouden voor organisatorische tekortkomingen indien zij daadwerkelijk taken of bevoegdheden hebben voor de organisatie van de afdeling. Zo kreeg een supervisor een waarschuwing van het tuchtcollege omdat de afspraken rondom een complexe partus tussen hem en de arts-assistent geen 'maatwerk' waren. Het standaardbeleid 'bellen bij volledige ontsluiting' was in deze casus niet passend. De door de ouders ingestelde schadeclaim tegen het ziekenhuis werd overigens afgewezen.⁽⁹⁾

KAN DE ASSISTENT TAKEN WEIGEREN?

Kan de assistent dan zo maar werkzaamheden die hij onverantwoord vindt weigeren? Onverantwoord omdat hij zich niet bekwaam acht of omdat de werkdruk te hoog is? Vanuit tuchtrechtelijk oogpunt levert dit nauwelijks een probleem op, behalve wanneer acuut ingrijpen nodig is om levensbedreigende situaties af te wenden. Afgezien daarvan zal weigering op die gronden eerder begrip dan afkeuring van de tuchtrechter oogsten. Arbeidsrechtelijk ligt het ingewikkelder. Een assistent moet opdrachten uitvoeren, maar mag opdrachten die onder de gegeven omstandigheden onredelijk zijn, weigeren. Het probleem is natuurlijk dat niet hij, maar bij uitstek de opleider degene is die kan en moet beoordelen wat de assistent zelfstandig aan kan. Het zou overigens geen goed advies aan een assistent zijn om op eigen houtje opdrachten of werkzaamheden te weigeren omdat hij het er niet mee eens is. Wanneer het hem 'te warm onder de voeten' wordt, is het allereerst zaak goed de argumenten op een rij te zetten, vervolgens indien mogelijk de eigen opvatting te toetsen aan die van een collega en tenslotte ook duidelijk en gemotiveerd vast te leggen welk behandel- of non-behandelbeleid is gevolgd.

PROTOCOLLEN EN PROCEDURES

Het spanningsveld dat zo ontstaat, kan alleen worden opgeheven door goede instructies en de aanwezigheid van voldoende protocollen en vastgelegde procedures. Er is een Modelinstructie assistent-geneeskundigen: een instructie die is opgesteld in overleg tussen de LAD, Orde, KNMG, LHV, LVAG en de NVZ.⁽¹⁰⁾ Die geeft een aantal algemene regels voor de positie van de assistent, de werkverdeling en werkwijze. Het is van groot belang van die instructie kennis te nemen en daarnaar te handelen, óók met het oog op een eventuele procedure bij de tuchtrechter. De tuchtrechter moet het handelen van een arts volgens de wet toetsen aan algemeen omschreven normen en zal geneigd zijn die algemene normen in te vullen aan de hand van regels waarover binnen de beroepsgroep en de organisaties van de betrokken partijen overeenstemming bestaat, zoals hier het geval is.

Het gaat bij deze instructie om niet meer dan een algemeen kader voor het functioneren van de aios. Vaak zijn er per specialisme specifieke protocollen en procedures vastgelegd. In complexe gevallen zal er beleid moeten zijn waarnaar ook de assistent - bij afwezigheid van de supervisor - zich kan richten.⁽¹¹⁾ Voor de aanwezigheid daarvan is uiteraard niet de assistent, maar de opleider/supervisor verantwoordelijk.

OPLEIDER/SUPERVISOR IS VERANTWOORDELIJK VOOR DE AANWEZIGHEID EN KWALITEIT VAN BELEID EN VASTGESTELDE PROCEDURES

De aanwezigheid van duidelijke instructies is een punt dat vaak in tuchtuitspraken terugkomt. De gemeenschappelijke noemer daarvan is: de tuchtrechter heeft er geen bezwaar tegen dat ook complexe handelingen in lastige situaties aan aios worden overgelaten, mits voldoende en toegesneden instructies zijn gegeven en de leidinggevende verantwoordelijkheid neemt voor de structuur waarbinnen de arts-assistent werkt. In een complexe casus, waarin sprake was van sociaal-psychiatrische problematiek, heeft een aios-psychiater tijdens een huisbezoek psychiatrisch onderzoek verricht bij de moeder, terwijl zij ervan uitgegaan was dat de hulpverleners voor haar zoon kwamen. Zij was woedend toen ze ontdekte dat er een medisch dossier over haar was aangelegd waarin de bevin-

dingen van het onderzoek waren vastgelegd. Het leidde tot een tuchtklacht. In beginsel achtte de tuchtrechter het gebrek aan *informed consent* verwijtbaar, maar omdat de aios handelde overeenkomstig het door de psychiater uitgezette beleid, werd hem geen maatregel opgelegd.⁽¹²⁾

Structuur en instructies worden onder meer gevonden in duidelijke en vindbare protocollen, procedures en instructies hoe te handelen, en vooral wanneer wel of niet de achterwacht moet worden gewaarschuwd. De medaille heeft ook een keerzijde. Is er een duidelijk protocol, dan mag de opleider er in principe van uitgaan dat de assistent conform dat protocol handelt. Indien in een risicovolle situatie een instructie of protocol ontbreekt, dan zal de aios zelf instructies moeten geven aan bijvoorbeeld de verpleging om ervoor te zorgen dat hij in elk geval adequaat geïnformeerd wordt over het beloop van het toestandbeeld van de patiënt. Nog weinig ervaring en een suboptimale inwerkperiode waren in een casus met een hoog-risicobevalling onvoldoende rechtvaardiging voor het te weinig alerte optreden van de arts-assistent.⁽¹³⁾

Daarnaast is de opleider verantwoordelijk voor de *kwaliteit* van het protocol of de instructies. De verhouding tussen opleider en opgeleide brengt mee dat de assistent ervan moet kunnen uitgaan dat protocollen en instructies deugdelijk zijn. Als een assistent een foute beslissing neemt die wél in overeenstemming is met het binnen het ziekenhuis geldende protocol of gegeven instructies, dan zal de assistent niet snel tuchtrechtelijk iets kunnen worden verweten; het verwijt treft dan degene die het foute protocol heeft opgesteld of de foute instructies heeft gegeven.⁽¹⁴⁾ Uit de tuchtrechtspraak blijkt dat het vooral in een opleidingsziekenhuis van groot belang wordt geacht dat er een duidelijk systeem van procedures, beschrijving van bevoegdheden en controles is. Het is daarenboven van belang dat het systeem regelmatig wordt geactualiseerd en dat het bij alle betrokkenen - aios en opleiders - bekend is. Worden er fouten gemaakt, dan staat in elk geval de opleider in een medische tuchtzaak met 1-0 achter wanneer blijkt dat het ontbreekt aan een duidelijke en kwalitatief deugdelijke vastlegging van procedures en bevoegdheden.

BEGELEIDING, CONTROLE EN TOETSING

Het spreekt vanzelf dat ook gelet wordt op de kwaliteit van de individuele, persoonlijke begeleiding. Er moet worden voorzien in een systematische toetsing van en controle op het functioneren van de assistent. Ook dat is een factor waarop de tuchtrechter let. Hoe slechter de begeleiding, des te geringer is de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van de aios en des te eerder zal de opleider/supervisor aansprakelijk worden geacht: niet per definitie voor de fout die de assistent in het concrete geval heeft gemaakt, maar wel voor het gebrek aan begeleiding. De tuchtrechter verlangt overigens beslist niet dat de specialist alle acties van de aios controleert, maar wel dat deze de voorwaarden schept voor een goed functioneren van de assistent.

WIE VOERT DE BEHANDELING UIT?

In de casus die aan het begin van deze bijdrage aan bod kwam en in een andere zaak werd erover geklaagd dat de operatie - anders dan de patiënt had verwacht - werd uitgevoerd door een arts-assistent in plaats van door de supervisor. Op zichzelf stuit het niet op bezwaren dat de operatie door een ander dan de specialist/supervisor wordt uitgevoerd. Daarbij zullen de hierboven besproken zorgvuldigheidseisen in acht moeten worden genomen. Iets anders is dat ook de patiënt hierover moet worden geïnformeerd. De vanzelfsprekendheid waarmee in het

medisch bedrijf wordt uitgegaan van veronderstelde toestemming voor het uitvoeren van de behandeling door een ander dan de arts die de patiënt heeft gesproken, kan tot problemen leiden zo bleek uit een casus over een vaat-chirurgische ingreep.⁽¹⁵⁾ Wees dus duidelijk over de rolverdeling en vertel de patiënt - bij voorkeur op een eerder moment dan op de drempel van de OK - wie de behandeling uitvoert.

TOT SLOT

De vraag wie, waarvoor, en in welke mate tuchtrechtelijk verantwoordelijk is - aios of opleider - laat zich niet aan de hand van vaste regels beantwoorden. Op deze vraag is alleen een typisch juristenantwoord mogelijk: het hangt van de omstandigheden af. Niet alleen speelt een rol of er sprake is van duidelijke opdrachten, protocollen en procedures, hoe de werkverdeling en de werkdruk is en natuurlijk is ook relevant hoe complex, bijzonder of afwijkend het ziektebeeld van de individuele patiënt is, hoe ver de assistent gevorderd is met zijn opleiding en welke ervaring de supervisor met de assistent heeft. De beoordeling van de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van beiden blijft individueel maatwerk.

Prof. mr. G.R.J. de Groot is advocaat bij Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn in Den Haag.

Mr. A.C. de Die is advocaat bij Velink & De Die advocaten te Amsterdam.

