

---

vereniging voor gezondheidsrecht

---

**BESCHOUWINGEN OVER DE SAMENWERKING  
IN DE GENEESKUNDIGE BEHANDELING EN  
VERZORGING VAN PATIËNTEN.**

Preadvies uitgebracht ten behoeve van de  
jaarvergadering van de Vereniging voor  
Gezondheidsrecht op 26 maart 1982 door:

Jhr. Mr. P. J. W. de Brauw

---

vereniging voor gezondheidsrecht

---

**BESCHOUWINGEN OVER DE SAMENWERKING  
IN DE GENEESKUNDIGE BEHANDELING EN  
VERZORGING VAN PATIËNTEN.**

Preadvies uitgebracht ten behoeve van de  
jaarvergadering van de Vereniging voor  
Gezondheidsrecht op 26 maart 1982 door:

Jhr. Mr. P. J. W. de Brauw

## I N H O U D S O P G A V E

## Pagina:

1.	Verantwoording	1
2.	Definities	2
3.	Voorbeelden van horizontale samenwerking, huisartsen	4
4.	Specialisten	7
5.	Overdracht aan het ziekenhuis	11
6.	Voorbeelden van verticale samenwerking	13
7.	Enkele vormen van incidentele samenwerking	17
8.	Vastlegging van gegevens en informatieplicht	19
9.	De verlengde arm	22
10.	Tuchtrechtelijke consequenties	29
11.	Civielrechtelijke aansprakelijkheid	41
12.	Zijn de bestaande assurantie-vormen doelmatig ?	52

## Beschouwingen over samenwerking in de geneeskundige behandeling en verzorging van patiënten

### 1. Verantwoording

De rechtswetenschap is lang een nauwkeurig afgebakend gebied geweest. Zij kende raakvlakken met terreinen die bij andere faculteiten bestudeerd werden, en waarvan enige kennis in de praktijk ook voor de jurist wenselijk leek, bijvoorbeeld als hij de criminologie beoefende. Er waren ook gebieden, die binnen de juridische faculteit tot ontwikkeling kwamen. De generatie van economen die hun opleiding bij een juridische faculteit genoten is nog niet uitgestorven.

De bestudering van de mens als subject maakte nieuwe terreinen van wetenschapsbeoefening noodzakelijk en de rechtswetenschap is thans een onderdeel van de gedragswetenschappen. Zo kan een gezelschap dat uit juristen bestaat zich bezig houden met de praktijkvragen van een andere discipline en zich afvragen of de spelregels die daar zijn ontstaan en een stelsel van regels en voorgeschreven worden zijn niet in wettelijke maatregelen moeten worden vastgelegd en dus "recht" moeten worden en hoe die aan het bestaande recht moeten worden aangepast. Wie zich hiermede gaat bezighouden dient terughoudendheid te betrachten. Neiging tot bureaucratie en bemoeizucht is vrijwel niemand vreemd, maar juristen vaak ook nog aangeleerd. Het mooie van spelregels is, dat zij flexibel zijn en van plaats tot plaats kunnen worden aangepast.

Bij de oriëntatie die een jurist, met eenzijdige ervaring met medische problemen en bijbehorende spelregels nodig heeft om een onderwerp als van dit pré-advies ook maar te kunnen overzien, blijkt van een veelheid van verschijningsvormen, opvattingen en uitwerkingen, dat zelfs de titel "beschouwingen" meer suggereert dan gegeven wordt. Iedere pretentie van volledigheid moet worden afgewezen.

Wat besproken wordt is gebaseerd op verspreide artikelen en verslagen en verstrekte inlichtingen. Veel aspecten die aan de orde kwamen konden slechts summier worden aangeduid. Wel bleek, dat achter samenwerking in de individuele gezondheidszorg een veld ligt van intermenselijke en contrasterende problemen, die waard zijn vanuit een andere dan een professionele gezichtshoek te worden bekeken, met op de achtergrond de belangen van de individuen waarom het uiteindelijk gaat - de patiënten.

Dat die gezichtshoek soms tot andere conclusies zal leiden dan de werkers in de gezondheidszorg inclusief de gezondheidsjuristen zouden trekken, lijkt onvermijdelijk. Doch een inleiding tot een onderwerp als het onderhavige kan hoogstens dienen om hen die het aangaat aanleiding te geven zich op de

werkelijke vragen te bezinnen en daarop de juiste - misschien heel andere - antwoorden te vinden. Behoudens paragraaf 7 waarin enkele bijzondere samenwerkingsvormen kort werden besproken is het onderwerp beperkt tot artsen, verloskundigen en verpleegkundigen en soortgelijke hulpkrachten. Er doen zich zonder twijfel samenwerkingsvormen voor van andere zorgverleners en van artsen met andere zorgverleners en het is denkbaar dat zich daarbij nog andere problemen voordoen dan hier zijn besproken of aangeduid. Het verkrijgen van voldoende informatie met betrekking tot die beroepen, waarvan de meerderheid nog in een zekere graad van vorming verkeert, leek een onbegonnen werk.

## 2. Definities

Samenwerking in de zin van dit pré-advies is het optreden van meer dan een in de gezondheidszorg werkzame personen met betrekking tot de geneeskundige behandeling en de geneeskundige en verpleegkundige verzorging van een bepaalde patiënt, hetzij gelijktijdig, hetzij met betrekking tot een bepaalde aandoening of groep van aandoeningen. Het gaat dus niet om incidenteel samentreffen van twee werkers in de gezondheidszorg, die toevallig gelijktijdig hun aandacht richten op dezelfde patiënt, maar om een functionele relatie tussen de zorgverleners, met dien verstande dat met betrekking tot het onderzoek, de prognose, de diagnose, de behandeling, de verpleging of de nazorg met betrekking tot telkens individueel bepaalde patiënten, sprake is van een vorm van taakverdeling of van overdracht, die tot stand komt op grond van overleg of een afspraak tussen zorgverleners. Niet besproken zal worden de leidinggevende functionaris, die in het geval van de gezondheidszorg een belangrijke schakel kan zijn, maar in die functie niet met betrekking tot individueel bepaalde patiënten optreedt. Ook blijft buiten beschouwing het vennootschappelijk aspect, dat zich bij samenwerkingsvormen in de gezondheidszorg niet wezenlijk onderscheidt van dat bij andere vrije beroepen; uit niet-juridisch maar praktijk-oogpunt is uiteraard over de samenwerkingsvormen uit andere disciplines nog veel te onderzoeken. In de paragrafen 3 tot 7 zal met betrekking tot de zorgverleners nagegaan worden, waar hun verantwoordelijkheid voor de aan hun zorg toevertrouwde patiënten ligt. Verantwoordelijkheid in de zin van: geroepen tot een bepaalde taak in verband met onderzoek, prognose, diagnose, behandeling, verpleging of nazorg van de patiënt, die gedeeld wordt met of - tijdelijk of definitief - overgenomen van een andere zorgverlener. Die verantwoordelijkheid houdt mede in een naar de mate van de verschillende

functies grotere of kleinere taak met betrekking tot de hoogst-persoonlijke begeleiding van de patiënt. Bij kennisneming van de volgende paragrafen moet ten aanzien van gebruik van het woord verantwoordelijkheid dus afstand genomen worden van de gebruikelijke juridische betekenissen van het woord. Ook is niet bedoeld indirecte verantwoordelijkheid, die geen eigen handelen vereist, maar alleen leiding ten aanzien van anderen impliceert. Aansprakelijkheid kan uit verantwoordelijkheid voortvloeien, maar zal in latere paragrafen afzonderlijk aan de orde worden gesteld. Bij de verschillende vormen van samenwerking die binnen het bovenomschreven kader vallen, zijn wat de verantwoordelijkheid betreft drie situaties onderscheiden:

- a. overdracht van verantwoordelijkheid: de collegiale regeling brengt mede dat de arts die tot dat tijdstip verantwoordelijk was, volledige taak overdraagt, die een andere arts - tijdelijk of voor goed - overneemt.
- b. gedeelde verantwoordelijkheid, twee of meer zorgverleners dragen met betrekking tot een bepaalde behandeling van een patiënt ieder een eigen deel van de verantwoordelijkheid.
- c. gezamenlijke verantwoordelijkheid, twee of meer zorgverleners dragen een volledige verantwoordelijkheid gezamenlijk.

Er zijn zeker situaties denkbaar, waarbij deze onderscheiding niet geheel toepasselijk zal blijken; in grote lijnen kan zij worden aangehouden. Onderscheiden zal voorts worden tussen horizontale en verticale samenwerking. De eerste categorie betreft werkers met gelijke bevoegdheden met betrekking tot taken in de gezondheidszorg, en zal zich beperken tot artsen, omdat op dat niveau vragen van verantwoordelijkheid aan de orde komen. Er zijn uiteraars ook omstandigheden denkbaar waaronder andere werkers op eenzelfde niveau met de behandeling of verzorging van een patiënt belast zijn, en waarbij dan van een functionele relatie in de vorm van taakverdeling sprake zal zijn. Dit komt echter weinig voor en leent zich daarom minder tot bespreking. Daar waar artsen met andere zorgverleners samenwerken zal - voor wat betreft de relatie tussen de arts(en) en die anderen van verticale samenwerking gesproken worden.

#### Noot bij paragraaf 2

- a. Hiermede in overeenstemming is de definitie en het gebruik van het begrip "verantwoordelijkheid" in een rapport aan de LSV uitgebracht in juni 1979 "De Beroepsverantwoordelijkheid en - aansprakelijkheid van de specialist". LSV-informatiereeks no. 3.

### 3. Voorbeelden van horizontale samenwerking, huisartsen

- 3.1 In het veld, waar een patiënt met de huisarts te maken heeft, is een losse vorm van samenwerking regel te noemen. De weekend-waarneming is een vertrouwd gebruik geworden en is in de huisartspraktijk niet meer weg te denken.
- De verantwoordelijkheid van de huisarts impliceert een zekere relatie met zijn patiënten, die uitgaat boven de directe zorg voor hun herstel en/of begeleiding. Voor zover het patiënten zijn, waarmee hij enigermate geregeld contact heeft, hoort hij van de persoonlijke en gezinsomstandigheden een beeld te hebben; ook als dat niet of nog niet het geval is behoort hij over het medisch verleden enige gegevens te hebben verzameld. In theorie zou ook de waarnemer over beide soorten inlichtingen moeten beschikken, maar niet iedere overdracht van patiënten maakt dit mogelijke en het is in sommige gevallen niet in de macht van de nieuw optredende huisarts om die gegevens terstond in voldoende mate te verkrijgen. Het is een feitelijke onmogelijkheid voor de waarnemende huisarts om zich de gegevens omtrent de persoonlijke omstandigheden eigen te maken. Die worden gevormd door opgedane indrukken en zijn niet of slechts gedeeltelijk doorgeefbaar. Anders is het wat betreft de medische gegevens. Het is een verantwoordelijkheid van de arts wiens praktijk waargenomen wordt om van alle patiënten, die in behandeling zijn en van wie verwacht wordt dat de waarnemer te hunner aanzien moet optreden de medische gegevens ter beschikking te stellen. Ook zou de waarnemer ten aanzien van patiënten wier anamnese ernstige afwijkingen inhoudt, ook al zijn zij op het tijdstip dat een waarneming aanvangt niet bij de te vervangen huisarts in behandeling, die gegevens moeten kennen. Dat is zelden of nooit het geval in het kader van de gebruikelijke weekend-waarneming. Bij waarneming voor langere periode behoort de waarnemer toegang te hebben tot de praktijkgegevens van de arts voor wie hij waarneemt. Het blijkt dat veel klachten die op waarnemers betrekking hebben terug te voeren zijn op onvoldoende gegevens betreffende de medische achtergrond van zelfs mondige patiënten. (a)
- Ook op de waarnemer rust de verplichting te zorgen dat hij deze gegevens ter beschikking krijgt. En als hij geen gegevens heeft, zal hij een zeer zorgvuldige anamnese moeten opnemen, zeker wanneer hij tot medicatie overgaat. Daarbij dient bedacht, dat de eigen huisarts in staat is te beoordelen of de patiënt tot de agraverende of tot de zorgeloze groep patiënten behoort en wat aan de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt kan worden overgelaten.
- In waarnemingsgroepen komt het voor dat een der

groepsleden een buitenstaander (militair arts of keuringsarts) tegen betaling zijn beurt laat waarnemen. Dat kan tot situaties leiden waarbij niet alleen de artsen voor wie waargenomen wordt de waarnemer nooit gezien hebben, maar zelfs de waarnemer blijk geeft de namen van de artsen voor wie hij waarneemt niet te kennen!

Veel beter is uiteraard, het nog niet voldoende toegepaste systeem, waarbij enkele huisartsen die als groep blijvend voor elkaar waarnemen, vooral indien zij om die waarneming efficiënt te maken, geregeld met elkaar gegevens over hun patiënten uitwisselen.

Voorbeeld van samenwerking in de huisartspraktijk is tevens de groepspraktijk meestal aangevuld met leden van andere disciplines. (b)

Dat deze praktische voordelen heeft is onbetwist. Voorzover daardoor meer tijd ter beschikking komt van de praktijk delen de patiënten in die voordelen. Dit is echter lang niet altijd het geval. Groepspraktijken worden ook wel zo geregeld, dat waarneming niet alleen ter wille van noodzakelijke vrije tijd en nachtrust, maar tot beperking van arbeidstijd strekt, waardoor patiënten voortdurend door elkaar vervangende groepsleden worden bezocht of ontvangen. Gevraagd mag worden of dan niet teveel aan het karakter van de praktijk van de huisarts en de aard van het daarbij behorend contact met de patiënt wordt afbreuk gedaan. Tot de verantwoordelijkheid van de eigenlijke huisarts behoort zeker, dat hij vaste begeleider blijft van zijn patiënt en slechts bij uitzondering niet aanwezig is, als er behoefte aan bijstand is.

- 3.2 Vrijwel altijd leidt waarneming tot overdracht van verantwoordelijkheid. Die zal als het een in behandeling zijnde patiënt betreft niet meer betreffen dan een voortzetting van de behandeling c.q. controle en observatie. Maar dit neemt niet weg, dat de waarnemer vrij en in staat moet zijn ook andersgerichte of verdergaande beslissingen te nemen, als zich een dringende situatie voordoet. Hij hoede er zich voor tegen beter weten in aan de wens van de patiënt: nog maar even te wachten tot de eigen huisarts terugkomt, tegemoet te komen. Daar waar waarneming tot overdracht van behandeling leidt, is overdracht van verantwoordelijkheid het gevolg. Voor de behandeling en begeleiding van de patiënt staat de waarnemer van eens anders praktijk. De verantwoordelijkheid van de arts, voor wie wordt waargenomen is beperkt tot het verschaffen van voldoende gegevens en informatie en herleeft weer bij de opvang nadat de waarneming is geëindigd. Voor zover de groepspraktijk tot het hierboven omschreven gezamenlijk overleg over patiënten en behandeling leidt, zal van gedeelde verantwoorde-



lijkheid moeten worden gesproken; juist ook omdat dan uitgegaan mag worden van de eis dat de groepsleden die zich met een bepaalde patiënt bezig houden, zich ook de moeite hebben getroost zich van de persoonlijke en huiselijke omstandigheden en van het medisch verleden op de hoogte te stellen. Als aan die voorwaarde is voldaan, mag van voldoende zorg voor de patiënt gesproken worden, al blijft de vraag of de relatie huisarts-patiënt niet altijd beter gediend is met een minimum aan waarneming en in beginsel behandeling door een vaste arts.

- 3.3 Onder de hier aangenomen omschrijving van horizontale samenwerking valt ook die tussen huisarts en specialist. In de meest eenvoudige vorm bestaat die in het consult. Houdt dat reeds een onderzoek in van de patiënt door de specialist, dan is van gedeelde verantwoordelijkheid sprake, waarbij in veel gevallen van de huisarts gevraagd mag worden, dat de informatie waarover de specialist de beschikking krijgt niet uitsluitend medisch is, maar ook sociale aspecten omvat. Gaat de specialist tot behandeling over, dan ontstaat op het punt van begeleiding ook aan zijn kant een eigen verantwoordelijkheid, zonder dat de specifieke verantwoordelijkheid van de huisarts wegvalt. Met betrekking tot de aan de patiënt te verschaffen informatie bestaat zeker een gedeelde verantwoordelijkheid, die in beginsel behoort te leiden tot overleg, waarbij een huisarts moet duidelijk maken in hoeverre de patiënt in staat is de informatie intellectueel en gevoelsmatig te verwerken, terwijl de specialist voor zover hij informatie verstrekt daarvan aan de huisarts nauwkeurig mededeling zou moeten doen.

Uiteraard hangt van het individuele geval af in welke verhouding deze gedeelde verantwoordelijkheid bij huisarts of specialist ligt. Daar waar de patiënt de specialist geregeld ziet (en de huisarts niet of nauwelijks) valt de verantwoordelijkheid voor de meer persoonlijke begeleiding uiteraard de specialist toe. (a)

#### Noten bij paragraaf 3

- 3.1 a. Patiënten, die in staat schijnen eigen verantwoordelijkheid te kunnen dragen, zijn te beperkt in hun mededelingen, vaak omdat zij verwachten dat de waarnemer hun medische voorgeschiedenis kent, soms omdat zij - mondig als zij zijn - menen dat een aandoening uit het verleden niets kan te maken hebben met de kwaal waarover zij de waarnemer consulteren.
- b. Een interessant voorbeeld wordt beschreven in M.C. d.d. 23 januari 1981 - Samenwerkingsproject Amsterdam door G.W. Solemink.

- 3.3 a. Zie over deze materie het artikel: Deskundige of menselijke benadering door Drs. F. Spangenberg c.s. in Medisch Contact d.d. 3 juli 1981.