NOTEN

1. CTC 16 december 2008, GJ 2009/34 of op [www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/uitspraaknr. 2007.012](http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/uitspraaknr.2007.012)
2. Zie artikel 36, lid 15, Wet BIG
3. RTC Amsterdam 15 januari 2002, 99/287, [www.overheid.nl/Staatscourant 2002, 85](http://www.overheid.nl/Staatscourant.2002.85)
4. CTC 17 december 2009, GJ 2010/21 of op [www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/uitspraaknr. 2008.234](http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/uitspraaknr.2008.234)
5. Geschillencommissie zorginstellingen 18 maart 2009, GJ 2009/58, ook te vinden op www.degeschillencommissie.nl/zorginstellingen/uitspraken/ZIN08-0035
6. CTC 8 april 2004, www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/uitspraaknr.2003.242
7. CTC 21 juli 2009, GJ 2009/124 of op www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/uitspraaknr.2008.191
8. RTC Den Haag 5 februari 2002, MC 2002, nr. 28/29
9. Gerechtshof Arnhem 6 maart 2007, [www.rechtspraak.nl/LJN: BA1317](http://www.rechtspraak.nl/LJN:BA1317) (rechtbank uitspraak te vinden onder LJN: AO2774).
10. Modelinstructie arts al dan niet in opleiding tot (medisch) specialist, werkzaam in ziekenhuizen, 2006, te downloaden via <http://lad.artsennet.nl>
11. Bijv. CTC 20 januari 2005, GJ 2005/21 of op [www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/uitspraaknr. 2002.068](http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/uitspraaknr.2002.068)
12. RTC Amsterdam 1 juli 2008, GJ 2008/145 of op [www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/uitspraaknr. 07.054](http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/uitspraaknr.07.054)
13. CTC 2 maart 2006, GJ 2006/38 of op www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/uitspraaknr.2004.207
14. CTC 10 september 2002, MC 2002, 48
15. CTC 13 april 2010, GJ 2010/58, www.tuchtrecht.nl LJN YG0205

Afkortingen:

RTC: Regionaal Tuchtcollege College voor de Gezondheidszorg.

CTC: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.

GJ: Gezondheidszorg Jurisprudentie

MC: Medisch Contact

LJN: Landelijk Jurisprudentie Nummer



Opleiding in ontwikkeling

Het opleidingsklimaat in de huidige regelgeving

Prof. dr. P.P.G. Hodiament en dr. L. Verschoor

In het eerste deel van dit artikel beschrijven de auteurs de nieuwe regelgeving en de taak van de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC). In het tweede deel komt het opleidingsklimaat aan bod. Beschreven wordt aan welke belangrijke voorwaarden moet worden voldaan en ingegaan wordt op de verschillende 'spelers' in de opleiding en hun onderlinge verhoudingen.

De Nederlandse medisch-specialistische zorg is reeds vele jaren goed en men weet dit te handhaven. Dit is mede te danken aan een goed georganiseerd stelsel van regels betreffende opleiding en registratie van de medisch specialisten. Tot 1998 lieten overheid en samenleving het toezicht en de uitvoering van opleiding en registratie over aan de beroepsgroep. In november 1998 werd een wettelijk kader ingevoerd: de Regeling specialisten geneeskunst. Deze is nadien meerdere malen gewijzigd omdat verschillende ontwikkelingen die wijzigingen noodzakelijk maakten. Door een van die ontwikkelingen is gebleken dat de registratiecommissies en dus ook de MSRC voor

een deel van hun taken als zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) worden aangemerkt in tegenstelling tot het Centraal College Medisch Specialismen (CCMS). De besluiten van het CCMS (nu het College Geneeskundig Specialismen: CGS) zijn ook niet-bestuursrechtelijk van aard. De MSRC heeft zowel publieke als private taken. Bij het toepassen van de regelgeving van het college is de MSRC in geval van (her)registratie van specialisten onderworpen aan het bestuursrecht; bij opleidings- of erkenningsaangelegenheden of bij (her)registratie van profielartsen aan het privaatrecht.

DEEL 1 - REGELGEVING ROND DE OPLEIDING

Voor de regelgeving rond opleiding en registratie van specialisten zijn vier organen actief: het CCMS voor het ontwerpen van de regelgeving, de MSRC voor de controle hierop en uitvoering hiervan, de Adviescommissie (ACO) voor de mogelijkheid bezwaar te maken ((her)registratiezaken) en ten slotte de Commissie van Geschillen om geschillen aanhangig te maken (opleidings- en erkenningsaangelegenheden). Met ingang van 1 januari 2010 zijn de drie regelgevende colleges voor medisch specialisten, huisartsen en sociaal geneeskundigen samengevoegd tot één college, het College Geneeskundige Specialismen (CGS).

Op 1 september 2002 is een project gestart om één overkoepelend stelsel van regelgeving voor opleiding, erkenning en registratie van specialisten, opleiders, opleidingsinrichtingen en opleidingsinstituten te realiseren. Dat stelsel moest actueel zijn en beantwoorden aan de juridische eisen die tegenwoordig aan dergelijke regelgeving worden gesteld. Dit project heeft geleid tot een Kaderbesluit van het CCMS¹, ingevoerd op 1 januari 2005. Vanwege de modernisering van de medische vervolgopleidingen en de evaluatie van het Kaderbesluit 2005 is per 1 januari 2011 een nieuw Kaderbesluit van kracht. Het Kaderbesluit vormt de basis van regelgeving voor alle medische specialismen tezamen. Het CCMS maakt aanvullend specifieke besluiten per specialisme. De nieuwe specifieke besluiten zijn ook per 1 januari 2011 van kracht. Met het kaderbesluit en de specifieke besluiten is de modernisering van de opleiding ingebed in de regelgeving.

De invoering van het Kaderbesluit heeft tot een aantal ingrijpende veranderingen geleid voor zowel opleiders, artsen in opleiding, als opleidingsinrichtingen. Enkele belangrijke zijn:

- een moderne benadering van de opleiding uitgaande van competentiegericht onderwijs;
- de overgang van beoordeling van geschiktheid aan het einde van het eerste jaar, halverwege en aan het einde van de opleiding naar een jaarlijkse beoordeling;
- de mogelijkheid van één geïntensiveerd begeleidingstraject bij onvoldoende ontwikkeling van de aios in elke fase van de opleiding en niet pas aan het einde;
- een competentieprofiel voor opleider en supervisor/leden van de opleidingsgroep.

¹ De gehele tekst en toelichting van het Kaderbesluit en de specifieke besluiten is te vinden op www.knmg.nl

DE OPLEIDER

In artikel C.1 van het Kaderbesluit wordt uiteen gezet aan welke eisen men moet voldoen om als opleider te kunnen fungeren.

De opleider moet:

- tenminste vijf jaar geregistreerd zijn als medisch specialist en als zodanig hebben gewerkt
- lid zijn van de betreffende wetenschappelijke specialistenvereniging
- werkzaam zijn in een voor het betreffende medisch specialisme erkende opleidingsinrichting op een dusdanige wijze dat hij zijn taken als opleider naar behoren kan vervullen
- lid zijn van en leiding geven aan de opleidingsgroep en erop toezien dat de leden van de opleidingsgroep aan hun verplichtingen voldoen
- erop toezien dat de aios een portfolio bijhoudt en controleren dat het portfolio voldoet aan de opleidingseisen
- desgevraagd actief participeren in de centrale opleidingscommissie
- systematisch geaccrediteerde bijscholing volgen, met name ook op onderwijskundig gebied
- desgevraagd informatie over de opleiding verstrekken en wijzigingen doorgeven aan de MSRC
- een lokaal opleidingsplan opstellen, afgeleid van het landelijk opleidingsplan
- voldoen aan het competentieprofiel voor opleider

Artikel C.3 besteedt aandacht aan de eisen die aan de opleidingsgroep worden gesteld:

- De opleidingsgroep geeft voldoende tijd aan de opleiding en daarmee samenhangend werk
- Er vinden regelmatig (minimaal vier maal per jaar) besprekingen plaats met alle stafleden en aios over uitsluitend opleidingszaken
- Er is voldoende contact tussen aios en andere medisch specialisten
- Aios worden gestimuleerd tot wetenschappelijk werk
- De opleidingsgroep ziet toe op een juiste dossiervoering door de aios én op vastlegging dat bij belangrijke medische beslismomenten in overleg met (met name genoemde) medisch specialisten of de opleider tot een bepaald beleid is besloten
- De nakoming van de verplichtingen van de aios wordt door de opleidingsgroep gecontroleerd

De vraag is of een afdeling waar aan al deze aspecten wordt voldaan ook een goed opleidingsklimaat heeft. Immers, de wijze waarop er tijd wordt besteed aan begeleiding en advies aan aios is minstens zo belangrijk. Wanneer de aios zich niet veilig kan voelen tijdens patiëntenzorg of besprekingen en zijn onzekerheid niet kan voorleggen aan zijn leermeester, is er geen sprake van een goed opleidingsklimaat.

Ook indien er tijdens besprekingen of het geven van behandeling of zorg aan de patiënten belangrijke onderlinge meningsverschillen blijken te bestaan tussen de verschillende stafleden, kan dit een onzeker en daarom onvoldoende opleidingsklimaat creëren. De opleider heeft een bijzondere verplichting door met zijn eigen handelen en leiderschap zorg te dragen voor een veilig opleidingsklimaat. Ook de leden van de opleidingsgroep dienen mee te werken aan een veilig opleidingsklimaat. Het opleidingsklimaat laat zich dus niet op eenvoudige wijze beschrijven of vastleggen. Het CCMS heeft zich beperkt tot het opstellen van meetbare criteria en laat de verdere beoordeling van het opleidingsklimaat over aan de MSRC.

DE MEDISCH SPECIALISTEN REGISTRATIE COMMISSIE: SAMENSTELLING, TAKEN EN WERKWIJZE

Er bestaan op dit moment nog drie registratiecommissies:

- SGRC voor sociaal-geneeskundigen
- HVRC voor huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten
- MSRC voor medisch specialisten

December 2010 is het besluit genomen de drie commissies op te laten gaan in één registratiecommissie.

De MSRC bestaat uit een lid en een plaatsvervangend lid vanuit elk specialisme, drie leden vanuit de Nederlandse Federatie van Universiteiten, drie leden vanuit de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en één profielarts per profielregister. Daarnaast kent de MSRC de volgende adviseurs: één of meer artsen die in het opleidingsregister van de MSRC staan ingeschreven en één of meer secretarissen van het CGS. Ook de secretarissen van de MSRC hebben een adviserende stem. De MSRC wordt voorgezeten door een medisch specialist gekozen vanuit de MSRC, vanaf dat moment zonder stemrecht. Je zou de MSRC kunnen vergelijken met de Ark van Noach omdat uit ieder van de door het CCMS erkende specialismen twee leden deelnemen: een lid en een plaatsvervangend lid.