#### 4. Specialisten

- 4.1 Samenwerking van specialisten wordt in de meest verschillende vormen gevonden. Voor ons onderwerp zijn van minder belang de slechts voor economische c.q. praktische doeleinden bestaande samenwerkingsvormen, waarbij het behandelen van de "eigen" patiënten in handen van de tot een dergelijke associatie behorende artsen persoonlijk blijft en een voorkomende waarneming dus niet als een doel van de associatie wordt gezien. Dan is de situatie niet anders dan bij waarneming van huisartsen. De figuur waarbij de patiënt als patiënt van de maatschap gezien wordt lijkt in groeiende mate geaccepteerd, waarbij dan blijkbaar een patiënt geacht wordt zijn vrije keuze op de maatschap en niet op de arts bij wie hij allereerst is verschenen te hebben gericht. Er is dan sprake van gezamenlijke verantwoordelijkheid. Natuurlijk kan een dergelijk systeem de praktijkvoering efficiënter maken en dikwijls de patiënten tot nut zijn. Aan de andere kant bevorderen dergelijke systemen wel, dat van de aandacht voor de persoon van de patiënt weinig kan overblijven. Wanneer bijvoorbeeld een associatie van gynaecologen de regeling heeft getroffen, dat beurtelings de associé's één week de klinische en de volgende week de poliklinische praktijk waarnemen, kan zich het ongewenste geval voordoen dat een patiënte die reeds een aantal malen onder contrôle geweest is van de associé die zij als "haar" gynaecoloog beschouwt, en die haar zaterdags nog onderzocht heeft, maandagochtend op de verloskamer kennis maakt met een andere associé, omdat die in de betrokken week de klinische praktijk waarneemt. Uit een oogpunt van medische verantwoordelijkheid is de situatie duidelijk. Er kan alleen maar van gezamenlijke verantwoordelijkheid sprake zijn, die dan ook moet meebrengen dat de verslaglegging daarop is ingesteld. Uit een oogpunt van persoonlijke begeleiding is de verantwoordelijkheid moeilijker gezamenlijk te dragen. In feite zal een gezamenlijke behandeling wel eens tot verlaging van het peil van de persoonlijke begeleiding leiden. Klachten op dit punt zijn juist bij dit soort samenwerking veelvuldig.
- 4.2 Het eerdergenoemde rapport van de LSV (a) onderscheidt verschillende vormen van samenwerking van specialisten die sterk gericht zijn op de intramurale praktijk. Duidelijk een eigen vorm heeft het daar besproken "operatieteam"; daarnaast

onderscheidt het rapport de "werkgroep", het "behandelteam" en het begrip "mede-behandeling". De laatste term doet in de gegeven definitie sterk denken aan de uitzondering in de inleiding van dit pré-advies gemaakt waar niet als samenwerking in de zin van dit pré-advies beschouwd wordt het incidenteel samentreffen van werkers in de gezondheidszorg (het rapport zegt: binnen het nastreven van herstel van de gezondheid van de patiënt heeft ieder een eigen onderscheidbare taak met een eigen vraag- en doelstelling los van elkander, waaruit zou voortvloeien dat er in feite geen samenwerking in concrete zin bestaat). Toch bedoelt het rapport kennelijk meer, als het spreekt over de noodzaak dat duidelijkheid bestaat wie hoofdbehandelaar en wie medebehandelaar is.

In feite gaat het om twee mogelijkheden: òf er is bij een patiënt sprake van een duidelijk te onderscheiden aandoening, die behandeld wordt binnen één specialisme: dan doen zich de vragen voor hierboven behandeld in paragraaf 4.1, òf er is sprake van onzekerheid omtrent de aard van de ziekte en vindt onderzoek plaats door meer specialisten, dan wel er is sprake van een zieke, die door meer specialisten c.q. paramedische zorgverleners moet worden behandeld. Het rapport maakt de indruk voor wat betreft de "werkgroep" wel de noodzaak te onderkennen van overleg, maar beperkt de aanbevelingen toch grotendeels tot de noodzaak van schriftelijke vastlegging en de aanwijzing aan de patiënt duidelijk te maken wie voor welk besluit (toch weer individueel genomen) verantwoordelijk is.

In alle gevallen zal één bepaalde specialist de "behandelende geneeskundige" moeten zijn, die de uiteindelijke verantwoordelijkheid draagt voor de toestand van de patiënt in het algemeen, afgezien van wat verder door anderen wordt verricht. Gaat de patiënt, bijvoorbeeld voor onderzoek naar een andere afdeling over, dan kan dat een overdracht van verantwoordelijkheid inhouden. Is dat onderzoek tijdelijk dan zal van de omstandigheden afhangen, of van gezamenlijke verantwoordelijkheid - bijvoorbeeld de patiënt komt dezelfde dag weer bij de afdeling van de eerste specialist terug - dan wel van gedeelde verantwoordelijkheid sprake is. Of er onder deze omstandigheden veel mogelijkheid is van verantwoordelijkheid op het persoonlijke vlak te doen blijken, is een open vraag.

Klachten hebben met name betrekking op het ontbreken van persoonlijke zorg bij overdracht aan een ander specialisme voor onderzoek. Het schijnt voor te komen dat artsen belast met onderzoek een patiënt uren in behandeling hebben zonder zich voor te stellen, zelfs als het nog - bij uitzondering - tot een kort gesprek komt.

- 4.3 Ook als het behandelteam niet uit leden van verschillende specialismen bestaat, vindt de patiënt, vooral in grote ziekenhuizen zich zeer vaak toevertrouwd aan samenwerkingsgroepen bestaande uit meerdere personen, waaronder assistent-artsen. Het risico dat de patiënt "van hand tot hand" gaat is dan ook nog groter en lijkt in academische ziekenhuizen bijna regel. Dat daarbij van persoonlijke begeleiding niet veel terecht kan komen is duidelijk. Op dit punt wordt hieronder in paragraaf 10.7 nader teruggekomen. Het is minder juist bij deze groepen nog van gezamenlijke verantwoordelijkheid te spreken, die althans te beperken tot de algemene lijnen van de behandeling wanneer, zoals met name in academische ziekenhuizen, de afdeling wel gezamenlijke besprekingen houdt.
- 4.4 Horizontaal in de hier gebezigde opvatting is eveneens nog de samenwerking met de assistenten in opleiding. Zij zijn artsen en hun samenwerking met de opleiders en andere op de afdeling werkzame specialisten is dus in zoverre "horizontaal". Het is duidelijk dat de verhoudingen hier anders liggen. Als nog niet erkend specialist zijn de assistenten beperkt in hun werkerrein. Voor zover activiteiten aan hen worden overgelaten dragen zij de verantwoordelijkheid voor de uitvoering, maar niet voor de keuze van de behandeling die de patiënt ondergaat. Er is hier dus eerder sprake van gedeelde, dan van gezamenlijke verantwoordelijkheid; dit neemt niet weg dat in de regel daar waar observatie of behandeling is overgelaten aan een assistent, een bevoegde specialist in de achterwacht beschikbaar moet zijn. In het algemeen zal ervan moeten worden uitgegaan, dat de assistent ten aanzien van zijn taak geïnstrueerd is, dat dus de verantwoordelijkheid van de keuze van de behandeling, en van het tijdstip waarop, blijft bij de opleider of degenen die namens deze die instructie geeft, de laatste moet dus voor dat onderdeel met de eigenlijke opleider gezamenlijk verantwoordelijk geacht worden.
- 4.5 Een heel eigen soort van samenwerking bestaat in verband met de functie van anaesthesist, die bij iedere operatie van enig gewicht zijn bijdrage moet leveren. Hier is sprake van een gelijktijdig optreden met betrekking tot een verrichting op een patiënt van twee specialismen. Er is dus van samenwerking in de meest strikte zin van het woord sprake zoals voorkomt in de zeldzame gevallen dat twee specialismen tot de behandeling van gecompliceerde aandoeningen van één patiënt zijn geroepen. Er is tussen de taak van de operateur en die van de anaesthesist in de regel geen directe samenhang, terwijl toch de taak van de laatste voortdurend op de uitvoering van de operatie meent zijn afgestemd. Het lijkt

onjuist om hier van gedeelde verantwoordelijkheid te spreken. Het doel van de operatie is in wezen ook het doel van de werkzaamheid van de anaesthetist. Al heeft de taak van elk van de samenwerkende partijen een eigen los van de ander staande begrenzing, de conclusie moet zijn, dat er van gezamenlijke verantwoordelijkheid sprake is, beide staan voor een zelfde eindresultaat.

Noot bij paragraaf 4

- 4.2 a. De beroepsverantwoordelijkheid en - aansprakelijkheid van de specialist, LSV-informatiereeks no. 3.

## 5. Overdracht aan het ziekenhuis

- 5.1 De huisarts, die zijn patiënt verwijst, zal dit in het algemeen doen naar een bepaalde specialist. Hij zal over de keuze van de specialist met de patiënt overleg hebben gepleegd, maar gewoonlijk zal de patiënt in feite de keuze aan hem hebben overgelaten. Als de verwijzing opname in een ziekenhuis meebrengt, zal die overdracht impliceren, dat de verantwoordelijkheid voor de verdere behandeling van de patiënt op de specialist waarheen hij is verwezen (of diens gehele maatschap of afdeling) komt te rusten. Of dit op een gebruik of een beginsel berust, is voor de niet-medicus niet duidelijk en blijkt een vraag te zijn die medici niet gelijkluidend beantwoorden. Wel lijkt het zo te zijn, dat men zich een andere situatie meestal niet kan indenken, met name een medeverantwoordelijkheid van de huisarts uitdrukkelijk verwerpt. Dit is voor de buitenstaander, die de bezwaren, die aan die gang van zaken kunnen kleven, waarneemt niet zonder meer de enig denkbare. Het is natuurlijk zo, dat de huisarts een eigen diagnose zal hebben gesteld, waarvan de specialist zich niets hoeft aan te trekken, hoewel hij de gegevens waarop die berustte in de anamnese voor zijn eigen diagnose nodig zal hebben. Dat de beslissing omtrent verdere behandeling in een hand behoort en in het ziekenhuis wordt genomen, is evident. Maar dit alles neemt niet weg, dat de patiënt op een bijzonder moeilijk moment in zijn bestaan, in het persoonlijke vlak de zorgverlener missen moet, die hem naar dat moment toe - en misschien ook al op andere moeilijke momenten - heeft bijgestaan en die hem kent. Er zijn veel huisartsen, die zich de moeite getroosten hun patiënten in het ziekenhuis te bezoeken, maar zelden zijn zij meer dan bezoekers, hun steun in het persoonlijke vlak gaat aan waarde verminderen, wanneer zij niet op de hoogte zijn van de behandeling die de patiënt onderging of ondergaan moet. (a)
- Daarbij verdient overweging, dat gewoonlijk de huisarts nog wel min of meer in staat is, te overzien welke informatie over zijn toestand en over de behandeling die hij onderging of zal ondergaan, de patiënt kan begrijpen en verwerken, terwijl dat voor de specialist veel moeilijker is. Uiteraard is het slechts in uitzonderingsgevallen mogelijk de huisarts te betrekken in de eigenlijke behandeling in het ziekenhuis en in veel gevallen is daartoe ook geen aanleiding, bijv. wanneer de contacten patiënt-huisarts gering zijn geweest. Maar als de patiënt dit wenst - hetgeen soms wel het geval is - en daar waar de huisarts oordeelt dat zijn verantwoordelijkheid beter niet kan worden opgeschort, mede met het oog op de opvang na de terugkeer uit het ziekenhuis, zou vaker een

mogelijkheid moeten worden geschapen om de huisarts daadwerkelijke begeleiding te laten geven, ook al zou dit leiden tot een vorm van gedeelde verantwoordelijkheid.

De stelling dat in veel gevallen de persoonlijke benadering, beter in zijn handen dan in die van de specialist zou zijn, houdt nog geenszins enige kritiek op het handelen van specialisten in dit opzicht in. Zij zijn voor dit deel van de taak meestal onvoldoende geïnformeerd. Dit neemt niet weg, dat juist op het punt van de persoonlijke begeleiding door specialisten veel - en uit bovenstaande volgt: dikwijls onverdiende - kritiek wordt geuit. Het is misschien wel zo, dat artsen de keuze van het specialiseren maken, omdat dit onderdeel van de beroeps-uitoefening niet hun sterkste zijde is. Reden om in bepaalde gevallen de huisarts een eigen aanvullende taak in het ziekenhuisgebeuren toe te staan.

- 5.2 De opvang na de behandeling in het ziekenhuis stelt de huisarts voor eigen problemen. Het is nu eenmaal niet altijd mogelijk dat het verslag van de behandeling in het ziekenhuis terstond ter beschikking is. Ook al zal de patiënt voor controle nog terugkeren naar de specialist of diens kliniek, hij staat voor de taak de patiënt in te lichten, hem zijn toestand duidelijk te maken en vooruitzichten te geven. De patiënt is nu in een nieuwe kritische fase weer geheel zijn verantwoordelijkheid.

#### Noten bij paragraaf 5

- 5.1 a. Het hierboven bij paragraaf 3 reeds aangehaalde artikel Deskundige behandeling of menselijke benadering (M.C. d.d. 3 juli 1981) vermeldt dat onderzoek uitwees dat huisartsen denken dat specialisten niet prettig vinden wanneer de huisarts de patiënt bezoekt, terwijl 95% van de specialisten zegt dit wel op prijs te stellen. De huisartsen schijnen het bezoek achterwege te laten omdat zij onzeker zijn over de gang van zaken.
- b. Prof. Dr. S.A. Duursma - Huisarts en specialist (M.C. 13 februari 1981) beschrijft een model voor samenwerking waarbij huisarts en specialist eenmaal per week samen de patiënt bezoeken. "De huisarts heeft hierbij de functie van medebehandelend arts", zijn informatie kan in ieder geval voor de patiënt belangrijk zijn.

## 6. Voorbeelden van verticale samenwerking

- 6.1 Als verticale samenwerking worden hier besproken een aantal gevallen waarin de behandeling van een patiënt niet uitsluitend door een arts geschiedt, maar mede in handen is van een (nog) niet (volledig) bevoegde zorgverlener. Behoudens in de gevallen waarin zorgverleners een beperkte bevoegdheid hebben (zoals de verloskundigen) zijn zij niet geroepen om geheel zelfstandig de behandeling van een patiënt op zich te nemen. Zij zijn primair hulpkrachten en hun taak bestaat (mede) in het uitvoeren van bepaalde handelingen, die de behandelende arts in het kader van zijn taakuitoefening dan als geëigend heeft voorzien, maar niet zelf uitvoert. Vanuit civielrechtelijk oogpunt wordt hier vaak de term "Erfüllungs-gehilfe", of "hulp-personen" gebezigd. Uit een oogpunt van medische verantwoordelijkheid is deze term minder gelukkig. Het uiteindelijke resultaat waartoe deze krachten bijdragen is lang niet altijd beperkt tot de prestatie waarvoor de arts staat, die de patiënt behandelt. Wanneer een patiënt in een ziekenhuis wordt opgenomen is bijvoorbeeld de verpleging en verzorging een eigen doel, waarvoor de arts geen verantwoordelijkheid behoeft te dragen dan voor zover daaraan bijzondere met zijn behandeling samenhangende maatregelen zijn verbonden. Paramedische beroepen stellen eisen en vragen ervaring, die artsen niet hebben; ook hier is de arts geen verantwoordelijkheid toe te kennen, die hij niet dragen kan. In beide gevallen blijft zijn verantwoordelijkheid om duidelijk aan te geven, welk resultaat hij van de werkzaamheid van de hulpkracht verwacht en welke bijzondere zorg, afhankelijk van de omstandigheden van ieder geval, zal moeten worden in acht genomen.
- 6.2 De meest eenvoudige vorm van verticale samenwerking is die van de huisarts en diens assistente (c.q. de echtgenote). Het gaat hier om niet- of beperkt opgeleide hulpkrachten, aan wie soms kleine geneeskundige handelingen worden opgedragen, zelfs veel buiten de onmiddellijke aanwezigheid van de arts, die daarvoor toch de volle verantwoordelijkheid zal hebben. Belangrijk zijn de niet direct-geneeskundige verrichtingen, die de assistente verricht. Het maken van voldoende en adequate aantekeningen, het aannemen van telefonische berichten en het doorgeven daarvan is een onderdeel van de huisarts-praktijk dat van vitaal belang is. De arts die dit overlaat aan een niet voldoende geïnstrueerde hulpkracht maakt zich schuldig aan onzorgvuldigheid in de uitoefening van zijn beroep.



6.3 De assistentarts staat wat zijn verhouding tot de arts onder wiens toezicht hij geacht wordt de praktijk uit te oefenen aan de andere kant van de scala betreffende verticale samenwerking. Hij bezit de kennis en de vaardigheden noodzakelijk voor het uitoefenen van de geneeskunst, maar moet dit nog doen onder toezicht van een arts; gedurende die leertijd wordt hij geacht ervaring op te doen. Hij oefent geneeskunst uit en is verantwoordelijk voor de taak die de arts bij wie hij werkt hem laat verrichten. Dit kan een volledige behandeling zijn, inclusief het opnemen van de anamnese, het stellen van de diagnose en de behandeling. Voor het deel van de taak die hij moest verrichten is hij in beginsel zelf verantwoordelijk; wel zal hij - als de opleiding goed is - in contact met zijn opleider zijn werk bespreken. Er kan dan sprake zijn van gezamenlijke verantwoordelijkheid. (a) Als de diagnose en het behandelingsplan van de opleider afkomstig is, draagt die daarvoor de verantwoordelijkheid, die hij dan met de assistent deelt.