Nadat de beroepsverenigingen of klinieken iemand hebben voorgedragen om zitting te nemen in de MSRC gaat deze voordracht naar het Federatiebestuur van de KNMG dat benoemt. Vanaf dat moment zit de betreffende persoon in de MSRC op grond van zijn eigen specialistische deskundigheid *en niet namens zijn vereniging*. Ieder lid van de MSRC is belast met toezicht op alle aspecten van alle specialismen. Men heeft dus nadrukkelijk niet de taak om zich uitsluitend bezig te houden met zijn 'eigen' specialisme, maar zit er als lid voor allen. Wat een goed opleidingsklimaat is, wordt uiteindelijk bepaald door deze groep van ervaren collegae. In het kader van de modernisering van de medische vervolgopleidingen, krijgt de opleidingskliniek zelf ook een steeds belangrijker rol in de evaluatie van het opleidingsklimaat. Inmiddels zijn diverse instrumenten hiervoor ontwikkeld, bijvoorbeeld D-rect, EFFECT en SetQ.

De MSRC zijn wij zelf

De MSRC bestaat uit voordrachten vanuit *alle* specialismen, terwijl ook de secretarissen MSRC, de voorzitter en in de meeste gevallen de leden, voortkomend uit VAZ en NVZ, medisch specialisten zijn met zeer ruime opleidingservaring.

De MSRC voert jaarlijks de volgende taken uit:

- ongeveer 225 visitaties, gericht op 850 opleidingsafdelingen binnen 150 instituten
- 3000 herregistraties
- 1100 nieuwe inschrijvingen van aiOS
- 700 tot 1000 registraties als specialist
- aanvragen tot registratie vanuit de EU en van buiten de EU

Controle op het opleidingsklimaat.

De MSRC heeft verscheidene instrumenten tot haar beschikking die helpen bij het uitvoeren van controle:

- visitaties (uitvoerige ad hoc controles op vaste tijdstippen) en rapportages;
- periodieke evaluatieformulieren;
- directe taken secretarissen MSRC (reageren op gerichte mondelinge en schriftelijke informatie en signaleringen).

Alhoewel de MSRC door haar samenstelling en haar werkwijze veelal tot een afgewogen en conform de regels genomen besluit komt, kan het een enkele maal voorkomen dat de indruk is ontstaan dat de MSRC in haar besluitvorming bepaalde aspecten onvoldoende heeft meegewogen. Om die reden zal de MSRC bij een (gedeeltelijke) afwijzing op een aanvraag in eerste termijn een voorgenomen besluit nemen. Betreft het voorgenomen besluit de erkenning van de opleiding, dan kunnen direct belanghebbenden (opleider, opleidingsinrichting) inhoudelijk reageren. Betreft het besluit de opleiding van de individuele aios, dan kan deze zelf middels een zienswijze inhoudelijk reageren.

Belanghebbenden krijgen de gelegenheid hun zienswijze over het voorgenomen besluit kenbaar te maken. Na kennis genomen te hebben van de inhoud hiervan, neemt de MSRC haar definitieve besluit. Betreft het een opleidings- of erkenningsaangelegenheid, dan kan tegen dit besluit een geschil aanhangig worden gemaakt bij de Commissie voor Geschillen (CvG). Deze onafhankelijke commissie, voorgezeten door een jurist, hoort betrokkene(n) en doet na waarheidsvinding een voor alle partijen bindende uitspraak. In de meeste gevallen zullen belanghebbenden (waaronder de MSRC) zich bij de uitspraak van de CvG neerleggen. In sommige gevallen gebeurt dit niet. Dan kan de belanghebbende naar de burgerlijke rechter stappen.

Ook wanneer een verschil van mening is ontstaan tussen aios en opleider met gevolgen voor de opleiding van de aios is er regelgeving hoe te handelen (Regeling specialismen en profielen geneeskunst, laatste uitgave 1 juli 2010) om willekeur en onveiligheid te voorkomen. Alvorens naar de CvG gegaan kan worden, is er een rol weggelegd voor de opleidingsinrichting zelf. Het geschil wordt ter bemiddeling voorgelegd aan de Centrale opleidingscommissie (COC). De COC krijgt zes weken de tijd om tot een voor alle partijen bevredigende oplossing te komen. Lukt dit niet, dan dient de aios binnen een termijn van twee weken het geschil voor te leggen aan de CvG. Ook dan is sprake van een bindende uitspraak, waarna alleen nog beroep via de rechter openstaat.

DEEL 2 - HET OPLEIDINGSKLIMAAT

ONTWIKKELINGSFASEN

In de loop van het laatste decennium is een ingrijpend proces van modernisering tot stand gebracht in de medisch specialistische opleidingen. Het betreft met name de introductie van competentiegeoriënteerde opleidingsprogramma's met eindtermen, indeling in thema's, een gedifferentieerd systeem van toetsing en gebruik van nieuwe onderwijstechnieken. Dat neemt niet weg dat een aios, die zich wil specialiseren in een van de erkende gebieden, in de loop van de opleiding verschillende ontwikkelingsfasen zal doormaken. Hij heeft daarbij behoefte aan een opleider c.q. opleidingsgroep die aanvoelt dat de supervisie en begeleiding moeten aansluiten bij de ervaring van de aios. Vindt dit meegaande proces niet plaats, dan dreigt verstoring van de opleidingsrelatie en het opleidingsklimaat.

Beginfase

Zo moet in de beginfase duidelijk worden gemaakt wat van de jonge collega verwacht wordt en in welke fase welke stappen van de opleiding zullen plaatsvinden. De opleider heeft de rol van een licht strenge, maar bovenal duidelijke ouder.

In de loop van de opleiding

Gaandeweg zal de aios zich de kennis, vaardigheden en attitudes eigen maken die nodig zijn voor zijn professionele bekwaamheid. Dit is een proces van vallen en opstaan, waarin hij, in samenspraak met de opleiders, zijn grenzen leert kennen en zijn werk steeds zelfstandiger gaat verrichten. In deze fase heeft strengheid weinig zin meer en moet de duidelijkheid omtrent protocollen al volledig in het denken en handelen van de aios geïntegreerd zijn. Deze fase vraagt om een altijd bereikbare steunende opleider: de begripvolle ervaren 'ouder'-figuur.

Eind van de opleiding

Aan het eind van de opleiding zal de aios het merendeel van zijn werk zelfstandig kunnen en mogen verrichten. Centraal staat dan de behoefte aan dialoog met de opleider(s), zowel over technische, beleidsmatige als ethische vraagstukken. De rol van ervaren oudere broer past in deze fase beter bij het opleiderschap dan die van een ouderfiguur. De opleider, die zich in al deze fasen weet aan te passen aan de behoefte van de jonge collega, zal zich geen zorgen hoeven maken over verlies aan autoriteit. Integendeel, die autoriteit vloeit voort uit het nastreven van een goed opleidingsklimaat en uit het surplus aan professionele bekwaamheid van de opleider(s).

OPLEIDINGSGROEP

De door het MSRC erkende opleider heeft ook een taak naar de opleidingsgroep, die gedefinieerd kan worden als het samenwerkingsverband van de medisch specialisten, inclusief de opleider en plaatsvervangend opleider, van een opleidingsinrichting, betrokken bij de opleiding van het betreffende specialisme. De opleider moet weliswaar het voortouw nemen binnen de opleiding, maar de groep in zijn geheel leidt de aios op. Daarom is het voor een goed opleidingsklimaat van belang dat de gehele opleidingsgroep zich samen daarvoor verantwoordelijk voelt. Wanneer een lid van het opleidingsteam zich aan die verantwoordelijkheid neigt te onttrekken, leidt dat onvermijdelijk tot problemen bij de visitatie door de MSRC.

Verstoring van unanimiteit binnen de opleidingsgroep wordt soms veroorzaakt door het feit dat niet alle stafleden achter het besluit hebben gestaan een jonge collega als aios te accepteren. Wanneer men zich realiseert dat alle stafleden met de aios tenminste diensten en patiëntgerichte handelingen zullen gaan verrichten, ligt het voor de hand dat het onverstandig is aios in opleiding te nemen aan wie de staf niet vooraf zijn steun heeft gegeven. Een verstoring van het klimaat is dan al snel het gevolg.

RELATIES BINNEN EEN OPLEIDINGSAFDELING

Tot nu toe werd alleen gesproken over de relatie van de aios tot zijn opleiders en de waarde van het opleidingsklimaat. Opleiden in een medisch specialistisch vakgebied betekent artsen opleiden om handelingen te verrichten ten gunste van de patiënt die zich aan ons toevertrouwt. Als basis geldt de volgende verplichting van de aios:

“Hij (de aios) volgt gedurende de opleiding de hem door de opleider en de leden van de opleidingsgroep in het belang van de opleiding en van de patiëntenzorg gegeven aanwijzingen op die relevant zijn voor de opleiding” (art. B.8., onder m, Kaderbesluit)

Medisch specialist - patiënt

De specialist die deel uitmaakt van de opleidingsgroep heeft een primaire verantwoordelijkheid naar de patiënt. Een patiënt komt voor hulp immers naar de specialist (en niet naar de aios!), omdat hij daar naar is verwezen door de collega huisarts.

De specialist dient zich die primaire verantwoordelijkheid te realiseren wanneer hij een deel of het geheel van de zorg en behandeltaak overlaat aan de aios. De aios handelt dan namens hem. Dat betekent niet dat de aios niet verantwoordelijk zou kunnen zijn voor de handelingen als er problemen mochten ontstaan. De aios is verantwoordelijk voor al zijn handelen, waarbij wel gekeken wordt naar hetgeen redelijkerwijs van hem verwacht mag worden, gelet op fase van opleiding, kennis, vaardigheden en attitude. Aldus artikel B.8 onder n, Kaderbesluit:

“Hij heeft een eigenstandige zorgplicht en zal tijdens de opleiding geen handelingen verrichten die buiten zijn kennis en vermogens liggen.”

Maar daarnaast is de opleider verantwoordelijk voor het begeleiden van de aios en als zodanig aan te spreken op eventuele nalatigheid. Het lid van de opleidingsgroep dient zich dan ook doorlopend te vergewissen van het feit of de door hem aan de aios overgedragen taak in overeenstemming is met diens kennis en kunde. Omdat dat laatste een dynamisch en tijd vorderend proces is, moet er regelmatig overleg plaats vinden binnen de opleidingsgroep over de fase en het niveau waarop de aios zich bevindt. Ook op de aios rust evenwel een aantal plichten. Indien hij een opdracht krijgt waarvan hij weet of kan vermoeden dat de uitvoering daarvan te zwaar of te moeilijk voor hem zal zijn, moet hij dit onverwijld aan een lid van het opleidingsteam kenbaar maken. Dan kan passende begeleiding worden geregeld of de taak aan een ander worden opgelegd. Een goed opleidingsklimaat is afhankelijk van een soepel en zuiver verloop van dit proces van het over en weer omgaan met verantwoordelijkheden.

Aios - werkgever

Een derde relatie is die tussen aios en werkgever, in de meeste gevallen het ziekenhuis en soms de maatschap of vakgroep. De arts in opleiding is tevens werknemer voor wie arbeidsvoorwaarden gelden. Dit betekent dat de taakopdracht in tijdsduur, intensiteit en moment van toetsing voor alle werkzaamheden moet voldoen aan wat gebruikelijk is. De Arbeidstijdenwet en het Arbeidstijdenbesluit vormen daarbij één van de toetsingskaders. Daarnaast zal het opleidingsinstituut (ziekenhuis) zorg moeten dragen voor voorlichting en bescherming tegen beroepsziekten (onnodige stress situaties, stralenhigiëne, infectierisico's (onder meer Hepatitis C, HIV)). Ook moet de aios kunnen beschikken over een werkplek met voldoende ruimte en rust, met internettoegang, over een piketkamer voor de avond-nachtdiensten en over bedrijfskleding. Daarnaast is polikliniekruimte voor de assistent van belang, zodat hij de patiëntenzorg in een gepaste omgeving kan uitvoeren. Wanneer aan deze basale voorwaarden (tijdelijk) niet wordt voldaan, lijdt het opleidingsklimaat schade, met in het ergste geval een definitief verstoorde relatie tussen aios en werkgever. De aanvraag tot erkenning tot opleider, plaatsvervangend opleider of opleidingsinrichting wordt door een opleider en de instelling gelijktijdig bij de MSRC ingediend. Beide zijn verantwoordelijk voor een goed opleidingsklimaat en aansprakelijk voor de wijze waarop zij hebben getracht dit tot stand te brengen.

Aios - patiënt

Last, maar zeker not least, is daar de relatie tussen de aios en de patiënt. Zelfs in aanmerking genomen alle waarborgen waarmee de zorg voor de patiënt in een opleidingssituatie wordt omgeven, kan men zich voorstellen dat de patiënt weerstand voelt bij het idee dat hij wordt behandeld door een aios in plaats van een specialist. Niettemin is het behandelen van patiënten voor de aios noodzakelijk om zijn opleiding te kunnen voltooien. Het benadrukken van de status (c.q. mindere ervarenheid) van de aios kan ertoe leiden dat patiënten de behandeling door een aios zullen weigeren en dat kan de opleiding natuurlijk danig frustreren. Het Centraal Tuchtcollege (nr 2003/204, 13 mei 2004) zag dit in ieder geval ook zo, waar men oordeelde dat een ziekenhuis in het algemeen niet verplicht is om een patiënt te vertellen dat hij door een aios zal worden behandeld. Een algemene mededeling dat er in het betreffende ziekenhuis ook behandelingen door aios plaats vonden was voldoende geweest. Patiënten het recht geven om zelfs betrekkelijk eenvoudige behandelingen door een aios te weigeren zou de gang van zaken in een opleidingsziekenhuis op ontoelaatbare wijze verstoren. Twee punten verdienen daarbij vermelding. Ten eerste werd voornoemde klacht gegrond verklaard omdat het ziekenhuis in een brochure had aangegeven dat de patiënt die keuze wél had. Waar men zichzelf regels oplegt, moet men die naleven, meende het Tuchtcollege, dat die uitspraak overigens vergezeld liet gaan van het advies om de brochure aan te passen. Ten tweede dient de informatieplicht jegens de patiënt niet in het geding te komen. Dit is niet alleen een morele, maar ook een wettelijke verplichting (WGBO). Niet alleen zal men in een opleidingsziekenhuis in het algemeen tevoren moeten aangeven dat een behandeling door artsen in opleiding tot de mogelijkheden behoort, maar ook in elk geval duidelijk moeten aangeven wie met de *uitvoering* van de behandeling is belast. Daar waar bijvoorbeeld een aios als operateur optreedt, zal hij ook als zodanig op het rooster moeten staan. De patiënt moet steeds kunnen nagaan door wie hij wordt behandeld. Het spreekt voor zich dat eenzelfde duidelijkheid moet worden gegeven wanneer de patiënt expliciet naar de ervaring en hoedanigheid van de arts vraagt.

CONCLUSIE

Samengevat kan een goed opleidingsklimaat worden gedefinieerd als een veilige omgeving voor patiënten, artsen in opleiding en opleiders. Dat klimaat kan alleen ontstaan op basis van toewijding, deskundigheid en saamhorigheid tussen de opleidersgroep en de opleidingsgroep.

Prof. dr. P.P.G. Hodiament is hoofd en opleider psychiatrie in het UMC St. Radboud te Nijmegen en voorzitter van de Medisch Specialisten Registratie Commissie.

Dr. L. Verschoor is secretaris van de MSRC en oud-opleider interne geneeskunde Rijnstate ziekenhuis te Arnhem.



De baas op de korrel

Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van opleiders

Dr. mr. R.H.B. Allard

In februari 2004 vocht een patiënt met succes een terbeschikkingstelling aan omdat het deskundigen-rapport was opgesteld door een arts in opleiding tot psychiater en omdat diens opleider (supervisor) slechts dertig minuten met de gedaagde had gesproken. Nu laat artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht er inderdaad geen twijfel over bestaan: voorafgaande aan een last tot 'terbeschikkingstelling' dient de rechter zich te laten adviseren 'door ten minste twee gedragskundigen, waaronder een psychiater'. Een arts-assistent voldoet dus niet.

Deze strafzaak riep de behoefte op bij het Platform Medisch Specialist en Recht om de juridische rechten en plichten van opleiders eens goed onder de loep te nemen. Hierbij is overigens verder niet naar het strafrecht gekeken. Het genoemde artikel 37 is namelijk waarschijnlijk het enige strafrechtelijke artikel dat iets zegt over het al dan niet medisch specialist zijn. Evenmin is gekeken naar het civiele recht, omdat door de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis (vastgelegd in de WGBO) de relatie tussen opleider en arts-assistent vaak niet relevant is. Alleen het recente tuchtrecht komt hier aan de orde.

INSTRUCTIE ARTS-GENEESKUNDIGEN

De relatie tussen opleider en arts-assistent is, geheel conform de wet BIG, geregeld in de 'Instructie arts-geneeskundigen'⁽¹⁾. Deze richtlijn bepaalt dat de arts-assistent bevoegd is om alle medische (voorbehouden) handelingen te verrichten voor zover hij daartoe voldoende bekwaam is. En dat hij bij het ontbreken daarvan opdrachten van opleiders mag weigeren. Op zijn beurt mag een opleider alleen opdrachten geven aan arts-assistenten waarvan hij van mening is dat deze daartoe voldoende bekwaam zijn^(1a). Indien dat niet het geval is, moet hij de opdracht zelf uitvoeren of door een andere bekwame arts laten uitvoeren⁽²⁾. Ten slotte dient de opleider voor de noodzakelijke bekwame begeleiding te zorgen^(2a).

Alhoewel nergens zo genoemd, kan in de instructie het begrip 'goed opleider' worden gelezen: hij moet handelen zoals een redelijk bekwaam opleider in soortgelijke omstandigheden bij de geldende stand der wetenschap ook zou doen, waarbij het doel in redelijke verhouding moet staan tot de gebezigde middelen. Hierbij gaat het niet om eenrichtingsverkeer. Ook het regelmatig evalueren van de supervisor door arts-assistenten werkt positief^(2b).

TUCHTRECHTELIJKE AANSPRAKELIJKHEID VOOR BEIDEN?

Wie er tuchtrechtelijk aansprakelijk kan worden gesteld, hangt niet alleen af van de 'omstandigheden van het geval' maar ook van de opstelling van de klager. Zo zal, ingeval een patiënt alleen over de arts-assistent klaagt, deze zich onder omstandigheden kunnen beroepen op een tekortschietende supervisie⁽³⁾. Het gedrag van de supervisor kan immers niet of nauwelijks worden getoetst. Ook het omgekeerde is mogelijk. Zo kan de supervisor over wie wordt

geklaagd zich beroepen op het niet-professionele gedrag van de (niet aangeklaagde) arts-assistent. Vanuit de optiek van de patiënt lijkt het dus aan te bevelen om steeds zowel over de supervisor als de arts-assistent te klagen, om te voorkomen dat een van hen zich achter de ander kan verschuilen. Over een maatschap (die geen civielrechtelijke rechtspersoon is) kan niet worden geklaagd, maar wel over met name te noemen leden ervan. Hierbij vereist de wet BIG dat het handelen en nalaten van een arts individueel wordt getoetst ⁽⁴⁾.

Wanneer een maatschap de praktijkvoering echter zodanig inricht dat niet één arts als (hoofd)behandelaar de verantwoordelijkheid draagt maar deze collectief wordt gedragen, is iedere arts binnen die maatschap in beginsel verantwoordelijk ⁽⁵⁾. Dit is bijvoorbeeld het geval als patiënt van dag tot dag door wisselende artsen wordt gezien en er gezamenlijke ochtendbesprekingen zijn of op grond van de organisatie van de diensten ^(5a, 5b). Analoog is het zeer wel denkbaar dat hetzelfde beginsel ook van toepassing is op de groep van supervisors in plaats van alleen de formele opleider. Zowel opleider als arts-assistent kunnen zich beroepen op het feit dat de algemene organisatiestructuur van het ziekenhuis het hen onmogelijk maakt om goed te functioneren, althans voor zover zij daar weinig of geen invloed op kunnen uitoefenen ⁽⁶⁾. Een soortgelijk beroep kan een arts-assistent doen op het disfunctioneren van de maatschap waar hij werkzaam is ⁽⁴⁾.