6.4 Het grootste aantal zorgverleners in de individuele gezondheidszorg wordt gevormd door de verpleegkundigen en ziekenverzorgenden. De vragen betreffende samenwerking betreffen vooral die in de intramurale gezondheidszorg. Er is zeker ook sprake van structurele samenwerking extramuraal, tussen huisarts en wijkverpleegkundige en met wijkzusters in de gezondheidscentra, waarbij dikwijls ook andere disciplines zoals maatschappelijk werkers, psychotherapeuten en psychologen betrokken zijn. Voor zover het om gediplomeerde verpleegkundigen gaat hebben die een eigen verantwoordelijkheid voor hun activiteiten - ook als die als geneeskundige handelingen kunnen worden beschouwd. In aanmerking moet worden genomen, dat de wijkverpleegkundige (die dan ook een bijzondere opleiding krijgt) veel minder direct contact met de huisarts zal hebben, als de verpleegkundigen in ziekenhuizen, psychiatrische inrichtingen en verpleeghuizen. Toch kunnen de hierna volgende beschouwingen betreffende de intramurale situatie ook op de positie betrekking hebben van de wijkverpleegkundigen. In het vervolg van deze paragraaf zal uitsluitend sprake zijn van de verpleegkundigen in intramurale gezondheidszorg. De taak van de verpleegkundigen valt in drie categorieën uiteen:

- a. de verpleging en verzorging van de patiënt
- b. observatie en rapportering
- c. geneeskundige handelingen.

Hierbij verdient opmerking, dat onderscheid ge-

maakt moet worden tussen verpleegkundigen die primair als hulpkrachten van behandelende artsen werkzaam zijn - in operatiekamers en poliklinieken bijvoorbeeld - en verpleegkundigen, wier taak primair bij verzorging en verpleging is gelegen. Toch is het niet zo, dat de verpleegkundigen die op de zaal of in de klasse werkzaam zijn niet ook gebruikt worden voor geneeskundige handelingen als bedoeld onder c, al zal dat in verhouding minder voorkomen. Observatie is echter een taak, die ten behoeve van de geneeskundige behandeling verricht wordt, en die als samenwerking met de behandelende specialist moet worden gezien. Het leidt geen twijfel, dat hier sprake is van een eigen taak waarvoor de verpleegkundige zelf staat en waarvoor hij of zij ook een eigen verantwoordelijkheid heeft, zij het dat de uitvoering daarvan moet plaatsvinden in overeenstemming met instructies door de behandelend arts te geven. Hetzelfde geldt voor de rapportering. Hier lijkt het waarschijnlijk dat in de meeste gevallen een gezamenlijke verantwoordelijkheid bestaat met het verpleegkundig afdelingshoofd, die in veel ziekenhuizen de rapportering controleert en doorgeeft. Voor het eigenlijke verplegen en verzorgen draagt de verpleegkundige een eigen verantwoordelijkheid. Hier is van samenwerking met de arts niet of nauwelijks sprake; natuurlijk kan onder omstandigheden de arts ook daarvoor bepaalde instructies geven, maar voor de eigenlijke verpleging en verzorging kan hem geen verantwoordelijkheid toegerekend worden. In zoverre is dus ook niet van samenwerking, in de zin als in dit pré-advies gebezigd, sprake. Nadat de behandelend arts de indicatie gesteld heeft en de therapie heeft bepaald - die hij gedurende de verdere behandeling nader zal bepalen of aanpassen - komt voor een deel van de behandeling de verpleegkundige te staan, die medicijn toedient, observeert en rapporteert, mede op grond waarvan de nadere aanpassing van de behandeling zal worden gebaseerd.. Naast de zware en gewichtige verantwoordelijkheid van de arts ligt hier een eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundige; in paragraaf 7 zal de vraag worden besproken of dit als een afgeleide of een eigen verantwoordelijkheid moet worden beschouwd.

- 6.5 In de voorgaande paragraaf is de nadruk gevallen op de situatie, waar de verpleegkundige overeenkomstig of naar aanleiding van instructies door de voor de therapie verantwoordelijke arts gegeven, optreedt. De feitelijke positie van de verpleegkundigen die bijvoorbeeld op operatiekamers en poliklinieken werkzaam zijn is een andere. Daar wordt in belangrijke mate met de arts en in zijn

aanwezigheid gewerkt, de instructies kunnen vrijwel terstond worden uitgevoerd en de mogelijkheid tot contrôle is aanzienlijk groter. Men kan dus uitgaan van de gedachtengang, dat de arts de gang van zaken hier volledig in handen heeft en de verpleegkundige een afgeleide functie vervult. Daar staat tegenover, dat het belang van de taak die sommige verpleegkundigen in deze situatie uitoefenen van - in verhouding - zeer groot belang voor de patiënt kan zijn; het werk van de arts kan daarbij zo sterk diens aandacht en concentratie vragen, dat van toezicht of incidentele instructies geen sprake meer kan zijn, en de verpleegkundige evenzeer zelfstandig voor de opgedragen en uit te voeren taak staat als de verpleegkundige aan wie verpleging en observatie is overgelaten.

- 6.6 Alle verpleegkundigen waarvan tot nog toe sprake was, zijn gediplomeerde krachten, die een langjarige opleiding hebben doorlopen en aangetoond hebben die opleiding met goed gevolg te hebben voltooid. De opleiding vindt in de praktijk van het ziekenhuis plaats. Onder de huidige omstandigheden, waarbij een groot aantal plaatsen voor verpleegkundigen onvervuld blijven, betekent dit, dat leerling-verpleegkundigen de taken die niet uitgevoerd kunnen worden opgedragen krijgen, danwel op zich nemen. Het is op zichzelf niet gezegd, dat zij tot uitvoering van een deel van die taken onbekwaam zouden zijn. Het is echter ook zeker dat de kennis, die van gediplomeerde verpleegkundigen op grond van de opleiding mag worden verwacht deze krachten nog ontbreekt. In die gevallen behoren zij de verantwoordelijkheid voor die taken niet te dragen. Behoudens in de gevallen waar een leerling-verpleegkundige op een beperkt gebied voldoende ervaring heeft opgedaan, en dit voor een arts of een gediplomeerd verpleegkundige voldoende vaststaat - uitzonderingsgevallen dus - behoort er niet van te worden uitgegaan, dat leerling-verpleegkundigen enige verantwoordelijkheid voor geneeskundig handelen zelf kunnen dragen. Of de behandelend arts van de betrokken patiënt, danwel de hoofdverpleegkundige van de afdeling als de verantwoordelijke persoon mag worden beschouwd, zal van de omstandigheden afhangen.

#### Noot bij paragraaf 6

- 6.3 a. Dit is blijkbaar aangenomen door het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam bij beslissing van 26 mei 1980 (M.C. 27 november 1981), waarbij een assistentarts een waarschuwing werd opgelegd, terzake van een onjuiste diagnose en het uitstellen van een bezoek aan een zieke patiënt; de opleider, die het besluit een afwachtende houding aan te nemen mede heeft genomen werd berispt.

## 7. Enkele vormen van incidentele samenwerking

Er doen zich in de praktijk een aantal situaties voor, waar samenwerking in de zin waarin dit in dit pré-advies is gebruikt, voorkomt, zij het op een meer incidentele basis. Volledigheidshalve worden de belangrijkste hieronder kort besproken.

- 7.1 Een bijzondere plaats neemt de verloskundige in. Bevoegd tot zelfstandige uitoefening van een zeer beperkt deel van de geneeskunde geeft de wet haar de uitdrukkelijke verplichting, afwijkingen aan een (door de patiënt aan te wijzen) arts te melden. Ook moet zij zodra het verrichten van enige "verloskundige kunstbewerking" nodig is de arts te hulp roepen. Een en ander leidt uiteraard vaak tot samenwerking. Als in het eerste geval de (huis)arts of de gynaecoloog waarheen de patiënte verwezen kan zijn tot de conclusie komt, dat een "ongestoord verlopende baring" te verwachten valt, zal de verloskundige de bevalling begeleiden en daarvoor de verantwoordelijkheid dragen. De verantwoordelijkheid voor de beslissing "thuis bevallen" rust dan op de huisarts of gynaecoloog. De verloskundige heeft in die keuze natuurlijk ook een stem, in die zin, dat hij of zij kan weigeren aan de opvolging van dat advies mee te werken. Verantwoordelijkheid van de verpleegkundige voor dit besluit is er niet; de beslissing ligt buiten de wettelijke bevoegdheid van de verpleegkundige. Indien tijdens de baring besloten wordt dat een arts de bijstand overneemt ontstaat een situatie, die vergelijkbaar is met de waarneming van de huisarts: er is overdracht van verantwoordelijkheid, met dien verstande dat op de verloskundige een taak ligt bij de opvang vergelijkbaar met die van de huisarts na afloop van de waarneming. Leerling-verloskundigen moeten in de loop van hun opleiding praktische ervaring opdoen en plegen geneeskundige handelingen. Zij doen dat onder toezicht van verloskundigen en gynaecologen, die volledig verantwoordelijkheid blijven dragen. In de opleidingsinstituten bestaan daarvoor zorgvuldig uitgewerkte stelsels van bekwaamheidsverklaringen en autorisaties.
- 7.2 Samenwerking in de hier veronderstelde zin tussen artsen en apothekers is zeer zeldzaam. (a) In theorie is er een punt waar de werkzaamheid van de apothekers aansluit op de taak van de arts, die het recept voorschrijft dat door de apotheker of althans op diens apotheek wordt vervaardigd, beiden met het oog op genezing van de gezamenlijke patiënt/cliënt. De verantwoordelijkheid van de arts en die van de apotheker zijn duidelijk afgepaald. Het is een voorbeeld van gedeelde verantwoordelijkheid. De

apotheker is in het geval van een verkeerd opgesteld recept verantwoordelijk voor de niet-uitvoering van de bestelling in geval van duidelijke onjuistheid. Maar bij niet terstond herkenbare afwijkingen staat hij voor het volgen van het recept zoals dat door de arts werd voorgeschreven.

- 7.3 Of van samenwerking mag worden gesproken bij het optreden van verzekeringsgeneeskundigen, moet helaas in het algemeen worden betwijfeld. In beginsel - zo heeft het Centraal Medisch Tuchtcollege herhaaldelijk uitgemaakt, moet de verzekeringsgeneeskundige het oordeel van de huisarts inwinnen en - als hij weet dat een specialist de patiënt behandelt of kort geleden behandeld heeft - ook van deze voorlichting vragen. Als het hierbij blijft, en de indruk bestaat dat dat veelal het geval is, is er van samenwerking geen sprake. (a) In schaarse gevallen vindt echter wel constructief overleg plaats; de huisarts blijft toch voor de patiënt geheel verantwoordelijk, zoals de verzekeringsgeneeskundige voor zijn advies.
- 7.4 In het Rapport van de KNMG-commissie "Taak Bedrijfsarts" van 12 mei 1969 wordt gesteld: "Tot de doelstellingen en taak van de bedrijfsarts behoort niet de curatieve zorg voor werknemers, deze zal hij overlaten aan de huisarts en aan de specialist". Dit standpunt brengt mede, dat van structurele samenwerking in de zin van dit pré-advies geen sprake kan zijn.

#### Noten bij paragraaf 7

- 7.2 a. Een voorbeeld is beschreven door Prof. Dr. E. van der Does, G.Th. van de Poel en Mw. M. Parmevis in "Aspecten van de samenwerking huisarts - apotheker, M.C. 1 mei 1981.
- 7.3 a. Zie het verslag van een onderzoek in M.C. van 2 januari 1981 - Collegiale Inlichtingen, door Jacqueline Boot, Aunea Braber en Enny Kepers.

## 8. Vastlegging van gegevens en informatieplicht

8.1 Twee plichten die de geneeskundige praktijk op de beoefenaren legt, krijgen in gevallen van samenwerking een bijzonder accent en verdienen een afzonderlijke behandeling; zij hebben een zekere samenhang, die echter in het kader van dit pré-advies niet besproken behoeft te worden.

Het vastleggen van gegevens en het vormen van dossiers is een onmisbaar onderdeel van de uitoefening van geneeskunst. Tussen de behoefte nauwkeurig en volledig te zijn in zijn verslaglegging en de onmogelijkheid over de daarvoor benodigde tijd te beschikken vormt iedere arts een eigen systeem, gewoonlijk alleen voor hemzelf zonder meer geheel duidelijk en meestal tot minima beperkt. Toch zal de verslaggeving aan zekere eisen moeten voldoen, zeker in het licht van de wenselijkheid, dat daarvan later gebruik zal kunnen worden gemaakt. Daar waar samenwerking in praktijk wordt gebracht, zal onvermijdelijk de verslaglegging moeten worden uitgebreid. Niet alleen de verslaggever zelf, maar ook de associé en de waarnemer zal daarvan gebruik moeten kunnen maken. Zoals al eerder opgemerkt zouden met name bij waarneming veel meer gegevens ter beschikking van de waarnemer moeten staan. Ook bij overdracht van patiënten wordt vaak met onvoldoende zorg de in theorie wel beschikbare kennis omtrent de patiënt doorgegeven, terwijl soms blijkt, dat het dossier wordt vernietigd.

Voor de ziekenhuispraktijk is de verslaglegging meestal geregeld en gewoonlijk voldoende. (a) Tekortgeschoten wordt herhaaldelijk wanneer een fout is gemaakt. (b)

Dat dan soms de tijd ontbreekt om terstond het nodige vast te leggen is begrijpelijk; dat dit later niet met de grootste zorgvuldigheid gebeurt is onbegrijpelijk, wellicht psychologisch verklaarbaar, maar onaanvaardbaar. Veelvuldig ontbreken persoonlijke wensen van patiënten, die bij een eerste bezoek aan de specialist, of wel bij de toelichting tot de verwijzing door de huisarts zijn gegeven. Het gebruik dat de opvang van patiënten door assistenten plaatsvindt werkt dit euvel natuurlijk in de hand. De chirurg die opereert zonder de patiënt tevoren te hebben gezien en moet afgaan op wat een assistent de vorige avond bij een gesprek heeft opgevangen en genoteerd, riskeert het verwijt van zeer onvoldoende zorg, wanneer een relevant verzoek of een mededeling buiten zijn kennisneming is gebleven.

8.2 Het zou van het grootste belang zijn wanneer specialisten noteerden, welke mededelingen zij aan patiënten hebben gedaan, zowel vóór de behandeling

als tijdens de reconvalescentie. In de praktijk van het tuchtrecht doen zich voortdurend gevallen voor, waarbij een beroep gedaan wordt op een mededeling, hetzij door de behandelende arts, hetzij door een der behandelende artsen of door een verpleegkundige gedaan, die tot verwarring bij de patiënt aanleiding heeft gegeven, omdat die niet klopt met de vroegere informatie, danwel met de door anderen verstrekte informatie. Regel zou moeten zijn, dat in ieder geval wordt vastgelegd welke informatie is gegeven voor de behandeling een aanvang nam. Dat de noodzaak hiervan bijzonder dringend is, lijkt evident. Ook daar waar de behandelende artsen hetzelfde inzicht hadden ten aanzien van diagnose en wijze van behandeling zal hun individuele stijl van informeren vaak nog als ongelijkvormig bij de patiënt overkomen. De een wil nu eenmaal primair geruststellen de andere geen onnodige verwachtingen wekken. Idealiter zou bij meervoudige behandeling in beginsel de informatie altijd door dezelfde persoon moeten worden gegeven. Het nadeel daarvan is, dat de patiënt dan vaak te lang van informatie zou verstoken blijven.

Het grootste probleem ligt bij de verpleegkundigen. Het lijkt een zeldzaamheid dat de verpleegkundigen een duidelijk beeld verschaft is van wat de diagnose en de voorgenomen behandeling inhoudt. Zij zijn echter degenen, die voortdurend met de patiënt in contact zijn en met vragen geconfronteerd worden. Zelfs ervaren verpleegkundigen zouden in gevallen die niet geheel routinematig verlopen beter geen informatie moeten verstrekken. Zelfs als zij op grond van ervaring en dikwijls aanwezige intuïtie, toch in staat achten informatie te geven, is de kans groot dat zij afwijken van het geneeskundige inzicht op dit punt; de patiënt krijgt dan toch een tweeslachtig beeld, dat moeilijk te herstellen is. Merkwaardig is, dat veel patiënten de inlichtingen van verpleegkundigen voor de meest betrouwbare schijnen te houden.

- 8.3 Gaat men uit van een ruime opvatting omtrent de noodzaak van "informed consent" dan is in een aantal gevallen voor een nauwkeurige vastlegging van wat met de patiënt is afgesproken - waartoe toestemming geacht wordt te zijn gegeven - nog meer noodzakelijk, zodra de behandeling niet meer in een hand is, om bij afwijking van de oorspronkelijke opzet nader overleg met de patiënt mogelijk te maken. Dat de patiënt ingelicht moet zijn en zich akkoord moet hebben verklaard met de behandeling door een ander dan de arts aan wiens zorgen hij zich heeft toevertrouwd zou vanzelf moeten spreken. In de praktijk is dat lang niet altijd het geval. Behandeling door meer artsen houdt ook een niet te verwaarlozen risico in, dat bij afwijking van hetgeen

als de wijze van behandeling aan de patiënt in uitzicht was gesteld niet behoorlijk wordt besproken, omdat niet in het overleg wordt betrokken wie primair de taak tot informatie heeft. De patiënt kan zich dan voor een geheel onverwachte situatie gesteld zien op een ogenblik, dat hij niet bij machte is zich nog te oriënteren. Dat in extreme gevallen dit gebrek aan coördinatie tot werkelijke fouten zal leiden is onvermijdelijk. De patiënt die verwacht zijn phimosis door een kleine ingreep verbeterd te zien en na narcose tot de ontdekking komt dat hij volledig besneden is, terwijl hij bij zijn eerste consult uitdrukkelijk had verklaard die ingreep niet te willen is een duidelijk voorbeeld van een gebrek aan communicatie tussen samenwerkende chirurgen.