DE SUPERVISOR

In diverse uitspraken wordt benadrukt dat het afdelingshoofd c.q. de opleider verantwoordelijk is voor een goede supervisie. Dit wil zeggen dat er duidelijke instructies aan en regelmatige toetsing van de arts-assistenten moeten plaatsvinden ⁽⁷⁻⁹⁾. Of anders gezegd: de opleider dient het handelen van de arts-assistent verantwoord te achten en dat dan ook voor zijn rekening te nemen ⁽¹⁰⁾. De WGBO gaat ervan uit dat een behandelingsovereenkomst wordt gesloten met de specialist. De arts-assistent heeft dan de hoedanigheid van een door die arts bij de uitvoering van de overeenkomst ingeschakelde uitvoerder/ hulppersoon (art. 6:170 lid 1 BW en art. 7:404 BW).

DE OPLEIDER DIENT HET HANDELEN VAN DE ARTS-ASSISTENT VERANTWOORD TE ACHTEN EN DAT VOOR ZIJN REKENING TE NEMEN

Hierbij heeft de opleider de plicht erop toe te (laten) zien dat de arts-assistent de behandelingsovereenkomst adequaat uitvoert. Maar dat houdt - uiteraard ook hier afhankelijk van de omstandigheden van het geval - niet automatisch in dat de supervisor altijd tuchtrechtelijk verwijten kunnen worden gemaakt indien de arts-assistent niet handelt volgens diens eigen medische verantwoordelijkheid ^(11, 12). Anderzijds moet de arts-assistent niet a-priori iedere eigen verantwoordelijkheid worden ontnomen ⁽¹²⁾. De opleiding moet immers zelfstandig functionerende specialisten opleveren en daarop dus gericht zijn. En hierbij past een gedurende de loop van het opleidings-traject afnemende mate van direct toezicht, vergezeld van een omgekeerd evenredige mate van controle achteraf.

AVOND-EN WEEKENDDIENST

Ondanks de duidelijke taal in wetgeving en richtlijnen blijft het begrip ‘bekwaam’ vaag. Zeker in avond-en weekend-diensten is het voor de telefonisch geconsulteerde achterwacht-supervisor niet altijd (goed) mogelijk om in te schatten of de dienstdoende arts-assistent voldoende bekwaam en op zijn taken berekend is. Daarom kan het noodzakelijk zijn dat de achterwacht niet volstaat met telefonisch overleg, maar ook zelf, eventueel samen met de arts-assistent, de patiënt onderzoekt ⁽⁹⁾. Het verweer dat zo’n tweede onderzoek onnodig belastend is, zal worden verworpen omdat dit juist in een opleidingssituatie aan de patiënt eenvoudig duidelijk te maken is ⁽¹³⁾. Zodra echter de arts-assistent de supervisor op de hoogte brengt van ernstige risicofactoren, moet de supervisor de patiënt ten spoedigst zien ^(13a). Echter, als bij het telefonisch contact niet wordt gesproken van spoed, mag de achterwacht ervan uitgaan dat het voldoende is dat hij zich op een later tijdstip van de toestand van de patiënt vergewist ^(13b). In alle gevallen moet er een specialist beschikbaar zijn voor overleg, advies en zonodig tussenkomst ⁽¹⁴⁾. De verdeling van de verwijtbaarheid tussen arts-assistent en achterwacht hangt mede af van hun opstelling. Naarmate de achterwacht zich passiever opstelt, zal een tuchtcollege het handelen van de arts-assistent minder snel verwijtbaar achten ⁽¹⁵⁾.

NAARMATE DE ACHTERWACHT ZICH PASSIEVER OPSTELT, ZAL EEN TUCHTCOLLEGE HET HANDELEN VAN DE ARTS-ASSISTENT MINDER SNEL VERWIJTBAAR ACHTEN

DOSSIERVEROERING

Volgens een uitspraak van het Centraal Tuchtcollege zou een opleider geregeld de statusvoering van de assistent schriftelijk moeten accorderen ⁽¹⁶⁾. Ook, aldus het Tuchtcollege Amsterdam, dient er regelmatig een gestructureerd moment van toetsing te zijn om hiaten in de verslaglegging te kunnen achterhalen ⁽⁷⁾. Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde acht dit overigens praktisch onuitvoerbaar en zelfs ongewenst ⁽¹⁷⁾.

RICHTLIJNEN EN PROTOCOLLEN

Het belang van richtlijnen en protocollen speelt in de jurisprudentie een steeds grotere rol. En daarbij gaat het er niet alleen om of de richtlijn is gevolgd, maar ook of de opleider voldoende aandacht heeft besteed aan de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen voor situaties waarvoor dat noodzakelijk moet worden geacht ⁽¹⁸⁻²⁰⁾. En dat betreft niet alleen patiëntgerichte richtlijnen en protocollen, maar ook duidelijke instructies die de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van arts-assistenten regelen ^(21-23a).

INFORMATIE OVER HET OPLEIDINGSKARAKTER

De vraag of altijd aan patiënten moet worden uitgelegd, dat de mogelijkheid bestaat dat er behandeld kan worden door arts-assistenten in opleiding, is niet eenduidig te beantwoorden. Navraag bij een twaalfstal opleiders leerde dat slechts een minderheid van mening is dat dit altijd moet gebeuren. Maar een meerderheid vindt het niet alleen onnodig maar zelfs onuitvoerbaar. Zij is van mening dat de hoofdbehandelaar garant staat voor een professionele behandeling door het gehele team. Als dat goed functioneert is er geen aanleiding om onderscheid tussen specialist en assistent-in-opleiding te maken. Er kan worden volstaan met algemene informatie voor patiënten dat er sprake is van een opleidingsziekenhuis, waarbij arts-assistenten in opleiding onder verantwoordelijkheid van

medisch specialisten betrokken zijn of worden bij onderzoek en behandeling. Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg heeft dit laatste standpunt inmiddels onderschreven met de motivering dat een andere gang van zaken het functioneren van een opleidingsziekenhuis op ontoelaatbare wijze zou verstoren ⁽¹⁾. Het feit dat een supervisor de ingreep niet zelf uitvoert, is, afhankelijk van de omstandigheden van het geval, niet tuchtrechterlijk verwijtbaar, tenzij het zelf opereren is toegezegd ^(24a). Alle ondervraagde opleiders zijn wel van mening dat de patiënt altijd het recht heeft de (namen van de) operateurs te kennen.

CONCLUSIE

De verantwoordelijkheid van opleiders is groot en leidt vaak tot tuchtrechtelijke aansprakelijkheid. In (bijna) alle gevallen zijn zij eindverantwoordelijk voor het handelen van de arts-assistenten en zijn daarbij tuchtrechtelijk aansprakelijk voor tekortkomingen in hun supervisie. Alleen in gevallen waarbij de arts-assistent voorbij is gegaan aan zijn eigen medisch professionele verantwoordelijkheid, kan de opleider zich hierop beroepen.

Dr. mr. R.H.B.Allard is kaakchirurg in VUmc-ACTA, en lid van het Platform Medisch Specialist en Recht.

NOTEN

- | | |
|---|--|
| <p>RTC: staat voor Regionaal Tuchtcollege College voor de Gezondheidszorg.</p> <p>CTC: staat voor Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.</p> <p>NB: uitspraken vóór 1997 zijn gedaan onder het oude regime van de Medische Tuchtwet.</p> <p>(1) Opgenomen in bijlage 1 van dit boek. De Instructie arts-geneeskundigen is tot stand gekomen onder auspiciën van de Landelijke Vereniging voor Artsen in Dienstverband in samenwerking met de KNMG, de LHV, de Orde van Medisch Specialisten, de NVZ en de LVAG.</p> <p>(1a) RTC Amsterdam, uitspraak 21-12-2001. TvGR 2003; 4: 293-296.</p> <p>(2) CTC, uitspraak 15-6-1995. TvGR 1997;(4):229-31.</p> <p>(2a) Boendermaker P, Goed opleiderschap. Medisch Contact. 2004; 59(17): 691-694.</p> <p>(2b) Keemers-Gels ME, Nienhuys SW, Barendrecht WB, Bruggink EDM, Strobbe LJA. Stafleden op rapport. Medisch Contact. 2004; 59(8): 273-275.</p> <p>(3) Helm JJ van der. Specialist en assistent-geneeskundige; tuchtrechtelijke verdeling van verantwoordelijkheden. NTVG 2001; 145:1416-9.</p> <p>(4) RTC Amsterdam, uitspraak 23-10-1995. TvGR 1996;(4):216-9.</p> <p>(5) CTC, uitspraak 4-3-2004. Medisch Contact 2004; 59(25):1047-50.</p> <p>(5a) CTC, uitspraak 27-1-2004. Medisch Contact 2004; 59(17): 691-694.</p> <p>(5b) CTC, uitspraak 4-3-2004. TvGR 2004; 4: 314-320.</p> <p>(6) RTC Eindhoven, uitspraak 29-4-1991. TvGR 1992;(juni):220-2.</p> | <p>(7) RTC Amsterdam. 12 -3-2002. TvGR 2002;(6):434-6.</p> <p>(8) RTC Groningen. 21-3- 2002. TvGR 2003;(1):54-8.</p> <p>(9) CTC. 27-8-2003. TvGR 2004;(1):64-72.</p> <p>(10) CTC, uitspraak 5-3-1998. TvGR 1998;(6):372-5.</p> <p>(11) CTC, uitspraak 10-9-2002. TvGR 2003;(3):214-8.</p> <p>(12) CTC, uitspraak 27-4-1999. TvGR 1999;(6):382-6.</p> <p>(13) CTC, uitspraak 18-4-1996. TvGR 1996;(8):506-8.</p> <p>(13a) CTC, uitspraak 27-8-2003. Tijdsch Gezondheidsrecht 2003; 1: 64-72.</p> <p>(13b) CTC, uitspraak 3-6-2004. Tijdsch Gezondheidsrecht 2004; 6: 473-477.</p> <p>(14) Pfaff A, Wijmen FCB. Een persoonlijke aangelegenheid. Medisch Contact 2002; 57:1440-2.</p> <p>(15) RTC Den Haag, uitspraak 5-2-2002. TvGR 2003;(1):51-3.</p> <p>(16) CTC, uitspraak 7-8-1998. TvGR 1999;(23): 233-242.</p> <p>(17) Bijnen AB. Wie is verantwoordelijk? Ned Tijdschr Heelkd 2004; 8:48-9.</p> <p>(18) Buijsen MAJM. Richtsnoeren voor artsen: hun toepassing in de rechtspraak. TvGR 2000;(1):19-33.</p> <p>(19) Hoge Raad, uitspraak 2-3-2001. TvGR 2001;(3):186-94.</p> <p>(20) CTC, uitspraak 10-4-1997. TvGR 1998;(1):27-30.</p> <p>(21) RTC Zwolle, uitspraak 3-11-1990. TvGR 1991;(juni):234-6.</p> <p>(22) RTC Den Haag, uitspraak 8-1-1992. TvGR 1992;(juli):287-9.</p> <p>(23) RTC Amsterdam, uitspraak 16-3-1998. TvGR 1999;(3):181-5.</p> <p>(23a) CTC, uitspraak 22 -6-2004. TvGR 2004; 6: 482-485.</p> <p>(24) CTC, uitspraak 13-5-2004. TvGR 2004; (6):469-473.</p> <p>(24a) CTC, uitspraak 12-8-2004. TvGR 2004; 7: 551-559</p> |
|---|--|



Van achter de balie gezien

De visie van de tuchtrechter

Mr. R.A. Torrenga

Met het toenemen van de kennis en kundigheid van de arts-assistent, neemt ook de aanspraak van diverse betrokkenen op die kundigheid toe. Grenzen van de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van de arts-assistent zijn daarbij niet scherp te trekken. De auteur (tuchtrechter) beschrijft hoe u hiermee kunt omgaan, mede vanuit zijn visie dat een tuchtprocedure geen 'life event' zou hoeven zijn. De auteur geeft tevens een samenvatting van en commentaar op het symposium.

Het spook van de tuchtrechter komt nu aan het woord, de personificatie van de enigszins getroebleerde verhouding tussen de arts, die "een echt vak geleerd heeft" en de jurist.

De arts-assistent is in beginsel bevoegd alle voorbehouden handelingen te verrichten en is daarmee ook verantwoordelijk voor wat hij doet. Tegelijk is hij bezig zich vaardigheden eigen te maken en de ervaring op te doen, die hij nodig heeft om zelfstandig de geneeskunst uit te oefenen inclusief het daarbij onontbeerlijke vertrouwen in het

eigen kunnen. Met het oplopen van de leercurve nemen zijn kundigheid en zelfvertrouwen toe. Daarmee neemt ook de aanspraak op zijn kundigheid toe, die zijn patiënt, zijn opleider, het ziekenhuis waar hij werkt en uiteindelijk mogelijk ook de tuchtrechter op hem kunnen maken.

We hebben dus te maken met de samenloop van toenemende kundigheid en groeiende verantwoordelijkheid met een geleidelijk scherper wordende toets, waaraan het handelen moet voldoen. Maar waar liggen de grenzen van de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid? Zijn die niet volkomen arbitrair? Ik kan mij er nu gemakkelijk van afmaken door te bevestigen dat de grenzen arbitrair zijn. Voor de arbiter zelf is dat ook niet zo'n schrikbeeld, voor hem geldt dat de grenzen daar liggen waar hij ze trekt en dat hij een redelijk mens is met oog voor de onvolkomenheid van het menselijk streven. Maar erg geruststellend zal dat de arts-assistent niet in de oren klinken.

Toch is het ontegenzeggelijk waar dat de grenzen van de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van de arts-assistent - en van elke arts - niet scherp zijn te trekken en sterk per geval worden bepaald. Het is niet anders, maar het kan ook niet anders, want datgene wat van een individuele arts kan worden gevergd is sterk afhankelijk van de casus en is niet in concrete regelgeving te vatten. Bij de arts-assistent ligt het extra moeilijk omdat hij weliswaar volledig bevoegd is, maar mogelijkerwijs nog niet volledig bekwaam, zodat zijn verantwoordelijkheid en die van zijn opleider in zekere zin communicerende vaten vormen. Mooi wordt dit geïllustreerd in de 'Instructie assistent-geneeskundigen werkzaam in ziekenhuizen'⁽¹⁾ in onder meer de artikelen 2.6 en 2.7. Hierin staat dat indien de assistent-geneeskundige aangeeft dat een bepaalde opdracht zijn bekwaamheid te boven gaat, de superviserende arts voor de noodzakelijke begeleiding zal zorgdragen, dan wel de opdracht zelf zal uitvoeren of zal laten uitvoeren. Verder staat hierin dat de assistent-geneeskundige verplicht is bij twijfel over zijn eigen bekwaamheid te overleggen met de superviserende arts. Dezelfde gedachte keert terug in artikel 4.2 dat bepaalt dat voor het verrichten van een aantal medische handelingen het gewenst kan zijn dat de assistent-geneeskundige deze slechts uitvoert onder leiding van de superviserend arts.

Dit zijn goede en doordachte regels, die overigens alleen tot hun recht kunnen komen als de arts-assistent wordt opgeleid in een voor hem veilig en vertrouwenwekkend klimaat, waarin arts en opleider in onderlinge harmonie en respect en met inachtneming van elkanders sterke en zwakke punten een team vormen. Is er echter door de opleider een klimaat geschapen waarin de assistent uit vrees voor repercussies de opleider niet durft te benaderen, dan komt er niets van terecht. Dat dit soort situaties voorkomen is bekend, maar amper erkend. Vanuit tuchtrechtelijk perspectief mag je hopen dat als in een dergelijke gemankeerde setting een klacht bij de tuchtrechter wordt ingediend, deze klacht minstens tevens tegen de opleider is gericht.

Overigens geldt dat de tuchtrechter, in gevallen dat een arts-assistent wordt aangeklaagd, met waardering en instemming ziet dat diens supervisor hem bijstaat op de zitting. Vele opleiders doen dat en naar mijn gevoel hoort dat bij de opleiding. Wanneer opleider en agio beiden worden aangeklaagd, kan recht worden gedaan aan gezamenlijk gedragen verantwoordelijkheid. Of een klager hiervoor zal kiezen, is overigens maar afwachten. Wellicht was het beter als de wet zou bepalen dat de tuchtrechter de bevoegdheid zou hebben een klacht tegen een agio mede als gericht tegen de opleider aan te merken.

DE SUPERVISOR KAN, MET WAARDERING EN INSTEMMING VAN DE TUCHTRECHTER, DE ARTS-ASSISTENT BIJSTAAN OP DE ZITTING

Nu we het over klachten hebben, wil ik niet nalaten enkele relativerende opmerkingen te maken over het tuchtrecht, dat naar mijn gevoel door artsen te veel gezien wordt als een fundamentele bedreiging van hun integriteit en van hun beroepseer.

Het medisch tuchtrecht berust op twee peilers. Het is enerzijds een instrument van kwaliteitsbewaking van het medisch handelen. Deze kwaliteitsbewaking gebeurt door medici, bijgestaan door juristen ter toepassing van de beginselen van behoorlijke rechtspleging. Anderzijds beoogt het tuchtrecht recht te doen aan de behoefte en het recht van de individuele klager om het medisch handelen, waardoor hij zich gekrenkt voelt, aan onafhankelijke toetsing te onderwerpen.

Afgezien van de helaas veel voorkomende gevallen dat de klacht nauwer samenhangt met de problematiek van de klager dan met kwaliteit van medisch handelen, is het zo dat de klachtbehandeling door de tuchtrechter een buitensporig grote impact heeft op het welbevinden van de aangeklaagde arts. Velen zien het enkele feit dat zij een klacht ‘aan hun broek hebben’, hoe ongegrond die klacht wellicht ook is, als een uitgesproken life event. Ik kan mij dat goed voorstellen, maar ik wil dit wel wat relativeren. De arts heeft meer dan enige andere professional een zwaar en verantwoordelijk beroep, waarin hij zich ontfermt over vitale belangen van medemensen. Hij grijpt handelend in en het ligt voor de hand dat hij voor zijn handelen verantwoording moet kunnen afleggen. Het tuchtrecht is niets anders dan een openbare verantwoording voor zijn handelen.

Dat niet elk handelen optimaal kan zijn, is een menselijk gegeven. Een ieder, die zich overgeeft aan zelfreflectie, draagt wetenschap van eigen handelen, ook in het professionele vlak, dat hij achteraf gezien graag anders en beter had gedaan. Bezien in die context zou het oplopen van een tuchtrechtelijke waarschuwing⁽²⁾ geen life event moeten zijn van een zodanige omvang dat het geweld doet aan het voor een goed functioneren onmisbare vertrouwen in het eigen kunnen. Het zou niet meer en niet minder moeten zijn dan een leermoment. Ik wil niet zover gaan dat een tuchtzaak eigenlijk tot de opleiding zou moeten behoren, maar ik wil wel waarschuwen voor een te grote vrees voor interventie van de tuchtrechter.

TUCHTRECHTELIJKE WAARSCHUWING ZOU NIET MEER EN NIET MINDER MOETEN ZIJN DAN EEN LEERMOMENT

Het spreekt voor zich dat ik het nu niet heb over die gelukkig uitzonderlijke gevallen, waarin sprake is van ernstige medische misslagen, die oplegging van zwaardere sancties, zoals berisping, schorsing van de BIG-registratie of

zelfs doorhaling in het register, rechtvaardigen. Als dat aan de orde is, wordt onontkoombaar dat wij ons begeven in life events voor de beroepsbeoefenaar, maar natuurlijk vooral voor de patiënt of diens nabestaanden.

De arts-assistent staat aan het begin van zijn/haar medische loopbaan en ik meen oprecht dat het nuttig zou zijn om het afleggen van verantwoording over het eigen professionele handelen en de eventueel naar aanleiding daarvan vast te stellen aansprakelijkheid, niet te zien als een dreigend spook, maar als een onverbreekelijk aan de professionaliteit verbonden neveneffect. Niet aangenaam, maar niet altijd te vermijden. Leidt de aansprakelijkheid tot schadeplichtigheid, dan is de arts-assistent voor de gevolgen verzekerd. Uit hij zich in tuchtrechtelijke aansprakelijkheid, zie het dan - zo mogelijk - als een leermoment.