- 8.4 Dezelfde problemen, maar in versterkte mate, doen zich voor waar het de informatie aan de familie van de patiënt betreft. Herhaaldelijk hebben tuchtcolleges uitgemaakt, dat ook de informatie aan familieleden een onderdeel is van de zorgplicht die de arts op zich neemt, als hij een patiënt in behandeling neemt. Is een behandeldende arts dikwijls al moeilijk bereikbaar voor de omgeving van de patiënt, als er meer artsen bij de behandeling betrokken zijn is dat nog bezwaarlijker. Er zijn ziekenhuizen waar een regeling is ontworpen, die de familie de mogelijkheid geeft informatie na te vragen, soms is de hoofdverpleegkundige benaderbaar. Maar de informatie, die langs die weg gegeven wordt is gewoonlijk vrij oppervlakkig. Het gevaar, dat deze informatiebronnen, die er uiteraard op uit zijn gegevens ter beschikking te hebben, die trachten te verwerven van anderen dan de arts die de eerst verantwoordelijke is, is allerminst denkbeeldig. Ook dit is een reden de informatiebron met betrekking tot een patiënt zo veel mogelijk in een hand te houden. Wat de familie vanavond hoort, weet de patiënt de volgende dag; de vraag is of die informatie ongeschonden overkomt.

#### Noten bij paragraaf 8

- 8.1 a. Vgl. prof.dr. H.J.J. Leenen - Gezondheidszorg en Recht, waar in hoofdstuk V par. 12 het onderwerp "dossiers" uitvoerig is behandeld.
- b. Zie het arrest van het Gerechtshof te Amsterdam, van 28 januari 1969 M.C. 1969 pagina 327 de slotfase van het drama Mia Versluys, dat komt tot het opleggen van een tuchtrechtelijke maatregel voornamelijk omdat de gegevens over het feitelijk verloop van de narcose niet nauwkeurig op schrift waren gesteld. Het is niet onmogelijk, dat het gehele verloop van de nasleep van dit ongeluk binnen redelijke proporties was gebeven, als deze ernstige nalatigheid niet op het ongeluk gevolgd was.



## 9. De verlengde arm

9.1 Het kan weinig twijfel lijden, dat de Wetgever bij het tot stand komen van de Wet van 1 Juni 1865 heeft bedoeld, dat alle handelingen, die in artikel 1 -ruim- werden omschreven uitsluitend verricht mochten worden door degenen die krachtens die wet de bevoegdheid daartoe hadden verkregen. Zo een bevoegde zich al liet bijstaan, moest dit onder zijn toezicht geschieden. De praktijk heeft zich anders ontwikkeld. Een groot deel van de meer eenvoudige routinematige onderdelen van de behandeling van patiënten, allen handelingen die zonder twijfel onder de definitie van de wet vallen en als uitoefening van de geneeskunst moesten worden beschouwd, worden door verpleegkundigen, leerlingen of beoefenaren van paramedische beroepen verricht, buiten toezicht en aanwezigheid van de verantwoordelijke arts. Van toezicht is geen sprake meer; realiteit en juridische constructie komen niet met elkaar overeen (a), nu met name verpleegkundigen in het ziekenhuis een veel grotere rol gaan spelen.

Theoretisch heeft men een oplossing menen te vinden in de stelling, dat de arts een deel van zijn werkzaamheden mocht delegeren aan niet-bevoegden, die hij tot het verrichten van die handelingen bekwaam achtte. Voorzover met die fictie gedekt is het risico, dat de betrokkenen wegens onbevoegde uitoefening der geneeskunst worden vervolgd, kan men hiermede vrede hebben. Blijkbaar heeft de theorie voldoende richtvaardigingsgrond opgeleverd om de vraag of veel handelingen van verpleegkundigen strafbare feiten ex artikel 436 van het Wetboek van Strafrecht opleveren onbeantwoord te laten. De enkele rechterlijke uitspraken (b) waarop de schrijvers (c) zich beroepen maken de indruk dat de rechters de handelingen die krachtens delegatie (d) door verpleegkundigen werden verricht als verpleegkundige en niet als geneeskundige handelingen hebben beschouwd. Daarbij ging het om injecties, zonder twijfel een handeling die overall en altijd door verpleegkundigen worden verricht, maar zonder twijfel handelingen die in de omschrijving van artikel 1 van de Wet van 1 Juni 1865 vallen.

9.2 Een "gebruikelijk" civielrechtelijk begrip is delegatie niet. In het BW of het Wetboek van Koophandel zal men het tevergeeft zoeken en in geen handboek over die onderwerpen is het behandeld (a). Administratiefrechtelijk is het begrip gebruikelijk, maar het betekent dan juist het tegenovergestelde van wat in het kader van ons onderwerp bedoeld wordt. Delegaties in overdracht van bevoegdheid, -bevoegdheid geven- en juist niet het handelen alleen uit kracht van de bevoegdheid van

een ander. Hoe ziet men dan civielrechtelijk de verklaring van de mogelijkheid niet-bevoegden handelingen te laten verrichten in strijd met een wettelijke bepaling die dat verbiedt, zonder dat dit geschiedt in tegenwoordigheid en onder toevoegde daarvoor nauwkeurig aanwijzingen heeft gegeven? Het civielrechtelijk kader dat auteurs daarvoor kiezen zijn de lastgevingsbepalingen in artikel 1829 e.v. van het Burgerlijk Wetboek (b). Hoewel niet ontkend kan worden dat naar de letter van die bepalingen "delegatie" van medisch handelen daarmee overeenstemming vertoont, moet toch ernstig betwijfeld worden of hier wel van lastgeving in de zin van het BW sprake is.

- 9.3 Lastgeving van arts aan verpleegkundige zou volgens de definitie van de wet de overeenkomst zijn, waarbij de arts, een onbevoegde (die overigens wel bekwaam is) "de magt geeft een zaak voor" -die arts en in diens naam- "te verrigten". Naar algemeen wordt aangenomen beperkt lastgeving zich tot rechtshandelingen. (c) Het is niet aanmerkelijk, dat de verrichtingen die "gedelegeerden" van artsen uit te voeren krijgen onder het begrip rechtshandelingen te brengen zijn. Afgezien daarvan is het hele complex van bepalingen dat met lastgeving in het BW samenhangt zo overduidelijk een geheel vermogensrechtelijke regeling, dat toepassing op het deel van het medisch contract dat iedere vermogenrechtelijke karakteristiek mist (feitelijke uitvoering van therapie) reeds om die reden niet zinvol lijkt.

Een volgende vraag is, of de "zaak" die opgedragen wordt, ooit de uitvoering van een inspanningsovereenkomst kan zijn. Dit is denkbaar wanneer degen die zich tot het uitvoeren van een inspanningsovereenkomst verbonden heeft een ander de last geeft die geheel uit te voeren. Maar het doen uitvoeren van een deel van een inspanningsovereenkomst, waaraan het inspanningskarakter is blijven kleven (dus niet een resultaatprestatie binnen het kader van een inspanningsovereenkomst) zal moeilijk als de last tot het uitvoeren van een "bepaalde zaak" beschouwd kunnen worden.

- 9.4 Het lijkt dus twijfelachtig of wel met goede gronden kan worden volgehouden, dat tussen de arts en de verpleegkundige een overeenkomst van lastgeving tot stand kan komen. Zelfs als men deze fictie zou willen volhouden, rijst de vraag hoe de onbevoegde door het aangaan van een civielrechtelijke overeenkomst opeens het recht heeft gekregen handelingen te verrichten die de wet uitdrukkelijk aan bevoegden voorbehoudt. Ook "autorisatie" vanwege het ziekenhuis (a) -

moet men aannemen: vanwege de bevoegde geneesheer-directeur? - lijkt een op een civielrechtelijke handeling berustende machtiging te zijn, die het wettelijk verbod niet kan opheffen, zelfs als aan bekwaamheid tot het verrichten van de handelingen waarvoor autorisatie is gegeven niet kan worden getwijfeld.

In een Advies op 2 mei 1972 door de Centrale Raad van de Volksgezondheid aan de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne uitgebracht (a) wordt al gewezen op de grote onzekerheid die bestaat waar verpleegkundigen geacht worden handelingen op geneeskundig terrein te verrichten, nu wettelijk niets vaststaat omtrent de bevoegdheid van verpleegkundigen op dit terrein. De rechtspraak zou volgens dit advies de opvatting volgen van de "verlengde arm", zodat van zelfstandige uitoefening van de geneeskunst geen sprake kan zijn. Verwezen wordt dan naar het arrest van de Hoge Raad van 4 november 1952 (b), maar daarbij wordt voorbijgezien dat dit arrest niet meer doet dan vaststellen dat in het betrokken geval de semi-arts die de verbodsbepaling had overtreden, ook de diagnose en therapie had vastgesteld en voor de gehele behandeling betaling had gevraagd. Dat was, maakte de Hoge Raad uit, het verlenen van "geneeskundige bijstand als bedrijf". Of het geven van de injecties alleen toelaatbaar was liet de Hoge Raad in het midden door te overwegen: "Indien het aan bepaalde groepen van personen geoorloofd is onder zekere omstandigheden bedoelde injecties toe te dienen, waarbij te denken valt aan het handelen onder onmiddellijk toezicht van een bevoegd arts, neemt dit niet weg...". (c)

In een volgend advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (september 1976) (d) zijn nadere regelingen gegeven met betrekking tot de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige en leerling-verpleegkundige in het algemeen ziekenhuis, waarbij de nadruk gelegd wordt op de noodzaak dat regelingen worden tot stand gebracht, waardoor duidelijkheid in de systemen bij overdracht van handelingen wordt bevorderd. Het advies gaat uit van verantwoordelijkheid van de arts voor de gemaakte afspraken, maar erkent de eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundige voor de wijze van uitvoering van de afspraak. Desniettemin wordt het niet nodig geacht dat "vooralsnog een specifieke wettelijke regeling" tot stand komt.

Het advies blijft echter - blijkbaar ook voor het geval de materie bij de wet zou worden geregeld - bij de opvatting dat de verpleegkundige slechts bij wijze van delegatie zal mogen optreden. Het advies ontkent niet, dat in 1976 enige systematiek ver te zoeken is en dat van ziekenhuis tot ziekenhuis de vraag wat wel en wat niet voor delegatie in aanmerking komt, anders wordt beoordeeld, nog

afgezien van het feit, dat uiteraard het oordeel over de bekwaamheid van de verpleegkundigen en de opgedane ervaring altijd de belangrijkste factor is die bij de beslissing wat overgelaten kan worden doorslaggevend moet zijn, los van alle regels en criteria.

- 9.5 Sedert 1976 is de behoefte aan verplegend personeel nog steeds toegenomen en het aantal gediplomeerden in veel ziekenhuizen verhoudingsgewijs gedaald. Het lijkt twijfelachtig of onder die omstandigheden het tot stand komen van algemeen geldende gedragsregels en richtlijnen mogelijk is, waarvan het nakomen in de praktijk voorlopig toch niet mogelijk zal zijn, tenzij die van zodanig licht kaliber zijn, dat aanpassing aan de praktijk op grote schaal mogelijk zou zijn, hetgeen zeker niet de bedoeling van het advies is.
- Het lijkt beter de vraag van de mogelijkheid tot het overlaten ook van geneeskundige handelingen aan verpleegkundigen (of andere hulpkrachten) per ziekenhuis te beoordelen of te regelen. Of dit moet geschieden door middel van bekwaamheidsverklaringen of op grond van meer persoonlijk gerichte instructies lijkt onverschillig, mits maar overeenkomstig de aanwijzingen van dit tweede advies voldoende duidelijk wordt geïnstrueerd en voldoende schriftelijk wordt vastgelegd.
- Het treffen van een wettelijke maatregel waarin voorschriften worden gegeven, die het begrip "delegatie" in dit verband een wettelijke basis zouden geven, zonder aanvulling van de bepalingen van de wet van 1 juni 1865 zou tot tegenstrijdige bepalingen leiden.
- Geven de genoemde adviezen als reden voor het niet tot stand komen van een sluitende wetgeving het probleem van het "niemandsland tussen arts en verpleegkundige", er is lang sprake geweest van de rechten van de artsen op hun monopolie, bestaande in de volledige uitoefening van de geneeskunst; daarom zou een niet-arts alleen maar in opdracht van een arts kunnen "mee-uitoefenen".
- Ook het ontwerp van Wet op de Verpleegkundigen (a) blijft van de fictie uitgaan, dat verpleegkundigen hun steeds groeiende taak op geneeskundig gebied (naast de verpleegkundige taken) in opdracht van de arts uitvoeren en dat hun onbevoegdheid onder de oude wet daardoor gedekt is. (b) Het Advies dat de Centrale Raad voor de Volksgezondheid daarover uitbracht (april 1980) gaat wezenlijk verder en constateert in paragraaf 3:
- "er zijn zwaarwichtige argumenten voor althans een omschrijving van de verpleegkundige op te nemen in de nieuwe wet....."

en

"Algemeen wordt erkend, dat de verpleegkundige

beroepsuitoefening te kort wordt gedaan als men haar beschouwt als de hoofdzakelijk in het verlengde van de medische beroepsuitoefening gelegen, daaraan ondergeschikt beroep. Dit beroep moet als een zelfstandig beroep worden beschouwd van niet-paramedische aard, dat zijn basis vindt in de bijzondere relatie van de verpleegkundige tot de patiënt/cliënt."

Het moet dan ook enige verbazing wekken, dat ook het voorontwerp d.d. 4 mei 1981 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg de verpleegkundige nog altijd niet meer geeft dan de titelbescherming en een recht tot registratie en zelfs de "constructie" van de verlengde arm uitdrukkelijk handhaaft in de toelichting met betrekking tot de redenen waarom aan verpleegkundigen een eigen bevoegdheid om injecties en puncties te geven moet worden onthouden. (Memorie van Toelichting pagina 37). Daaraan zou in de dagelijkse praktijk geen grote behoefte bestaan (hetgeen wel juist zal zijn, gezien het feit dat de eerder geciteerde rechterlijke uitspraken het zelfs als typisch verpleegkundige handelingen beschouwen) terwijl er - niet nader genoemde bezwaren aan verbonden zouden zijn. Het is begrijpelijk, dat men moeite heeft met het geven van een definitie van verpleegkunde, het is niet begrijpelijk dat de fictie van de verlengde arm moet worden gehandhaafd, schijnbaar ten aanzien van één punt, want het systeem van de BIG brengt mede dat ook verpleegkundigen alle andere handelingen die niet zijn voorbehouden op het gebied van de individuele gezondheidszorg zullen mogen verrichten. Maar de erkenning van het voortbestaan van de "constructie" (die geen behoorlijke rechtsgrond is te geven) impliceert dat ook artikel D 39c) - dat niet afzonderlijk wordt toegelicht in de ontwerp Memorie van Antwoord - uitgaat van hetzelfde beginsel voorzover het gaat om de omschrijving van het gebied van deskundigheid van de verpleegkundige voorzover het betreft dat deel van de taak die op het gebied ligt die thans "uitoefening van de geneeskunst" heet. Die wordt dan wel niet meer "in opdracht", maar toch nog wel "op verzoek" van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verricht. Het zou voldoende zijn geweest - en meer in overeenstemming met de realiteit - als de omschrijving zich ertoe had beperkt te bepalen dat de handelingen "in aansluiting op de diagnostische en therapeutische werkzaamheden" van een beroepsbeoefenaar zouden worden verricht.

Als aldus duidelijk zou komen vast te staan, dat de verpleegkundige zelfstandig handelingen verricht, zij het op grond en in het kader van diagnose en therapeutisch plan van de handelende arts(en) zou er geen bezwaar bestaan op het punt van de voorbehouden handelingen te bepalen dat injecties en

puncties niet dan "in opdracht" van een arts zouden mogen worden gegeven. Dat dit ook op het punt van civielrechtelijke aansprakelijkheid invloed zou kunnen hebben wordt hieronder nader besproken.

#### Noten bij paragraaf 9

- 9.1 a. Aldus: Beumer en Klopper - Recht voor Verpleegkundigen (2e druk) pagina 51.
- b. Hof Amsterdam 25 mei 1967. N.J. 1968-258 H.R. 4 november 1952 N.J. 1953-149 (zie hieronder!) Rb. Arnhem 20-2-55 N.J. 1956-463.
- c. Zie Leenen IV - 10 (pagina 89-91).
- d. De uitdrukking "delegatie" komt in de arresten en het vonnis (althans voorzover gepubliceerd) niet voor.
- 9.2 a. De term is gebruikt in de titel van het boek van F.M. Weisz - On delegation in medicine and dentistry, waar zeer veel over de praktijk van de samenwerking van artsen en tandartsen, ook met paramedici en verpleegkundigen te vinden is, en waar het begrip vanuit bedrijfseconomisch uitgangspunt behandeld wordt en omvat de opdracht van taken van personen in een hoger echelon op ondergeschikten. Op de wettelijke achtergrond wordt niet ingegaan.
- b. Zie Leenen IV pagina 90.
- 9.3 a. Asser-Kamphuisen - Coehorst pagina 75 en de daar geciteerde auteurs.
- 9.4 a. Bijlage bij Verslagen Adviezen Rapporten van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1976 n. 44.
- b. N.J. 1953-149.
- c. De Advocaat-Generaal gaat in zijn conclusie iets verder; hij vindt dat onbevoegden tot het geven van injecties mogen overgaan - "indien al" - "in opdracht van en dus als uitsluitend verlengstuk van de na onderzoek van de patiënt denkende en beslissende arts"; een niet met de praktijk strokende conclusie.
- d. Nadere Regeling met betrekking tot de verantwoordelijkheid van verpleegkundigen en leerling.verpleegkundigen in het algemeen ziekenhuis, Verslagen, Adviezen, Rapporten van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1976 no. 44.
- 9.5 a. Bijlagen Handelingen II Kamer zitting 1980-81 (16724, 1-3).