Tuchtrechtelijke klachten zijn, anders dan de media soms doen geloven, niet synoniem aan medische beroepsfouten of zoals dat goed in de mond liggend heet: medische missers. Verreweg de meeste klachten zijn niet gegrond en van de gegronde klachten betreft een aanzienlijk deel niet het medisch-technisch handelen, maar gebreken in de bejegening. Niet dat de bejegening van patiënt en zijn naasten niet belangrijk is, maar er vallen nu eenmaal geen doden wanneer de arts alleen tekortschiet in zijn verplichting goed voor te lichten, met geduld en aandacht naar zijn patiënt te luisteren, hem in zijn waarde te laten en zijn integriteit te respecteren⁽³⁾.

Hoe moeilijk bejegening en communicatie zijn, heb ik zelf moeten ervaren bij de beoordeling in hoger beroep van een klacht van een vrouw wier moeder in het ziekenhuis was overleden. De dochter zag haar klacht afgewezen door het college waarvan ik voorzitter ben. Ik had de illusie dat wij in onze beslissing alles goed uitgelegd hadden, een fijnmazig en genuanceerd oordeel hadden gegeven, waar zelfs de in het ongelijk gestelde partij mee zou kunnen leven. De werkelijkheid is echter dat deze klaagster is blijven zitten met het gevoel dat niet alleen in het ziekenhuis, maar ook bij het hoogste tuchtcollege doktoren elkaar 'dekken'. Doordat ze niet weet waarom haar klachten zijn afgewezen en omdat er niet gesproken is over de dingen die ze werkelijk belangrijk vindt, duurt haar onbegrip voort over een zaak die haar diep raakt: de nagedachtenis aan haar moeder.

Belangrijk is verder dat in dit boekje helder voor het voetlicht is gekomen dat het opleidingstraject van de arts gekenmerkt wordt door groeiende kunde, groeiende verantwoordelijkheden en daarmee gepaard gaande groeiende aanknopingspunten voor (tuchtrechtelijke) aansprakelijkheid, wanneer er iets mis gaat. Evenzo -en in niet mindere mate- is het een essentieel inzicht dat de supervisie van de opleider eigen handelen van die opleider is, waarvoor hij evenzeer tuchtrechtelijk verantwoording schuldig kan zijn.

Bovenal moet nadrukkelijk onder ogen gezien worden dat alle mooie denkbeelden, alle fraaie theorieën over good teaching practice, leercurven en communicerende vaten van aansprakelijkheid, staan of vallen met het bestaan van een voor de assistent (en daarmee ook voor de patiënt) veilig opleidingsklimaat, waarin de assistent niet wordt overvraagd zolang het goed gaat en niet wordt afgebrand als er iets misgaat. Een klimaat waarin het doel van de opleiding voorop staat en de 'teaching practice' niet structureel ondergeschikt wordt gemaakt aan de tekorten aan menskracht in de zorg.

Mr. R.A. Torrenga was van 2001 tot zijn pensionering in 2010 voorzitter van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.

NOTEN

1. Zie bijlage van dit boekje.
2. Een waarschuwing, de meest voorkomende sanctie bij de tuchtrechter, is door de wetgever bedoeld als een zakelijke constatering dat het medisch handelen beter had gekund en gemoeten, zonder daaraan een element van laakbaarheid toe te kennen.
3. Overigens is bijvoorbeeld een gebrekkige voorlichting wel een aspect dat mogelijk kan leiden tot civielrechtelijke aansprakelijkheid
- redactie.



Bijlagen

Instructie assistent geneeskundigen werkzaam in ziekenhuizen

Modelinstructie arts al dan niet in opleiding tot (medisch) specialist

VOORWOORD

Voor u ligt de *Modelinstructie arts al dan niet in opleiding tot (medisch) specialist werkzaam in ziekenhuizen* (Modelinstructie). In augustus 1998 is de brochure onder de naam *Instructie assistent-geneeskundigen werkzaam in ziekenhuizen* voor het eerst uitgegeven. In de tweede uitgave is de naam assistent-geneeskundige veranderd in die van arts in opleiding tot specialist (aios). De Modelinstructie is op initiatief van de LAD tot stand gekomen in overleg met de Orde, KNMG, LHV, LVAG en NVZ. Hiermee is gevolg gegeven aan de besluiten van het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) en het College voor Huisarts-geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde (CHVG) en de Registratiecommissies van de KNMG. De naam assistent-geneeskundige in opleiding tot medisch specialist (agio), huisarts in opleiding (haio) en verpleeghuisarts in opleiding (vaio) zijn gewijzigd in die van arts in opleiding tot specialist (aios). Het doel was en is nog steeds: invulling geven aan de op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen bestaande verplichting van de ziekenhuisorganisatie zorg te dragen voor een verantwoorde zorgverlening en voor adequate randvoorwaarden daarvoor. Een van die randvoorwaarden is blijkens onder andere de jurisprudentie een Modelinstructie voor arts(en) in opleiding tot (medisch) specialist.

Ter ondersteuning van de arts al dan niet in opleiding tot (medisch) specialist, de medisch specialisten en de ziekenhuizen hebben de bovengenoemde organisaties de Modelinstructie arts al dan niet in opleiding tot (medisch) specialist werkzaam in ziekenhuizen opgesteld, waarbij rekening is gehouden met zowel de bestaande wet- en regelgeving als met de op dit onderwerp betrekking hebbende

jurisprudentie. Deze Modelinstructie is naar het oordeel van de betrokken organisaties een evenwichtig document, waarin de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de arts al dan niet in opleiding tot (medisch) specialist zorgvuldig staan omschreven. Onverlet de eigen verantwoordelijkheid van de ziekenhuisorganisatie voor de precieze inhoud van een instructieregeling wordt deze Modelinstructie inmiddels door de ziekenhuisorganisaties toegepast. Dit geldt voor zowel de Algemene ziekenhuizen als voor de Universitair Medische Centra (UMC's). In het Kaderbesluit van het Centraal College Medische Specialismen is opgenomen dat de ziekenhuizen deze Modelinstructie vóór de aanvang van de opleiding aan de arts in opleiding tot (medisch) specialist verstrekken.

Wij zijn ervan overtuigd dat deze Modelinstructie een bijdrage levert aan het optimaliseren van de afbakening van de verantwoordelijkheden tussen de arts al dan niet in opleiding tot (medisch) specialist enerzijds en de medisch specialist(en) en de ziekenhuisorganisatie anderzijds.

Utrecht, september 2006

CONSIDERANS

Overwegende, dat:

- de arts bevoegd is tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst en als zodanig een eigen medische verantwoordelijkheid heeft;
- de arts die op grond van een arbeidsovereenkomst of ambtelijke aanstelling werkzaam is, verplicht is de overeengekomen werk-

zaamheden naar beste vermogen te verrichten en zich daarbij te gedragen naar de door of vanwege de raad van bestuur/directie gegeven aanwijzingen;

- aanwijzingen met betrekking tot werkzaamheden in het kader van de zorgverlening - al dan niet in verband met de opleiding - gegeven worden door de opleider en overige behandelend medisch specialisten die een overeenkomst hebben met het ziekenhuis, onverlet het hierboven vermelde omtrent de door of vanwege de raad van bestuur/directie gegeven aanwijzingen;
- de verantwoordelijkheid tot supervisie bij de zorgverlening niet alleen gedragen wordt door de opleider, maar door alle medisch specialisten en/of andere artsen die betrokken zijn bij de zorgverlening waaraan de arts deelneemt;
- er in beginsel geen onderscheid is in supervisie van de artsen in opleiding en de artsen niet in opleiding;
- het uit een oogpunt van duidelijkheid voor zowel artsen al dan niet in opleiding, medisch specialisten en andere artsen, patiënten als ziekenhuis, gewenst is te beschikken over een instructie, waarin de bevoegdheden en de verantwoordelijkheden van deze artsen zijn omschreven;
- voor de arts in opleiding tot (medisch) specialist de opleidings-eisen gelden, zoals vastgesteld door het CCMS of het CHVG, en de Modelinstructie dan wel een instructie die voldoet aan de eisen die daaraan kunnen worden gesteld ingevolge deze Modelinstructie;
- de Modelinstructie dan wel een instructie die voldoet aan de eisen die daaraan kunnen worden gesteld ingevolge deze Modelinstructie onverbreekelijk zijn verbonden met de arbeids-overeenkomst of ambtelijke aanstelling van de arts; is tussen de LAD, KNMG, Orde, LVAG, LHV en NVZ de volgende Modelinstructie overeengekomen.

1. Begripsbepalingen

In deze Modelinstructie wordt verstaan onder:

a. arts:

de arts die al dan niet in het kader van de opleiding tot (medisch) specialist (aios) onder functionele verantwoordelijkheid van de betrokken medisch specialisten en/of andere artsen deelneemt aan de zorgverlening;

b. superviserend arts:

degene die op basis van binnen het ziekenhuis gemaakte afspraken in voorkomende gevallen moet worden aangemerkt als functioneel leidinggevende/opdrachtgever. Dit kan zijn:

1. degene die de medische verantwoordelijkheid draagt voor de zorgverlening aan de patiënt in kwestie (veelal de behandelend medisch specialist) óf
2. een medisch specialist ingeschreven als opleider c.q. plaatsvervangend opleider in het register van de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).

2. Algemene bepalingen

2.1 De arts is verplicht, onverlet zijn/haar eigen medische verantwoordelijkheid, de hem/haar opgedragen werkzaamheden in het kader van de zorgverlening en/of de opleiding naar beste vermogen te verrichten, met inachtneming van:

- geldend recht;
- door of vanwege de raad van bestuur/directie vastgestelde regelingen;
- vigerende medische protocollen/richtlijnen;
- de eventueel bij de opdracht gegeven aanwijzingen.

2.2 De arts ontvangt bij zijn/haar indiensttreding:

- een taak-functieomschrijving;
- een verwijzing naar de protocollen/richtlijnen van het betreffend medisch specialisme;
- (een verwijzing naar) de in het ziekenhuis geldende regelingen die relevant zijn voor zijn/haar functioneren en waaraan hij/zij wordt geacht zich te conformeren;
- een binnen het betreffende medisch specialisme geldende roostersystematiek, aan de hand waarvan de arts wordt ingedeeld op de diverse afdelingen;
- een overzicht van de voor de betrokken arts in opleiding tot specialist verplichte gezamenlijke besprekingen met medisch specialisten en/of andere medewerkers, die bij de zorgverlening zijn betrokken.
- deze Modelinstructie dan wel een instructie die voldoet aan de eisen die daaraan kunnen worden gesteld ingevolge deze Modelinstructie.

2.3 De superviserend arts bepaalt periodiek, na overleg met de arts, aan de hand van:

- het stadium van de opleiding/ervaring van de betrokken arts;
- de concrete bekwaamheid van de arts;
- de opleidingseisen van het CCMS of het CHVG, tot het verrichten van welke handelingen de arts zelfstandig in staat mag worden geacht en welke handelingen onder leiding (van een medisch specialist) moeten worden verricht. De superviserend arts legt dit overeenkomstig de binnen het ziekenhuis gebruikelijke wijze schriftelijk vast. Waar van toepassing in het kader van de functie en/of opleiding, draagt de superviserend arts er zorg voor dat hij/zij op de hoogte blijft van de vorderingen van de arts.

2.4 De arts is verplicht bij twijfel over zijn/haar eigen bekwaamheid te overleggen met de superviserend arts.

2.5 Voor overleg met de arts is te allen tijde een superviserend arts bereikbaar. Indien de arts van oordeel is dat de superviserend arts naar het ziekenhuis dient te komen, zal hij/zij dit expliciet verzoeken aan de superviserend arts.

2.6 De arts overlegt met de behandelend medisch specialist wie welke informatie aan de patiënt verstrekt.

2.7 De arts heeft het recht op grond van ernstige gewetensbezwaren te weigeren een bepaalde handeling te verrichten. De superviserend arts beslist vervolgens over de verdere behandeling van de patiënt. Bij indiensttreding meldt de arts eventuele gewetensbezwaren, zodat daarmee rekening gehouden kan worden.

2.8 De arts dient - onverlet de regeling binnen het ziekenhuis - onverwijld de superviserend arts op de hoogte te brengen van iedere gebeurtenis - al dan niet veroorzaakt door menselijk handelen of nalaten - bij onderzoek, behandeling, verpleging of verzorging van de patiënt(en), welke tot een schadelijk gevolg voor de patiënt(en) heeft geleid, dan wel naar algemene ervaringsregels had zullen leiden, indien dit niet voorkomen was door een toevallige gebeurtenis of door een tevoren niet gepland ingrijpen. De supervi-

serend arts ziet toe op melding bij de Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP)/de commissie voor Fouten, Ongevallen en Near Accidents (FONA)/de commissie voor (melding van) Fouten, Ongevallen en Bijna-Ongevallen (FOBO) in de medische zorg, conform de in het ziekenhuis vigerende regeling.

2.9 In geval van stages bij (een) ander(e) medisch(e) specialisme(n) kan (de verantwoordelijkheid voor) de supervisie en daarmee de verantwoordelijkheid worden gedelegeerd aan de stageverlenende medisch specialist(en) en worden daaromtrent afspraken gemaakt.

3. Werkverdeling

3.1 De superviserend arts en/of de daarvoor binnen het ziekenhuis verantwoordelijke(n) draagt (dragen) zorg voor een rooster voor de arts, dat tijdig onder hen dient te worden verspreid en aan de hand waarvan de werkzaamheden in het kader van de zorgverlening op de verschillende afdelingen worden verdeeld onder en opgedragen aan de arts.

3.2 Het rooster dient te voldoen aan de Arbeidstijdenwet en het Arbeidstijdenbesluit en de toepasselijke rechtspositieregeling(en).

3.3 De arts woont diverse soorten (patiënten)besprekingen bij, die naar het oordeel van de superviserend arts van belang zijn voor de functie en/of opleiding. De arts neemt, conform de opleidingseisen, tenminste deel aan patiëntenbesprekingen, klinische conferenties en referereerbijeenkomsten in het ziekenhuis en in overleg met de opleider aan die welke worden gehouden in een opleidingsinrichting waarmee een samenwerkingsverband bestaat.

4. Opgavens

4.1 De superviserend arts geeft de arts alleen die opdrachten waarvan hij/zij redelijkerwijs mag aannemen dat de arts beschikt over de bekwaamheid, die is vereist voor het behoorlijk uitvoeren van die opdrachten.

4.2 De arts aanvaardt alleen opdrachten indien hij/zij redelijkerwijs mag aannemen dat hij/zij beschikt over de bekwaamheid, die is vereist voor het behoorlijk uitvoeren van die opdrachten.

4.3 Indien de arts aangeeft dat bepaalde opdrachten zijn/haar bekwaamheid te boven gaat, zal de superviserend arts voor de noodzakelijke begeleiding zorgdragen dan wel de opdrachten zelf uit (laten) voeren.

4.4 De superviserend arts draagt er zorg voor dat hij/zij op de hoogte blijft van de toestand van de door de arts behandelde patiënten.

4.5 De arts kan opdrachten geven aan verpleegkundigen, volgens bestaand vanwege raad van bestuur/directie, medisch specialisten en/of verpleegkundige leiding vastgesteld beleid.

5. Medische handelingen

5.1 De arts is gerechtigd alle medische handelingen te verrichten die noodzakelijk zijn in het kader van de zorgverlening, voor zover hij/zij redelijkerwijs mag aannemen dat hij/zij over de daartoe benodigde bekwaamheid beschikt. In geval van twijfel en/of indien de toestand van de patiënt daartoe aanleiding geeft is hij/zij verplicht met de superviserend arts overleg te voeren. De arts pleegt in ieder geval overleg met de superviserend arts over (dreigende) complicaties, abnormaal verloop van het genezingsproces en bijzondere uitslagen.

5.2 Voor het verrichten van een aantal medische handelingen kan het gewenst zijn dat de arts deze uitsluitend uitvoert onder leiding van de superviserend arts.

5.3 De arts treedt in beginsel zelfstandig op in het kader van de zorgverlening aan de patiënten met inachtneming van de vigerende protocollen/richtlijnen ter zake. De arts voert overleg met de superviserend arts in geval van twijfel en meer in het bijzonder indien de toestand van de patiënt daartoe aanleiding geeft.

5.4 De arts doet aan de superviserend arts melding van overleden patiënten.

5.5 De arts neemt slechts beslissingen tot opname, overplaatsing of ontslag van een patiënt na verkregen toestemming van de super-

viserend arts, tenzij de gezondheidstoestand van de patiënt overleg niet toelaat.

5.6 Over doorverwijzing naar een medisch specialist van een ander specialisme en terugverwijzing naar de huisarts overlegt de arts met de superviserend arts, behalve indien de vigerende protocollen/richtlijnen hierin op andere wijze voorzien.

5.7 Het aanvragen en verrichten van een intercollegiaal consult wordt gedaan door een medisch specialist dan wel door de arts in opdracht van een medisch specialist.

6. Spoedeisende hulp

6.1 De arts pleegt zo spoedig mogelijk overleg met de superviserend arts over alle meervoudig getraumatiseerde patiënten.

6.2 De arts meldt terstond bij de superviserend arts de (telefonische) mededeling omtrent de komst van een patiënt die mogelijk in een levensbedreigende situatie verkeert.

7. Verslaglegging/medisch dossier

Onverlet de verplichting in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) voor de behandelend specialist, houdt de arts een dossier/status conform de binnen het ziekenhuis gebruikelijke procedures bij met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Dit wil zeggen, dat hij/zij aantekeningen maakt over de gegevens omtrent de gezondheidstoestand van de patiënt, de uitgevoerde handelingen en van de aan de patiënt gegeven informatie. Hij/zij neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede zorgverlening van de patiënt noodzakelijk is.

8. Slotbepalingen

8.1 Indien de arts van de Modelinstructie afwijkt dient, indien de omstandigheden dit toelaten, te allen tijde overleg plaats te vinden met de superviserend arts.

8.2 In alle gevallen met betrekking tot de zorgverlening van een patiënt door een arts, waarin de Modelinstructie niet voorziet, beslist de superviserend arts.

VERANTWOORDING

De artikelen in dit boek zijn op persoonlijke titel geschreven. De redactie en uitgever zijn hiermee niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor de inhoud van de artikelen. In de artikelen is steeds om redenen van leesbaarheid gekozen voor de mannelijke vorm. Waar 'hij' staat, wordt uiteraard ook 'zij' bedoeld.

COLOFON

©2011, vierde, geactualiseerde druk, MediRisk B.A. te Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, e-mail of op andere wijze zonder voorafgaande (schriftelijke) toestemming van MediRisk B.A.

Redactie: Mare Bergsma, Lotte de Jong

Vormgeving: Ontwerpstudio VvAA

Fotografie: Shutterstock

Druk: Drukwerkconsultancy, Utrecht

Dit is een uitgave van de Onderlinge Waarborgmaatschappij voor Instellingen in de Gezondheidszorg MediRisk B.A.

Bezoekadres:

Orteliuslaan 750
3528 BB Utrecht

Postadres:

Postbus 8409
3503 RK Utrecht

telefoon: (030) 247 48 10

e-mail: info@medirisk.nl

www.medirisk.nl



MEDIRISK EN ARTS-ASSISTENTEN

Een specialist verricht belangrijk en verantwoordelijk werk. Dat brengt risico's met zich mee en het is goed om daar bij stil te staan. De risico's gelden zeker ook voor het werk van een arts-assistent. Voor een goede, professionele beroepsuitoefening is daarom kennis nodig over de rechtspositie.

Met dit boekje helpt MediRisk u als arts-assistent en opleider graag bij het leren kennen van uw verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Zodat u sterker staat, nu en in de toekomst.

SAMEN ALERT OP VEILIGHEID

Uw medisch beroepsrisico is over het algemeen verzekerd via de collectieve aansprakelijkheidsverzekering van de zorginstelling waar u werkt. 70% van de zorginstellingen zijn verzekerd bij MediRisk, de grootste verzekeraar van medische aansprakelijkheid van zorginstellingen in Nederland.

MediRisk onderscheidt zich van menig traditionele verzekeraar doordat zij samen met de zorginstellingen werkt aan het voorkómen van risico's op schadeclaims en daarmee streeft naar het creëren van een veilige omgeving voor patiënt en professional. Dit gebeurt door middel van preventieprogramma's, voorlichting en het delen van kennis en expertise.

MediRisk is bereikbaar via telefoonnummer 030 247 48 10 of per e-mail info@medirisk.nl.