- b. Memorie van Toelichting pagina 37.
- c. BIG Artikel 39 (Voorontwerp).  
Tot het gebied van de deskundigheid van de verpleegkundige wordt gerekend:
  - a. het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging;
  - b. het op verzoek van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

## 10. Tuchtrechtelijke consequenties

10.1 In de praktijk van het Tuchtrecht komen gevallen van samenwerking vrij regelmatig voor. Dit is deels verklaarbaar uit het feit, dat veel samenwerkingsvormen nog betrekkelijk nieuw zijn en het functioneren in dergelijk verband meer eisen blijkt te stellen dan bij het tot stand komen van de samenwerking blijkbaar werd verondersteld. Daarnaast moet geconstateerd worden, dat de eenvoudigste vorm van samenwerking -het waarnemen- tot vrij veel klachten aanleiding geeft. In een aantal gevallen worden die klachten wel als onvoldoende ernstig afgewezen, maar dikwijls met de opmerking van de Tuchtcolleges, dat het feit dat een patiënt terecht weinig gelukkig was met de wijze waarop werd waargenomen, toch op onvolkomenheden wees die niet behoren voor te komen. Een ander verschijnsel dat zich voordoet wanneer in verband met samenwerking wordt geklaagd, is gelegen in gevallen waar wel terecht geklaagd wordt, maar waar in de loop van de tuchtrechtelijke procedure blijkt, dat de klacht gericht werd tegen een andere arts dan degenen die blijkt aan de voor de patiënt niet aanvaardbare gedraging schuldig te zijn.

Dit is een van de ongelukkige consequenties van het systeem van de Medische Tuchtwet die het klachtrecht -naast de Inspecteurs van de Volksgezondheid die daarvan zelden gebruik maken- in beginsel aan leken toekent. De meeste klachten worden geformuleerd en naar voren gebracht door patiënten of hun nabestaanden, die een onzuiver beeld hebben van de behandeling die is gegeven, zeker wanneer daarbij meer dan een arts is betrokken geweest. De praktische onmogelijkheid waarin de Tuchtcolleges zich bevinden om voldoende vooronderzoek te verrichten, deels omdat daarvoor de mankracht ontbreekt, deels omdat vaak aanvankelijk niet is uit te maken of een meer diepgaand vooronderzoek noodzakelijk is, brengt mede, dat pas in de loop van de tuchtrechtelijke procedure (en niet zelden eerst in hoger beroep) zich een beeld vormt van de ware gang van zaken. Dat leidt dan tot afwijzing van de klacht, terwijl inmiddels zoveel tijd is verlopen dat de klager de strijd opgeeft, zo hij al begrepen heeft, dat zijn klacht tegen een ander gericht had kunnen zijn. Ook treft men in beslissingen herhaaldelijk een overweging aan, waaruit volgt, dat niet alleen de arts over wie geklaagd is, zich het in de klacht vervatte verwijt moet aantrekken, maar ook een daarbij mede betrokken zorgverlener.

10.2 Klachten die verband houden met waarneming zijn vaak terug te brengen tot onvoldoende overdracht van gegevens. De huisarts die een patiënt onderzocht heeft, zal wanneer hij die patiënt na enkele



le dagen weer ziet de draad opnemen en zijn eerdere waarnemingen mede aan zijn diagnose ten grondslag leggen.

Het is onontkoombaar dat als de waarnemer het volgende weekend de patiënt ziet, hij die gegevens dan mist. Het is nu eenmaal niet mogelijk alle gegevens van een groep patiënten aan de waarnemer ter beschikking te stellen, zelfs indien die vastgelegd zijn, wat niet altijd het geval behoeft te zijn.

Ook daar waar de behandelende huisarts, ten aanzien van een patiënt verwacht dat zijn waarnemer te hulp zal worden geroepen, en die op dat punt een waarnemer waarschuwt, is herhaaldelijk gebleken, dat gegevens uit een vroeger verleden de waarnemer niet ter beschikking stonden. De klachten worden dan tegen de waarnemer gericht, en als hij onvoldoende anamnese heeft opgenomen, zal dat tuchtrechtelijke consequenties hebben. Toch zal de huisarts soms mede schuldig zijn, door onvoldoende informatie ter beschikking te stellen. Hij pleegt echter vrij uit te gaan, omdat als regel geldt, dat de waarnemer, die geen gegevens heeft, alvorens een diagnose te stellen zorgvuldig een anamnese moet opnemen. Het nalaten daarvan is een onzorgvuldigheid, die verwijtbaar is, in het bijzonder indien medicatie wordt voorgeschreven, waarbij het risico wordt gelopen, dat geen rekening wordt gehouden met contra-indicaties. Nog minder kan van de waarnemer verwacht worden, dat hij enig inzicht heeft in de persoonlijke omstandigheden van de patiënt waarbij hij te hulp geroepen wordt en van diens gezin. Toch kan ook van de waarnemer verwacht worden, dat hij aan die kant van de zaak niet geheel voorbij gaat. De vraag of verpleging thuis kan plaatsvinden bijv. eist een zekere mate van inleving, die tot de zorg behoort, die niet mag ontbreken. Uit klachten betreffende waarneming blijkt vaak, dat het persoonlijk contact minimaal blijft.

In de gepubliceerde uitspraken betreffende waarneming komen een aantal gevallen voor, die uitzonderingen zijn, maar toch aanwijzingen zijn van misstanden. Zo oordeelde het Centraal Medisch Tuchtcollege op 23 april 1970 (a) over een nalatigheid van een arts, die in één weekend de praktijken van 16 huisartsen waarnam, een even ongewenste toestand als het geval waarbij een 76-jarige huisarts, voor vier collega's waarnam gedurende twee dagen en drie nachten achtereen, in verband waarmee het College te Amsterdam op 1 juni 1970 een maatregel oplegde (b).

Een bedenkelijk geval betrof ook de beslissing van het Amsterdamse College (d.d. 17 november 1975) (e), waaruit blijkt dat een arts die behorende tot een combinatie van zes artsen die voor elkaar bij toerbeurt plachten waar nemen, zijn beurt tegen be-

taling liet waarnemen door een arts van wie het College vaststelt, dat betwijfeld kan worden of hij nog over voldoende ervaring beschikt om als huisarts waar te nemen.

In een uitspraak van 30 november 1970 (d) had hetzelfde College al eens zijn verontrusting over de ondeugdelijke weekeind-waarnemings-regelingen uitgesproken.

Hoewel de Tuchtcolleges de waarnemers tuchtrechtelijk voor hun handelingen aansprakelijk houden -de klachten zijn uiteraard ook tegen deze gericht- mag de vraag rijzen of er geen aanleiding zou moeten zijn ook de vaste huisarts, die dit soort van waarneming aanvaardt, onder omstandigheden mede schuldig te achten. Ook wanneer blijkt van een op ondeugdelijke wijze geregelde waarneming zijn zowel de waarnemer als de arts voor wie waargenomen wordt, verantwoordelijk aldus het College in Amsterdam, in twee beslissingen d.d. 26 mei 1980 (e).

In dit verband is opmerkelijk een beslissing van het Haagse College, d.d. 15 oktober 1980 recentelijk gepubliceerd (f), waarin het geval van waarneming behandeld wordt waarbij, door wat het College een "kennelijk misverstand" noemt, gedurende een weekend in de plaats waar de arts tegen wie de klacht gericht was gevestigd was, geen enkele arts beschikbaar was. Het College heeft op die arts geen maatregel toegepast, hoewel wordt overwogen, dat hij met de acht bij de waarnemingsregeling betrokken artsen de zware verantwoordelijkheid draagt dat die regeling tekort geschoten is. Uit de beslissing blijkt, dat een mondelinge afspraak zonder enige nadere bevestiging of controle de enige basis was waarop de betrokken arts aannam dat een andere zijn dienst waarnam. Op basis van de in de gepubliceerde beslissing vermelde feiten, zou geoordeeld kunnen worden, dat op de betrokken arts toch wel een eigen bijzondere verantwoordelijkheid rustte, naast de collectieve schuld van een onvoldoende regeling. Het lijkt onverantwoord dat een huisarts er toe overgaat de telefoon uit te schakelen zonder dat hij er zich van vergewist heeft, dat een patiënt die in nood verkeert verwezen wordt naar een telefoonaansluiting waar hij inderdaad wordt opgevangen. Duidelijke consequentie te trekken uit dat voorbeeld is, dat waar in de huisartsenpraktijk de telefoon op een antwoordapparaat is aangesloten, beschikt moet worden over een tweede (geheime, privé-)aansluiting om, met name ook voor de waarnemer, beschikbaar te blijven.

- 10.3 Waarneming tussen specialisten, op zich een vrij veel voorkomend gebruik, heeft tot aanmerkelijk minder tuchtrechtelijke reacties aanleiding gegeven. Op de voorgrond treden in de voorkomende ge-

vallen gebrekkige communicatie en het onvoldoende doorgeven van relevante gegevens. Herhaaldelijk treft men dit tekort aan bij de extramuraal werkende specialisten, waar de waarneming soms nodig is omdat een spoedgeval het optreden van de specialist voor de betrokken patiënt verhindert en de noodzaak van waarneming bij de oorspronkelijke observatie niet was voorzien. Dit wordt bezwaarlijker, wanneer besloten wordt te laten waarnemen door een assistent, die soms ook nog de nodige ervaring mist. Het laten doorgaan van een operatie die niet dringend was, onder die omstandigheden, was het Centraal Medisch Tuchtcollege eenmaal aanleiding in de beslissing waarbij op de assistent aanmerking gemaakt werd dat hij de operatie had ondernomen, waarover hij onvoldoende ervaring had, tevens op de medeschuld van de opleider te wijzen, die ten onrechte -met een beroep op te grote drukte- de operatie niet had uitgesteld. Ook in dit geval was de klacht tegen de waarnemer gericht. Dat waarneming tussen specialisten herhaaldelijk leidt tot klachten omtrent de persoonlijke benadering ligt nog meer voor de hand dan bij huisartsen. Het is begrijpelijk dat de specialist die een patiënt in veel gevallen vóór de behandeling slechts eenmaal heeft ontmoet, niet in staat is buiten het medische vlak veel informatie op het persoonlijke vlak door te geven, zelfs als huisarts en patiënt zelf op dit punt communicatief zijn geweest. De patiënt zal dit gemis aan reactie op zijn persoonlijke mededelingen echter sterk voelen. Vooral in de gynaecologische praktijk, waar uiteraard waarneming geregeld noodzakelijk is, doet zich deze klacht voor.

- 10.4 Klachten die specifiek samenwerking van artsen binnen ziekenhuizen betreffen zijn betrekkelijk zeldzaam. Vermoedelijk is de verklaring hiervoor ten dele te vinden in het feit, dat waar samenwerking in het ziekenhuis plaats vindt het contact tussen de samenwerkende artsen frequenter is en het gevaar dat samenwerking tot een omissie geleid heeft kleiner is. Waarschijnlijk echter ook de onmogelijkheid voor de patiënt om uit te maken bij wie van de hem behandeld hebbende artsen de grondslag van zijn verwijten te zoeken was. Er komen klachten voor -ook weer persoonlijk tegen één bepaalde arts gericht- die van gebrek aan samenwerking getuigen. Zo oordeelde het Centraal Medisch Tuchtcollege over een klacht van een patiënt, die door zijn huisarts op verdenking van maagklachten -die al eerder waren opgetreden- naar een ziekenhuis werd verwezen, waar de interne afdeling geen duidelijke diagnose kon stellen en hem, daar hij ernstig ziek leek, naar de neurologie verwees. Daar werd de patiënt onderzocht en voorlopig behandeld, zonder

dat de mogelijkheid van werkelijke maagklachten werd overwogen. De patiënt overleed de volgende dag. Hoewel de betrokken assistent het verwijt kon worden gemaakt dat zijn onderzoek onvolledig was geweest, moest worden vastgesteld, dat indien hem bekend geweest was, dat de patiënt oorspronkelijk wegens maagklachten was opgenomen en die reeds eerder had gehad, een tijdige terugkeer van de patiënt naar de interne afdeling zou zijn gevolgd en diens leven mogelijk zou zijn gered.

Dat beslissingen van Tuchtcolleges, die in dergelijke situaties niet de hand kunnen leggen op een duidelijk aan een der samenwerkende artsen toe te schrijven fout, voor klagers onbegrijpelijk zijn, ligt voor de hand.

De suggestie, wel gedaan, dat dan maar een groep artsen gezamenlijk schuldig moet worden bevonden is een niet aanbevelenswaardige oplossing.

Aan een tuchtrechtelijke veroordeling kleeft -niet anders dan bij toepassing van strafrecht- een zeer persoonlijk element. Indien, wat een enkele maal het geval is, bij meerdere artsen ieder persoonlijk falen te verwijten is, en dus ieder voor eigen handelen of nalaten aansprakelijk gesteld kan worden, zal bij gezamenlijk optreden tuchtrechtelijke correctie toe te passen zijn. Voorwaarde is dan ook nog, dat tegen elk van die artsen een klacht gericht is. Het effect van een collectieve veroordeling echter, zonder verantwoording wat betreft de individuele verwijtbaarheid, zal door iedere betrokkene als niet op hem toepasselijk terzijde worden gelegd.

- 10.5 Daar waar twee specialismen naar de aard tot samenwerking geroepen zijn, zonder dat sprake is van een samenwerkingsverband bestaan veel onzekerheden. Het Centraal Medisch Tuchtcollege beoordeelde een klacht van een patiënt, bij wie zich na een recidive-hernia-operatie uitvalverschijnselen hadden voorgedaan. In het betrokken ziekenhuis was gebruik dat de nazorg van neurochirurgische patiënten in handen was van de aan dat ziekenhuis verbonden neurologen. Zo kon het gebeuren dat de neuro-chirurg, eerst na enige tijd omtrent de uitval werd geïnformeerd, daar hem om niet duidelijk geworden communicatiegebreken geen bericht dienaangaande bereikte, terwijl de betrokken neuroloog hem niet in de nazorg betrok in de mening dat de uitvalsverschijnselen allengs zouden verdwijnen. Beslist werd dat de neurochirurg, die zich na de operatie, waarbij een complicatie was opgetreden, zelfs niet behoorlijk op de hoogte stelde hoe het verloop nadien was geweest, in de nazorg ernstig was tekort geschoten. Het College oordeelde, dat de verantwoordelijkheid voor de nazorg van een neurochirurgische ingreep bij de neuro-chirurg ligt en

niet aan de aan het ziekenhuis verbonden neuroloog mag worden overgelaten; ook al was dit in het ziekenhuis, waaraan geen neurochirurg verbonden was, het gebruik, had de neurochirurg daarvan moeten afwijken en de patiënt moeten bezoeken. (a)

Naar het schijnt komt de hier onjuist bevonden situatie ook wel voor in de relatie tussen cardiochirurgen en cardiologen. Hoewel in de betrokken beslissing niet aan de orde gekomen, mag de aandacht gevestigd worden op het gebrek aan persoonlijke zorg dat uit de gang van zaken naar voren komt. De patiënte, die ernstig ziek werd, wordt overgelaten aan anderen en moet vaststellen dat de arts die haar behandeld heeft zich om haar niet meer bekommert.

Bij de intramurale gezondheidszorg doet zich dit verschijnsel herhaaldelijk voor. De samenwerkingspraktijk leidt ertoe, dat werkverdeling juist ook op het punt van de persoonlijke bejegening wordt toegepast. Geregeld worden patiënten geopereerd door chirurgen die hen nooit hebben ontmoet en die de avond tevoren een associé of een assistent met een praatje naar het bed hebben gezonden, terwijl weer een ander zich met de nazorg belast. Naar het oordeel van het Centraal Medisch Tuchtcollege was dit slechts in uitzonderingsgevallen toelaatbaar. Het reeds signaleerde verschijnsel, dat patiënten "van hand tot hand" gaan, zowel in geneeskundig als in verpleegkundig opzicht, is wellicht in zeer grote ziekenhuizen onvermijdelijk. De vraag mag dan gesteld worden, of voor de persoonlijke zorg dan niet in sociale verzorging op uitgebreider schaal dan thans het geval is, zou moeten worden voorzien. Zonder dat dit de betrokken artsen van hun verantwoordelijkheid op dit punt zou ontslaan, zou die onvermijdelijk gedeelde verantwoordelijkheid dan gecoördineerd kunnen worden en in redelijk contact met de patiënt kunnen worden uitgedrukt.

- 10.6 Het beginsel dat Tuchtrect beoogt te reageren op handelingen waarvan vaststaat dat die door een bepaalde persoon zijn begaan, brengt mede, dat bij de toepassing zeer nauwkeurig op de schuldvraag moet worden ingegaan.

Daar Tuchtrect geen nauwkeurig omschreven normen kent, maar van vage beginselen uitgaat, is het onderzoek naar het feitelijk gebeuren dat tot een klacht aanleiding gaf niet aan vormen of systematiek te binden. De innerlijke overtuiging van de leden of een meerderheid van de leden omtrent hetgeen zich heeft voorgedaan is de basis waarop dit deel van de beslissing rust. De schuldvraag wordt dientengevolge vaak het voornaamste probleem waarvoor de colleges zijn gesteld. Niet alleen moet in het oordeel daarover worden betrokken in

hoeverre het handelen of nalaten waarover geklaagd wordt voor rekening van de beklagde arts moet komen, maar ook in hoeverre de vaak moeilijke en soms ook onduidelijk gebleven omstandigheden daartoe hebben bijgedragen. Daarbij speelt in gevallen van samenwerking de beoordeling van het optreden van daarbij betrokken andere artsen, of verpleegkundigen een belangrijke rol.

De Tuchtcolleges plegen daarbij te onderzoeken en vast te stellen in hoeverre bij de bepaalde gang van zaken de verantwoordelijkheid bij iedere betrokken deelnemer aan de samenwerking was gelegen. Regels zijn daarvoor uiteraard niet te stellen. Niet alleen worden in de praktijk taken op verschillende manieren verdeeld, situaties zijn zelden vergelijkbaar.

Ook als het feitelijk gebeuren vrij nauwkeurig is vast te stellen, blijft het vaak moeilijk na te gaan bij wie de fout of het nalaten te vinden is, die tot een bepaald gevolg heeft geleid.

Bij gevallen waar -naar de in dit pré-advies aangenomen norm- van verticale samenwerking sprake is, komt daar aan de zijde van de arts of de leden van het team de vraag bij of een bepaalde verrichting aan een andere zorgverlener mocht worden overgelaten. Wordt die vraag bevestigend beantwoord dan zal voor wat de tuchtrechtelijke consequenties betreft, die verrichting voor rekening van die persoon behoren te komen, ongeacht de vraag of die zelf tuchtrechtelijk verantwoordelijk kan worden gesteld.

In een geval waarbij een chirurg, die in een ziekenhuis waaraan hij niet verbonden was voor een ander kwam waarnemen, rees de vraag of de klacht dat een gaas was achtergebleven aan zijn schuld te wijten was. Het bleek dat in het betrokken ziekenhuis onvoldoende zorg werd toegepast bij het tellen van de niet van looddraad voorziene gazen. Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft geoordeeld dat de arts ten deze geen verwijt trof omdat "het tellen of anderszins controleren van gazen en bij de operatie gebezigde instrumenten, niet de taak van de opererende arts is en hij dat mag overlaten aan het verpleegkundig personeel, dat daarvoor een eigen tuchtrechtelijke aansprakelijkheid behoort te hebben".

Het hier toegepaste is op zich niet bepaald door de vraag of een hulpkracht in theorie aan tuchtrechtelijke controle onderworpen zou moeten zijn. Ook indien een leerling-verpleegkundige aan wie een bepaalde taak zou zijn opgedragen bij de vervulling waarvan de fout zou hebben gemaakt kan dat de schuld bij de arts die de opdracht gaf wegnemen. Wel zal vast moeten komen te staan, dat degenen die met de taak werd belast -ongeacht of dat een verpleegkundige, een co-assistent of een leerling was- in staat mocht worden geacht die opge-

dragen taak te vervullen. Was dat niet het geval, dan ligt de nalatigheid bij de arts die de verrichting op onzorgvuldige wijze aan een tot die verrichting onvoldoende in staat zijnde persoon overliet. (a)

In geval een verrichting van een in beginsel tot die handeling niet bevoegde tot een klacht is aanleiding geweest, zal de Tuchtrecter minder geneigd zijn uit die twee gegevens af te leiden dat degeen die deze handeling in onbevoegde handen liet daarom schuld moeten worden toegerekend, terwijl aannemelijk is dat de gewone rechter op grond daarvan civielrechtelijke aansprakelijkheid zal aannemen.

Indien aangetoond wordt dat het toevertrouwen verantwoord was, zal de schuld van de betrokken arts ter zake van dit punt niet aangenomen worden.

- 10.7 Een eigen tuchtrect voor verpleegkundigen, zoals is voorzien (a) zal in zoverre meer bevredigend zijn, dat niet, zoals thans het geval is wanneer een fout niet aan de arts, maar aan een verpleegkundige verweten kan worden, verdere tuchtrectelijke behandeling uitgesloten is. Er zal onder ogen gezien moeten worden, dat de fout van een andere hulpkracht, die niet aan tuchtrect onderworpen is zonder sanctie zal blijven. Wanneer het tuchtrect voor verpleegkundigen wordt ontworpen zal blijken, dat het systeem dat het klachtrect bij patiënten en/of andere leken ligt de adequate toepassing nog meer zal bemoeilijken dan dat bij de artsen het geval is. Het gewaar worden van een fout door verpleegkundigen gemaakt, daar waar zij geneeskundige handelingen verrichten - en daar zullen waarschijnlijk de ernstige fouten voorkomen-, is voor een patiënt zeer moeilijk; men zal vermoedelijk toch de arts aanklagen. De kans dat de arts dan een klacht tegen de verpleegkundige -als een soort vrijwaring- zal richten is vermoedelijk niet groot, maar zou een uitermate ongewenste consequentie zijn. Dat er zich gevallen zullen voordoen waarbij de tuchtrectelijke consequenties moeilijk vast te stellen zijn is zeker. Hoognodig zal blijken een zodanige voorziening te treffen, dat, waar blijkt in de loop van een Tuchtrectelijke procedure, dat die ook of uitsluitend tegen een ander zou moeten worden gericht, dan (alleen) tegen de oorspronkelijk aangeklaagde, een tweede of andere procedure aanhangig wordt, zonder dat het Tuchtcollege, dat oordelen moet de taak krijgt direct of indirect een rol van aanklager te vervullen, hetgeen uit oogpunt van goede procesorde hoogst ongewenst is.
- 10.8 Hoewel zelden het enig onderwerp van een klacht, is de wijze van bejegening van de patiënt door een arts regelmatig een begeleidend onderdeel daarvan.

Dikwijls is dit verklaarbaar. De patiënt is ontevreden over het resultaat van de behandeling zelf, in die mate dat men zich genoopt ziet een klacht in te dienen, bij zijn opstelling tegen de arts ontstaat dan ook ongenoegen over de bejegening. Het is waarschijnlijk dat kortsluiting in de relatie arts-patiënt die grondslag van veel klachten (juist ook van niet gegrond bevonden klachten) uitmaakt. Omgekeerd is vrij zeker dat patiënten, die het met de behandelende arts goed kunnen vinden zelfs als zij gegronde klachten hebben, die binnenskamers afdoen en er zich van weerhouden zich tot Inspectie of Tuchtcollege te wenden. Dat verschillende samenwerkingsvormen gemakkelijk tot verwaarlozing van de persoonlijke benadering van de patiënt kunnen leiden is hierboven herhaaldelijk aangeduid. Dat op het punt van contact met de patiënt bijzondere mogelijkheden liggen voor de waarnemer is zonder meer duidelijk. Klachten op dit punt moeten dus zeer zorgvuldig gewogen worden en zullen al gauw te licht bevonden worden, als inherent aan het noodzakelijk kwaad dat waarneming nu eenmaal is.

Op het gebied van de extramurale specialistische praktijken door associaties uitgevoerd is het risico van gemis aan persoonlijke zorg een zich geregeld voordoende klacht; het blijkt moeilijk te zijn voor dit aspect van de zorgverlening voldoende aandacht te hebben, wanneer de strikt medische zorg door specialisten gedeeld wordt of aan hen overgedragen. Bedacht moet worden, dat wat tot klachten of opmerkingen aanleiding geeft altijd maar een fractie zal uitmaken ten opzichte van de vaak voortreffelijke voorbeelden van patiëntenzorg, die slechts door de patiënten zelf worden opgemerkt.

Wat de grote ziekenhuizen en in het bijzonder de academische ziekenhuizen betreft kan het moeilijk anders of de verhouding is aanzienlijk ongunstiger. Tegenover een vaak het maximum benaderende kwaliteit van technisch-medische behandeling staat een onvermijdelijk lager peil van persoonlijke begeleiding. Patiënten gaan daar, zoals al eerder opgemerkt inderdaad van hand tot hand, zowel in geneeskundig als in verpleegkundig opzicht. Dat patiënten onder die omstandigheden aan persoonlijke zorg te kort schieten lijkt onvermijdelijk (a). Daarbij dient bedacht, dat het vaak de ernstigste zieken zijn, die onder die omstandigheden opgenomen zijn. Toch kan in de systemen van wisselende diensten binnen talrijke groepen samenwerkende specialisten, leerlingen en verpleegkundigen aan de betrokkenen nauwelijks een verwijt worden gemaakt. De leider van een dergelijke groep kan soms in aanleg voor dit aspect van zijn beroep belangstelling hebben, maar ook dat brengt niet mee, dat daar voldoende organisatorisch inzicht en gezag



aan gepaard gaat om in die situatie verbetering te brengen.

Men kan zich afvragen of niet een veel uitgebreider sociale dienst in een ziekenhuis van dergelijke omvang noodzakelijk zou zijn om al voor het naderend ontslag een begeleiding te geven op afdelingen waar die door de aard van de daar beoefende discipline persoonlijke zorg onvermijdelijk tekort moet schieten.

Het is waarschijnlijk dat op een vraag van die strekking van verpleegkundige zijde geantwoord zal worden, dat de oplossing veeleer zal liggen in de aanwezigheid van gediplomeerd verpleegkundig personeel in voldoende aantallen.

Dit is niet geheel juist. De begeleiding van verpleegkundige zijde kan in veel opzichten tot verzachting van het niet-fysieke lijden of ongemak bijdragen. Wat patiënten ontberen, die niet eens weten wie hun "behandelende arts" is, of die degenen die zij als zodanig beschouwen nooit zien, is voorlichting over hun toestand en vooruitzichten. Er zijn artsen, die de kunst verstaan, "de gehele waarheid en niets dan de waarheid" aan de patiënt duidelijk te maken. Die zouden als algemene voorlichters moeten worden tewerkgesteld, en mogelijk zouden zij iets van hun ervaring op dit punt in het kader van een opleiding kunnen doorgeven. Percentsgewijze zou hun bezoldiging heel wat meer soelaas opleveren, dan een evengroot bedrag besteed aan instrumentaria die enkele malen per jaar wordt gebruikt.

- 10.9 Samenvattend kan worden geconcludeerd, dat tuchtrechtelijke samenwerkingsvormen die tot gedeelde verantwoordelijkheid leiden problemen oproepen, in die zin, dat toerekening van schuld moeilijker zal zijn. Daarbij gevoegd moet worden, dat klachten in het algemeen op één arts betrokken worden, ook als er van samenwerking sprake is, hetgeen niet onzelden tot afwijzing van klachten leidt, die in wezen gegrond zijn, maar tegen de verkeerde partij gericht. Hetzelfde doet zich voor bij waarneming, omdat klachten betreffende voorvallen tijdens de waarneming opgekomen uiteraard tegen de waarnemers gericht worden, blijft de arts voor wie waargenomen wordt buiten schot, hoewel herhaaldelijk blijkt, dat de wijze waarop de waarneming is geregeld en de wijze waarop de waarnemer is ingelicht zodanig zijn dat tuchtrechtelijk ook de arts voor wie waargenomen wordt nalatigheid verweten kan worden. Indien de klacht niet tegen de laatste gericht is, is het Tuchtcollege niet bij machte hem in de zaak te betrekken. Slechts een andere regeling van het klachtrecht zou hierin verbetering kunnen brengen. Van zeer groot belang is de vastlegging van gege-

vens, waarop een waarnemer kan afgaan, hetgeen slechts sporadisch voorkomt. De vraag mag gesteld worden of de waarnemer wel aanvaarden mag, dat hem zonder enig verder gegeven de verantwoording voor een heel patiëntenbestand wordt overgedragen. Daar waar, vooral in ziekenhuizen behandelingen van groter omvang plaatsvinden, waarbij altijd een aantal zorgverleners gezamenlijk betrokken zijn, die dikwijls hun volle aandacht voor de eigen zaak nodig hebben en niet hetgeen verder geschiedt kunnen opnemen, is het dikwijls moeilijk of onmogelijk vast te stellen bij wie de schuld van een fout of een omisse ligt, terwijl die toch ernstige gevolgen kunnen hebben. In veel gevallen moet aangenomen worden, dat in wezen de complexiteit van de behandeling die een heel team noodzakelijk maakt, de grondoorzaak van de fout moet worden geacht, en dat als een veel uitvoeriger verslaggeving mogelijk zou zijn geweest, de conclusie zou moeten zijn, dat geen fout van een der participanten, individueel als directe oorzaak van wat fout was kan worden aangewezen. In dergelijke omstandigheden past ook de tuchtrechter voorzichtigheid.

Tegen geneeskundige directeuren van ziekenhuizen worden wel eens klachten gericht, die gebaseerd zijn op behandelingen van patiënten waarbij personen in dienst van het ziekenhuis betrokken waren tegen wie persoonlijk geen klachtgronden worden bevonden. Van samenwerking met de behandelende groep is daar geen sprake, en zelfs wanneer ook de organisatie van het ziekenhuis, of de daaraan klevende gebreken mede tot onderwerp van de klacht worden gemaakt, plegen op deze directeuren geen maatregelen te worden toegepast omdat hun schuld aan de betrokken feiten niet aanwezig is. Een oplossing tegen de "ongrijpbaarheid" van een team is hier niet gelegen. Opmerking verdient dat het meer gaat om fouten bij de eigenlijke medische behandeling. Het optreden van teams kan ook klachten met betrekking tot de nabehandeling en de persoonlijke bejegening meebrengen. Hier liggen afzonderlijke verantwoordelijkheden in theorie allereerst op de leider van het team, die althans zorg moet dragen dat aan dit punt alle nodige aandacht besteed wordt, en vervolgens op allen, die geheel of gedeeltelijk bij de nazorg betrokken zijn.

#### Noten bij paragraaf 10

- 10.2 a. M.C. 1970, pag. 948, Rang-Rechtspraak Medisch Tucht recht no. 272;
- b. M.C. 1970, pag. 949, Rang no. 273;
- c. M.C. 1976, pag. 339, Rang no. 313;

- d. M.C. 1971, pag. 419, Rang no. 275;
  - e. M.C. 27 november 1981;
  - f. M.C. 31 december 1981;
- 10.4 a. Evenals ten aanzien van de in par. 9.3 vermelde beslissing werd openbaarmaking in het algemeen belang niet gewenst geoordeeld, waarbij de overweging een rol speelde, dat het aannemen van (mede)schuld in een beslissing ten aanzien van een arts -ook al wordt die niet met name genoemd- tegen wie geen klacht is gericht en die dus geen verweer heeft kunnen voeren, publicatie niet mogelijk maakt.
  - 10.5 a. Deze beslissing (d.d. 19 mei 1981) zal bij het verschijnen van dit pre-advies openbaar gemaakt zijn.
  - 10.6 a. De vraag t.a.v. verantwoordelijkheid loopt vanuit het oogpunt van toepassing van het Tucht-recht dus niet altijd parallel met die van tuchtrechtelijke aansprakelijkheid. Daar overweegt de schuldvraag.
  - 10.7 a. Voorzien zowel in het ontwerp voor een wet op de Verpleegkundigen, (Bijlagen Handelingen II<sup>e</sup> Kamer zitting 1980-81 no. 16724 - 1-3) als in het Voorontwerp voor de B.I.G.
  - 10.8 a. Een voorbeeld is de beslissing van MTC Amsterdam d.d. 4 juni 1973 MC 1973 pag. 1131, Rang no. 286, waar ondanks de constatering dat de persoonlijke begeleiding was tekortgeschoten toch geen maatregel werd opgelegd.

## 11. Civielrechtelijke Aansprakelijkheid

11.1 In beginsel is de civielrechtelijke aansprakelijkheid van de arts niet anders dan die van de beoefenaren van andere vrije beroepen. Aansprakelijkheid is in de ingewikkelde moderne samenleving een onzeker risico, voor vrije beroepen is de aansprakelijkheid die uit de beroepsuitoefening kan voortvloeien in verhouding groter, omdat deze niet gericht is op een concreet te bepalen en te omschrijven taak. Zowel wanneer de aansprakelijkheid voortvloeit uit de overeenkomsten, die een arts aangaat bij de uitoefening van zijn beroep en die tot zorg-inspannings-verbintenissen leiden, als ook wanneer de aansprakelijkheid uit onrechtmatige daden zou voortvloeien, is de onzekerheid groter. De beoordeling of een handeling onvoorzichtig of onzorgvuldig was, is moeilijker naarmate het handelen minder op een concreet resultaat is gericht. De onzekerheid bestaat aan twee kanten. Zowel bij de arts wordt die onzekerheid gevoeld, als bij de patiënten. Voor de laatsten is dan nog een factor die de onzekerheid vergroot aanwezig, omdat als zij schade lijden, die gewoonlijk bestaat in een achteruitgang van hun fysieke toestand of een geringere verbetering van die toestand dan op grond van de medische behandeling werd verwacht, het bewijs zeer moeilijk te leveren is dat die schade uit onjuist, onvoorzichtig of onzorgvuldig handelen van de arts voortvloeit. In gevallen van samenwerking waarop dit pré-advies betrekking heeft wordt nog een element van onzekerheid toegevoegd; waar meer zorgverleners samen hun zorgen aan een patiënt hebben besteed, die meent dat hij schade heeft geleden zal de vraag rijzen op wie de aansprakelijkheid rust, wat tot nieuwe bewijs-problemen zal leiden.

11.2 Alvorens hieronder met betrekking tot de bovenbesproken samenwerkingsvormen aspecten van civielrechtelijke aansprakelijkheid te bespreken, wordt de volgende opmerking gemaakt:

De contractuele aansprakelijkheid van de arts wordt bepaald door de aard van de overeenkomst die hij met zijn patiënten aangaat. Over de aard van die overeenkomst zijn de gezondheidsjuristen het nog niet eens kunnen worden. Het valt niet binnen het kader van dit pré-advies daarover een mening te formuleren, wel is het nodig de uitgangspunten die bij de behandeling van de contractuele aansprakelijkheid hebben vooropgestaan te beschrijven:

1. Wanneer een overeenkomst met betrekking tot een inspanningsverbintenis leidt tot een aantal inspanningen, die niet steeds dezelfde zijn, die over een langere tijd verspreid kunnen zijn, maar die op één doel gericht zijn, heeft het geen zin, die prestaties afzonderlijk te bekijken met betrekking tot de vraag of

daaraan soms het karakter van een resultaatsverbintenis kan worden gegeven. Ook prestaties waartoe artsen zich verbinden die tot een vrij nauwkeurig te omschrijven resultaat schijnen te leiden, hebben teveel trekken van de inspanningsverbintenis dat van een resultaatsverbintenis mag worden gesproken (a).

2. Een geneeskundige prestatie immers is een beoordeling of een behandeling van een ander mens. Dit element moet invloed hebben op de beoordeling van de prestatie als geheel. Het kan die beoordeling zowel naar de positieve kant als naar de negatieve kant beïnvloeden. Het hoogst persoonlijk of intermenselijk contact met de patiënt is een essentieel onderdeel van iedere hulpverlening in de gezondheidszorg.

- 11.3 Associatie in de huisartsenpraktijk heeft tot vragen aanleiding gegeven. Er bestaat in het algemeen twijfel of binnen een associatie van beoefenaren van een vrij beroep aansprakelijkheid voor de fouten van associé's bestaat. Het is denkbaar dat die vraag nog verschillend zal moeten worden beoordeeld naarmate sprake is van een contractuele of van een wettelijke aansprakelijkheid. De vraag wordt hier opengelaten; aangenomen mag worden dat een van de associé's de huisarts van de betrokken patiënt is en dat de andere associé, als hij de patiënt behandelde toen de fout werd gemaakt als waarnemer optrad. De vraag kan dus tot die van de aansprakelijkheid van de waarnemer teruggebracht worden. Ook op het punt van de aansprakelijkheid van of voor de waarnemer bestaat verschil van opvatting; de meningen doorlopen een volledig spectrum:

van: waarnemer altijd zelf aansprakelijk (a)  
via: waargenomen arts aansprakelijk alleen terzake van culpa in eligendo (b)  
en : geen algemene regel (c)  
tot: arts altijd voor waarnemer aansprakelijk (d).

Nu is de vraag grotendeels van academisch belang. Als de patiënt die meent schade te hebben geleden door een voorzichtig advocaat wordt bijgestaan, die bovenstaand overzicht voor zich heeft opgesteld, zullen beide artsen worden gedagvaard. Om volledigheidshalve toch een standpunt te bepalen diene het volgende:

Uitgegaan moet worden van de figuur dat de huisarts een vaste overeenkomst met de patiënt heeft. Het feit dat in weekends en gedurende een vakantie wordt waargenomen mag in Nederland als een bestendig gebruikelijk beding gelden. De patiënt die zich tot een waarnemer wendt, is gewaarschuwd - bij vakantie door aankondiging - in de weekends door de antwoordtelefoon.

Hij hoeft de waarnemer niet op te roepen, kan zich tot iedere andere arts wenden (e). In beginsel ontstaat een nieuwe overeenkomst met de waarnemer, die dus zelf de aansprakelijkheid voor zijn fouten draagt, zoals hij ook zelf verantwoordelijk is voor zijn medisch handelen. Er is geen sprake van lastgeving om de redenen hierboven in par. 9.2 weergegeven; art. 1427 BW of art. 1403 BW zijn niet toepasselijk: de waarnemer is zelf arts en is in geen enkel opzicht ondergeschikt aan, of geacht te werken op aanwijzingen van de waargenomene. De afspraak tot waarneming is geheel vergelijkbaar met die van de taxi-onderneming die geen wagen thuis heeft en een collega vraagt hem te vervangen, zij het dat daar de klant meestal niet met de vervanging zal hebben ingestemd. Er zijn uiteraard uitzonderingen denkbaar. Als de fout zijn oorsprong vindt in de instructies van de huisarts zal zijn aansprakelijkheid de doorslag geven. Als de waarneming geschiedt door een assistent-arts, op wie art. 1403 BW wel toepasselijk kan zijn, is het mogelijk dat de huisarts zelf voor de gevolgen van de fout moet opkomen.

Interessant is de suggestie van Michiels (f), dat de huisarts die meer vrijaf neemt dan redelijkerwijs uit zijn overeenkomst met de patiënt kan voortvloeien, wanprestatie pleegt, die hem slechts dan voor de fouten van de waarnemer aansprakelijk maakt. Het causaal verband lijkt moeilijk bewijsbaar.

De huisarts is aansprakelijk voor alle fouten van zijn assistente. Ook voor de fouten van de assistent-geneeskundige die bij hem in de leer is zal hij wellicht aansprakelijk kunnen worden gesteld, al is er aanleiding aan te nemen dat eerder lid 4 van artikel 1303 BW van toepassing zal zijn, dan lid 3, hetgeen ook lid 5 toepasselijk zou maken (g). Dat daarvoor voorts aanleiding kan zijn, gezien het feit dat ook de assistent-arts de nodige bekwaamheden heeft verworven, is vanzelfsprekend. In de praktijk plegen de assistent-artsen een eigen aansprakelijkheidsverzekering te hebben.

- 11.4 Voor de extra-murale praktijk van specialisten zullen dezelfde overwegingen kunnen gelden. Er is meer aanleiding om de mogelijkheid van gezamenlijke aansprakelijkheid als mogelijk te veronderstellen, dan waar huisartsen optreden, omdat associaties van bepaalde specialismen wel bij eenzelfde behandeling van een ziektegeval afwisselend betrokken zijn. Ook hier zal dus de goed geadviseerde patiënt beide artsen aanspreken. Voor helpers in dienst is ook de specialist volledig aansprakelijk, al zijn zij als het om ernstige fouten gaat, mede zelf aansprakelijk.

Hoewel de samenwerking van de specialist met andere disciplines van zorgverleners in de gezondheidszorg buiten het kader van dit pré-advies valt, lijkt het juist op te merken, dat er argumenten zijn om

aan te nemen, dat een fout van een zorgverlener die overeenkomstig de adviezen van de specialist of op diens bestelling bepaalde prestaties verricht ten behoeve van een patiënt van de specialist, niet ten laste van de specialist kan komen, tenzij diens keuze van die hulppersoon of diens aanwijzing (mede) tot de fout aanleiding heeft gegeven. Bij een inspanningsovereenkomst behoort geen garantie dan die van de nodige inspanning en de juiste gerichtheid daarvan (a).

11.5 De werkelijke problemen op het punt van aansprakelijkheid van zorgverleners in de gezondheidszorg liggen bij de claims van patiënten die menen schade geleden te hebben ten gevolge van behandeling in het ziekenhuis. Daar het bij behandeling in het ziekenhuis om ernstiger aandoeningen gaat of om ingrijpendere behandeling liggen hier ook de ernstige gevallen van schade en de zwaarste aansprakelijkheden. Doordat bij de behandeling in een ziekenhuis altijd meerdere zorgverleners bij de behandeling van een patiënt betrokken zijn en dit aantal bij ernstige zieken gewoonlijk groter is, is het voor de patiënt die vaak pas na de behandeling ontdekt dat hij schade heeft geleden, zeer moeilijk na te gaan wie hij verantwoordelijk moet stellen. Voegt men daarbij de omstandigheid, dat de relatie van de leidende specialisten en vaak ook van andere in het ziekenhuis werkzame artsen met het ziekenhuis op verschillende wijze geregeld kan zijn, dan is het duidelijk, dat de positie van de gelaedeerde zeer wordt verzwaaard en dat door juristen gezocht wordt naar mogelijkheden om die positie te verbeteren. Daarbij wordt gezocht naar juridische constructies die de aansprakelijkheid zoveel mogelijk bij het ziekenhuis concentreren, zowel omdat daar de verhaalsmogelijkheden het grootst zijn (dus: de verzekering wel adequaat zal zijn) als omdat de actie dan op een rechtspersoon geconcentreerd kan worden. Hierop wordt hieronder nader ingegaan. Twee opmerkingen vooraf: Het grootste bezwaar, dat noch door wetsbepalingen, noch door juridische constructies kan worden voorkomen, is het bewijs dat de schade die de patiënt meent te hebben geleden of te zullen lijden, het gevolg is van een fout. Wanneer de patiënt niet hersteld of zelfs nog zieker uit het ziekenhuis thuis komt is het geenszins zeker, zelfs als er een fout in de behandeling aangetoond kan worden, dat die fout causaal verband heeft met de ingetreden toestand en dat de toestand waarin een patiënt zich bevindt niet het gevolg is van de constitutie van de patiënt. Welke wettelijke regeling men ook zou treffen, hier ligt een probleem dat niet te omzeilen is.

11.6 Voorzover men de acties die openstaan wil concentreren, worden constructies voorgesteld waarbij zoveel

mogelijk personen onder de werking van artikel 1403 lid 3 BW worden gebracht. Hierover een tweede opmerking vooraf ! Voor de toepassing van artikel 1403, lid 3 BW is, naar men aanneemt naast dienstverband civielrechtelijk of publiekrechtelijk, een verhouding vereist tussen de veroorzaker van de schade en degeen die aansprakelijk kan worden gesteld, krachtens welke verhouding de laatste werkzaamheden heeft opgedragen en de eerste daarbij niet zelfstandig, doch onder leiding of op aanwijzing heeft gehandeld.

In het Nuboer-arrest (a) heeft de Hoge Raad zeer duidelijk uitgesproken, dat de leden van het team dat Nuboer bijstond - "drie gekwalificeerde artsen als assistenten en een gekwalificeerde operatiezuster" - niet konden worden aangemerkt als ondergeschikten in de zin van artikel 1403 lid 3 BW. In de noot met betrekking tot dit arrest in *Ars Aequi* blijkt dat Maeyer het arrest zo leest, dat ten aanzien van de assistenten en de verpleegster wel van ondergeschiktheid sprake was, maar dat dit niet meebracht ondergeschiktheid bij de werkzaamheden voor en ten behoeve van Nuboer.

Er is een andere verklaring voor de opvatting van de H.R. te geven, en wel dat van ondergeschiktheid in het geheel geen sprake was. Een vrij beroep - ook al wordt dat uitgeoefend in het kader van een dienstverband - kan moeilijk uitgeoefend worden in een positie van ondergeschiktheid (b). Dat verhindert niet, dat het uitgeoefend wordt binnen het kader van een overeenkomst, die tal van verplichtingen meebrengt, waaronder het zich voegen naar regelingen en beperkingen die voor het uitoefenen van het beroep in dat kader nodig zijn (c). Maar de eigenlijke beroepsuitoefening, waarom het uiteindelijk gaat, wordt geheel door de vrije beroepsbeoefenaar bepaald; op dat punt behoort hij zich niet te laten voorschrijven. Of nu een specialist werkt in het kader van een overeenkomst met het ziekenhuis, waaraan tal van verplichtingen verbonden zijn, of in het kader van een dienstbetrekking, maakt voor zijn onafhankelijkheid als arts geen verschil. Het belangrijkste deel van zijn werk, het verlenen van zorg in een heel bijzondere intermenselijke verhouding, aan een patiënt, wordt bepaald door zijn eigen inzicht en geweten en heeft met de juridische verhoudingen die hij heeft aanvaard niets te maken. Dat hij in een samenwerking met andere artsen de leiding van een of meer dier anderen aanvaardt - zoals bij samenwerking nu eenmaal vaak nodig is - betekent allerm minst dat die anderen daarmee in die mate ondergeschikt zouden worden, dat de leiding-nemer als consequentie van zijn leiderschap nu de aansprakelijkheid moet dragen voor fouten waaraan hij geen schuld heeft.

Mogelijk is, dat mag worden aangenomen, dat voor assistent-artsen in opleiding (uit het arrest Nuboer blijkt niet precies welke status de assistenten hadden) de opleider aansprakelijk is, ex lid 4 van ar-



tikel 1403 BW, zoals ook hierboven ten aanzien van de huisarts in opleiding is betoogd. Het tegenbewijs dat lid 5 voor dit geval mogelijk maakt lijkt een redelijke verdeling van de schuldvraag mogelijk te maken.

- 11.7 Gaan wij nu eerst de positie van de verpleegkundige na, die bij de Nuboer-operatie als lid van het team optrad en niet als ondergeschikte in de zin van artikel 1403 lid 3 BW is beschouwd. Zij was in dienst van het ziekenhuis en verrichtte haar taak als zodanig, dus ter vervulling van een verplichting die - althans primair - op het ziekenhuis rustte (a) en zoals het arrest vaststelt niet "voor en ten behoeve van Nuboer". Op de achtergrond van het geval treden nog veel meer verpleegkundigen op: in zijn verweer heeft Nuboer aangevoerd dat "theoretisch een van de verpleegsters, waarvan er een veertiental op de operatie-afdeling werken een slordigheid zou kunnen hebben begaan" (die dan door het team niet zou zijn opgemerkt) (b).

Het is ondenkbaar dat men zou willen betogen dat die andere, op de operatiekamer werkende (maar niet bij het opereren direct betrokken) krachten in een positie van ondergeschiktheid aan de leider van het operatieteam waren bij de operatie. Voorzover zij een fout zouden maken komt die voor de aansprakelijkheid van het ziekenhuis, waarbij zij in dienst zijn.

Wat, als de operatiezuster niet gekwalificeerd is? Dan is, als zij een fout maakt, in beginsel de arts met wie zij werkt mede aansprakelijk, omdat hij aanvaard heeft met haar te werken (b). Hij zal evenwel mogen aantonen, dat hem geen schuld treft, als het ziekenhuis hem heeft gegarandeerd dat zij de vereiste vaardigheid bezat. Ook zal hij zich kunnen verontschuldigen als er geen uitstel mogelijk was en de gekwalificeerde kracht niet beschikbaar.

Tot goed begrip: hier wordt niet betoogd, dat de verpleegkundige niet ondergeschikt zou zijn; wel dat hij of zij een zo eigen taak - gericht op het verlenen van zorg in een intermenselijke verhouding tot een patiënt - heeft, dat in tal van gevallen die taak, op aanwijzing van de behandelende geneeskundige, zelfstandig kan en mag worden uitgevoerd en dat onder die omstandigheden niet naast de ondergeschiktheid aan het ziekenhuis, nog een bijzondere ondergeschiktheid aan de arts die zij bijstaat zou ontstaan (d). Dat er omstandigheden denkbaar zijn dat dat wel het geval is lijkt waarschijnlijk en zal van geval tot geval uit te maken zijn.

- 11.8 Gaat men met inachtneming van de in de vorige paragrafen ontwikkelde gedachtengang, de aansprakelijkheden na die bij samenwerking in het ziekenhuis ontstaan, dan is op sommige punten het beeld van de aansprakelijkheid in het ziekenhuis iets eenvoudiger dan sommige auteurs voor ogen staat, althans wat be-

treft de toepassing van artikel 1403 BW. Wat de contractuele aansprakelijkheid betreft moet worden nagegaan wat de werking van artikel 1427 BW zal zijn. Op zich mag voor de arts-in-situatie aangenomen worden, dat het ziekenhuis voor de fouten van die artsen aansprakelijk is, hetgeen ook geldt voor de verpleegkundigen. Een probleem rijst als men met Hofman-Drion-Wiersma aanneemt, (a) dat de aansprakelijkheid voor hulppersonen niet opgaat in geval het gaat om een inspanningsverbintenis. Het geneeskundig deel van de prestatie van het ziekenhuis is dat zeker. Er is voor genoemde theorie in dit verband ook wel wat te zeggen, zeker als men aanneemt dat de artsen en tot zekere hoogte ook de verpleegkundigen een taak verrichten, die zij zelf bepalen en waarvoor zij een geheel van eigen inzicht afhankelijke inspanning moeten opbrengen, die door degenen die zich van hen bedienen niet te voren te bepalen is.

Wijst men de theorie af, dan is het ziekenhuis voor hun fouten aansprakelijk. Zo niet, dan zijn zij zelf aansprakelijk, de fout die zij maken is practisch altijd een onrechtmatige daad en uit dien hoofde is het ziekenhuis ex art. 1403 lid 3 BW mede aansprakelijk. Intussen mag aangenomen worden, dat hier geen problemen zullen rijzen. Het staat de ziekenhuizen vrij ten behoeve van de patiënten het risico van fouten van de artsen en hulppersonen in dienstverband te verzekeren ongeacht de vraag waar de aansprakelijkheid ligt en op die wijze zijn veel (de meeste, alle ?) ziekenhuizen verzekerd.

De niet bij het ziekenhuis in dienst zijnde specialist draagt een eigen contractuele aansprakelijkheid. Tegen hem zal door een patiënt die meent schade te hebben geleden een afzonderlijke actie moeten worden ingesteld.

- 11.9 Het is aannemelijk dat in practisch alle gevallen ten aanzien van het ziekenhuis naast de contractuele aansprakelijkheid die uit artikel 1403 lid 3 (of lid 4) bestaat en, ten aanzien van de betrokken personen die uit artikel 1401 BW. Dat een dienstbetrekking van een vrije beroepsbeoefenaar geen ondergeschiktheid meebrengt, behoeft niet te betekenen dat artikel 1403 BW niet toepasselijk zou zijn. Ten tijde van het tot stand komen van artikel 1403 BW was dienstbetrekking van een vrije beroepsbeoefenaar onbestaanbaar. Pas de uitbreiding van de sociale consequenties van de arbeidsovereenkomst heeft die figuur meegebracht. In het geheel van de voorwaarden en voorzieningen die een arbeidsovereenkomst meebrengt is een economische afhankelijkheid besloten die aansluit bij het beginsel dat de fout van degenen die in die rechtsverhouding staat tot degenen van wie hij afhankelijk is (en in wiens gareel van formele regels en voorschriften hij moet werken, zie boven) voor rekening van de laatste komt (a). Bij die verhouding past een aansprakelijkheid van de werkgever, ook al is de

ondergeschiktheid die artikel 1403 lid 3 BW voorziet niet in de vorm van wat destijds werd voorzien aanwezig.

Er is dus geen bezwaar voor de fout van de "all-in-specialist" het ziekenhuis aansprakelijk te stellen.

De toegelaten specialist draagt de aansprakelijkheid ex art. 1401 BW zelf, voor fouten van andere artsen draagt hij geen aansprakelijkheid behoudens in het geval hij opleider is, (ex art. 1403 lid 4 BW) en voorzover de fout van een ander mede te wijten zou zijn aan zijn diagnose keuze van therapie of instructies. Een probleem is, dat de patiënt zich zelden bewust is, dat hij in een contractuele verhouding staat ten opzichte van de specialist die hem in het raam van de hele ziekenhuisopname behandelt. Er is een zekere verplichting van het ziekenhuis op dit punt duidelijkheid te verschaffen. Of het nalaten daarvan ooit schade zou kunnen opleveren (door het niet kunnen instellen van een actie ?) zoals Maeyer betoogt lijkt fragielijk. (b). Sluyters gaat verder (c). De patiënt die in het ziekenhuis wordt opgenomen zou er op vertrouwen en gaat ervan uit, dat de volledige verzorging, verpleging en medische behandeling in handen is van het ziekenhuis. Daarom zou het ziekenhuis op grond van toerekenbare schijn in het algemeen aansprakelijk moeten worden gesteld voor alle fouten in het ziekenhuis gemaakt. De reeds hierboven ten tonele gevoerde voorzichtige advocaat zal een actie niet alleen op deze stelling gronden.

- 11.10 De gekwalificeerde operatiezuster, voor wie de arts bij wie zij assisteerde niet aansprakelijk werd geacht door de Hoge Raad, was dus zelf aansprakelijk geweest, stel dat haar de fout zou kunnen zijn toegerekend. Ook het ziekenhuis, waar zij in dienst was, was dan voor haar fout aansprakelijk geweest zo de actie tegen het ziekenhuis was ingesteld.
- Of alle veertien verpleegsters die Prof. Nuboer als mogelijke schuldigen aan het niet opmerken van een injectienaald in de gereedgemaakte compressen aanwees, ook gekwalificeerd waren is uit de arresten niet op te maken. De kans dat dat niet het geval was, zou ten huidige dage zeer groot zijn geweest. Ook de leerling-verpleegkundigen en mogelijke ziekenverzorgenden plegen bij de ziekenhuizen in dienst te zijn, al of niet tijdelijk. Voorzover zij werkzaam zijn ten behoeve van een arts onder wiens direct toezicht zij staan, dus door hem gebruikt worden in zijn werkzaamheden, zal ook de arts voor haar fouten aansprakelijk zijn, ex art. 1403 lid 3 BW.
- Er is hier theoretisch een samenloop van aansprakelijkheden. Daar het ziekenhuis aansprakelijk

is, is de kans dat de arts aangesproken wordt niet groot. Maar aangenomen zal moeten worden, dat in dat geval de arts regres heeft op het ziekenhuis. De volledige dienstbetrekking brengt een zwaarder wegende aansprakelijkheid mee (a).

11.11 Nog onbevoegde studerende -zgn. co-assistenten- worden in het ziekenhuis tijdens hun stage voor kleinere geneeskundige handelingen gebruikt. Zij staan in beginsel onder toezicht van een arts, die voor hun handelen aansprakelijk is, wanneer zij een fout maken, die te wijten is aan gebrek aan toezicht of onjuiste instructie. Hij zal niet als "werkmeester of onderwijzer" in de zin van artikel 1403 lid 4 BW kunnen worden beschouwd. Voor buiten toezicht of tegen instructie gemaakte fouten, waardoor schade is ontstaan is de student zelf aansprakelijk. Gewoonlijk is hij verzekerd. Het ziekenhuis dat hem onverzekerd heeft toegelaten zal daarvoor aansprakelijk kunnen worden gehouden.

11.12 Met betrekking tot de aansprakelijkheid van teamwork -het ultimatum van samenwerking- behoeft na het voorgaande niet veel meer gezegd. De aansprakelijkheid van de deelnemers is altijd een persoonlijke, en rust op de schuldige (a). Theoretisch kan het voorkomen, dat meer dan een teamgenoot voor een fout aansprakelijk kan zijn, als bijvoorbeeld een specialist een onjuiste diagnose stelt en de ander daarop doorgaat terwijl hij redelijkerwijs de fout had moeten bemerken. In de praktijk zal dit niet meer moeilijkheden opleveren dan bij aansprakelijkheid van één teamgenoot. Bijzondere moeilijkheden, die bij aansprakelijkstelling wegens fouten bij team-behandeling zich voordoen, liggen vrijwel geheel in de sfeer van het bewijs. Dat de patiënt dikwijls niet kan weten bij wie de fout ligt is begrijpelijk; als hem dat niet wordt medegedeeld -en het hoort bij de informatieplicht van iedere arts om fouten die zijn gebleken aan de patiënt mede te delen- ligt dat gewoonlijk aan het feit, dat niet vast is komen te staan waar een fout ligt. Als dat onzeker is, zal vaak geen duidelijke mededeling worden gedaan. Er behoort dan overleg gepleegd te worden wie van de team-leden dat aan de patiënt mededeelt. Deze zal daar niet veel verder mee komen, nog afgezien van de vraag of zal komen vast te staan dat er schade is. De oplossingen voor deze problemen zijn ingegeven door de gedachte, dat hier een onbillijkheid ligt waaraan moet worden tegemoetgekomen. Zonder uitzonderingen op het stelsel van ons aansprakelijkheidsrecht te maken -die tot andere onbillijkheden kunnen leiden- is dat niet mogelijk. Een omkering van de bewijslast zou tot zeer veel pro-

cedures leiden. Veel patiënten zijn van oordeel dat een fout bij hun behandeling is gemaakt als het verwachte resultaat is uitgebleven. Ook als men een gedeeltelijke verschuiving van de bewijslast voorstaat (b) is het probleem niet opgelost. Achter het gebrek aan openheid dat de artsen wordt verweten -vaak niet ten onrecht- schuilt ook onzekerheid omtrent de ware oorzaak van wat de patiënt als fout en schade ervaart. Bewijs van afwezigheid van een niet te determineren fout is nog moeilijker dan het stellen daarvan.

Het aansprakelijk houden van een groep van X-I onschuldigen is een paardenmiddel waartegen te veel bezwaren en weinig voordelen staan. (c). Een ernstig probleem tenslotte ligt op het punt van het beroepsgeheim. De opvatting dat de patiënt de arts van zijn geheimhoudingsplicht kan ontslaan is in zijn algemeenheid niet juist. Iedere mededeling van een arts over wat hij van een ziektegeval of van een patiënt weet, zonder medische noodzaak gedaan is schending van het beroepsgeheim; alle patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat dit niet dan in uiterste noodzaak geschied. Het gebruik van verklaringen van artsen in processen leidt tot afbrokkeling van het bewustzijn van het publiek dat aan de arts veilig mededelingen kunnen worden gedaan. De oplossing zal liggen in een wetswijziging die volledige aansprakelijkheid van het ziekenhuis meebrengt of een wijziging in het systeem van verzekering. (zie par. 12)

#### Noten bij paragraaf 11

- 11.2 a. Twijfel hierover bij Prof.mr. J.M.M. Maeijer in "de Geneesheer en het Recht", Medisch Recht (pag. 20)
- 11.3 a. Mr. L.D. Vorstman "De aansprakelijkheid van de medicus voor beroepsfouten door hem of zijn helpers gemaakt" (pag. 165)
- b. Mr. C. Berkhouwer - idem (pag. 98)
- c. Mr. B. Sluyters - Medische Aansprakelijkheid in Amerika en Nederland, Medisch Recht 7 (pag. 43)
- d. Meerderheid van werkgroep in preadvies 1973 voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht, getiteld: "Juridische Aspecten van de Relatie Ziekenfonds-medewerker-verzekerde", Medisch Recht 7 (pag. 89, 90)

- e. Althans wanneer hij geen ziekenfonds-patiënt is, maar dat doet aan het beginsel niet af.
  - f. Mr. I.P. Michiels van Kessenich-Hoogendam "Beroepsfouten".  
Studieproject (No. 40): arts gaat 6 maanden op safari als voorbeeld van afwijking van de regel dat waarnemer zelf aansprakelijk zou zijn. Tegen dit voorbeeld: Mr. B.C. Schultsz in Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1977 (pag. 275)
  - g. De theorie dat art. 1403 lid 3 BW op alle hulpkrachten in opleiding toepasselijk is heeft aandacht op lid 4 niet nodig gemaakt. Als men aanneemt, dat assistent-artsen niet als ondergeschikt aan de opleider kunnen worden beschouwd is toepasselijkheid van lid 4, mede gezien de werking van lid 5 een aannemelijke oplossing. De bepaling komt in het BW niet meer voor.
- 11.6
- a. H.R. 31 mei 1968 N.J. 1968 pag. 323 AA 1969 mo Maeijer
  - b. Vgl. "De advocaat in dienstbetrekking en zijn cliënt, door schrijver dezes in Non Sine Causa pag. 19
  - c. Mr. G.J. de Groot - Moderne Ontwikkelingen rond de medische aansprakelijkheid van het ziekenhuis (Gezondheidsrecht 80/5 pag. 184) is daarentegen van oordeel dat de verplichtingen die een specialist op zich neemt krachtens de modelovereenkomst ziekenhuis - medisch specialist (LSV-Nationale Ziekenhuisraad, april 1977) zoveel verplichtingen van de arts-specialist ten opzichte van het ziekenhuisbestuur medebrengen dat gesproken kan worden van een ondergeschiktheid-relatie die het ziekenhuis ook voor de arts-out aansprakelijk maakt.
- 11.7
- a. Het ziekenhuis verschafft de patiënt een volledig geëquiperde en bemande operatiezaal.
  - b. Rechtsoverweging (17b) van het arrest van het Hof, overgenomen in het arrest van de H.R.
  - c. Afgezien van de aansprakelijkheid van het ziekenhuis waar zij in dienst is.
  - d. De aansprakelijkheid van de arts als er ook een dienstverband met het ziekenhuis bestaat, moet geacht worden bij die van het ziekenhuis achtergesteld te zijn. Zie voor een vergelijkbare situatie H.R. 28 mei 1971 NJ 1971, en vooral de noot G.J.S.

- 11.8 a. Hoffman-Drion-Wiersma II pag. 260
- 11.9 a. Hier zijn niet bedoeld de regels van de model-overeenkomst (zie hierboven noot 11.6.c.) maar de regels van de arbeidsovereenkomst en de afhankelijkheid bij salariëring
- b. Maeijer, preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht 1970 N.J.B. 1970, pag. 881
- c. Sluyters, t.a.p. pag. 64
- 11.10 a. Zie voor dit beginsel hierboven noot 11.7.d.
- 11.12 a. en voorzover van dienstverband sprake is, op het ziekenhuis.
- b. Sluyters t.a.p. 9.10.1
- c. Zie Maeijer noot AA 69 pag. 100

12. Zijn de bestaande assurantievormen doelmatig ?

- 12.1 Vanuit het gezichtspunt van de jurist betekent een fout waardoor schade veroorzaakt wordt een schadeclaim. Het recht brengt mee dat schade vergoed moet worden; degenen die schade veroorzaakt heeft is voor die vergoeding aansprakelijk. Het is onrecht wanneer schade niet vergoed wordt. De jurist erkent daarbij ook -soms met enige moeite- dat schade waarvan de veroorzaker niet aan te wijzen is onvergoed zal kunnen blijven -het publiek allang niet meer. De fout-schadedader-claim-denktrant wordt door de jurist verbonden met de zich voordoende vragen: is er schade ? - is er causaal verband? - is er schuld? - zijn er verzachtende omstandigheden, die tot matiging van de claim leiden ?
- Niet zo de gemiddelde medicus, in veel gevallen geïnspireerd door assuradeuren (onbedoeld, maar onmiskenbaar). De pre-occupatie met aansprakelijkheid is in de medische wereld groot en zal, onder omstandigheden het handelen van medici beïnvloeden. Er is geen twijfel, of er wordt aanzienlijk meer research verricht dan strikt nodig is, om gedekt te zijn voor het geval het nalaten eventueel tot een - al of niet gerechtvaardigde - schadeclaim zou leiden. Ook het publiek is immers "claim-conscious" en wordt daarin gesteund door juristen.
- De Nederlandse rechtspraak zal nooit ontaarden tot Amerikaanse toestanden; maar rechters denken als juristen en zijn niet geneigd ten aanzien van artsen gemakkelijk verzachtende omstandigheden aan te nemen, vooral niet, omdat zij toch verzekerd zijn: wie schade lijdt moet zo mogelijk

vergoeding krijgen. De assuradeuren moeten van hun kant de schadeclaim bestrijden of trachten te verminderen, hetgeen tot diepgaand onderzoek, procedures en onderhandelingen leidt, waarbij de zorgverlener aan wie een fout wordt verweten onvermijdelijk betrokken wordt. Zelfs de meest integere persoon wordt onbewust beïnvloed door een tegen hem gericht onderzoek, wanneer daar de dreiging van een conflict boven hangt, in die zin, dat hij geneigd zal zijn het beeld van de gebeurtenis zo gunstig mogelijk, misschien wel te gunstig af te schilderen. Dit zal, ook bij onderzoek van fouten, de vaststelling van de oorsprong van de fout, uit preventief oogpunt zo noodzakelijk, bemoeilijken. Zo dreigt het risico dat de instelling van menig arts teveel gericht wordt op preventie van aansprakelijkheid in plaats van op volledig voldoen aan zijn verantwoordelijkheid in medisch opzicht.

- 12.2 Zoals in par. 11 uiteengezet is juist waar de geneeskunde in samenwerking wordt uitgeoefend, en in het bijzonder in het ziekenhuis, het komen tot vaststelling van de feitelijke gang van zaken - wanneer eenmaal sprake is van een gemaakte fout - zeer moeilijk. De patiënten, die schade lijden, zijn daardoor in een ongunstige positie, hetgeen vooraanstaande juristen ertoe brengt systemen voor te stellen, die afwijken van die in het gewone recht worden toegepast, om die patiënten "aan hun trekken te laten komen".
- Op de voorgrond komen daarbij een zekere mate van omkering van de bewijslast, waardoor als de claim aan zekere eisen voldoet de arts of artsen maar moeten bewijzen geen schuld te hebben (a); en de suggestie de aansprakelijkheid voor fouten gemaakt in het ziekenhuis ten laste van het ziekenhuis te brengen, dat zich dan tegen dat "bedrijfsrisico" kan verzekeren en de premie kan brengen ten laste van degenen die in feite als mogelijke aansprakelijken voor de gevolgen van hun fouten moeten worden beschouwd.
- Aan deze oplossingen blijft het bezwaar kleven, dat deze potentieel aansprakelijke personen onder de bedreiging van een persoonlijke claim blijven staan, wel financieel gedekt, maar moreel met dezelfde druk als wanneer zij zelf verzekerd zijn. Verzekerde blijft in dit systeem het ziekenhuis (al of niet bedrijf) waarvan de ondergeschikten de schade veroorzaakt hebben of zelfs: waar de schade, door wie ook veroorzaakt, is ontstaan. De claim zou tegen het ziekenhuis gericht moeten worden; als de verzekeraar zou oordelen dat er geen fout is, dat er geen causaal verband is tussen fout en schade, dat er geen verwijtbaar handelen of nalaten aan de orde is, zal zich onderhandeling en wellicht een procedure voordoen,



waarbij alle participanten aan de behandeling die tot een beweerde fout leidde, zullen worden betrokken; de bewijsproblemen worden in wezen eerder groter. Dreiging van een conflictsituatie zal in deze oplossing boven het hoofd van de geneeskundigen en andere zorgverleners die in het ziekenhuis samenwerken blijven hangen, met alle bovenomschreven bezwaren die daaraan verbonden zijn. Daarbij dient overwogen te worden, dat het werk dat in ziekenhuizen door teams moet worden verricht tot de zwaarste en moeilijkste taken in de toepassing van de geneeskunde gerekend kan worden.

- 12.3 De vraag mag worden gesteld of het vergroten van het risico dat zorgverleners aan claims worden blootgesteld, terwille van de op zichzelf gerechtvaardigde aanspraken van gelaedeerden, opweegt tegen de vergroting van de pre-occupatie met het risico van aansprakelijkstelling dat niet alleen de rust bij het werk voor sommigen verstoord, maar - uit een oogpunt van algemeen belang nog schadelijker - het onderzoek naar de oorzaken van fouten en ongevallen bemoeilijken zal, zelfs als de betrokkenen in beginsel bereid zouden zijn openhartig mee te werken. Er kan gesteld worden, dat onderzoeken naar fouten heilzaam zijn en dat onderzoek in eigen kring onvoldoende is, zodat het risico van het proces over de schade een heilzame invloed zal hebben. Het is een kwestie van afwegen of de nadelen hiertegen opwegen. Het materiële element dat bij een claim van een gelaedeerde op de voorgrond komt, is altijd een storende factor. Versterking van het medisch tuchtrecht door de klachten van de klachtgerechtigden op deskundige wijze in te doen dienen en te laten behandelen zal het tot stand komen van grondig onderzoek van klachten buiten de materiële sfeer mogelijk maken. Daarbij dient bedacht, dat heel wat ruimer klachtmogelijkheid op tuchtrechtelijk gebied mogelijk is dan waar het uitsluitend om schade gaat. Er is geen wezenlijk belang van patiënten bij het instellen van claims tegen artsen, wanneer hun materiële aanspraken kunnen worden geëerbiedigd.

- 12.4 Er behoeft geen afweging van de materiële belangen van de gelaedeerden tegenover het belang van de medische stand - voor zover in het ziekenhuis werkzaam - wanneer de eigenlijke belanghebbenden, de patiënten, zelf verzekerd zouden zijn en aan hun klachten aandacht wordt besteed. De gedachte van wat in Amerika een no-fault-verzekering heet, een dekking tegen alle schade in bepaalde omstandigheden te lijden, voor ieder die behandeld wordt in een ziekenhuis bestaat al geruime tijd en is in de Verenigde Staten op enkele plaatsen in praktijk gebracht, een verplichte verzekering

voor ieder die in het ziekenhuis behandeld wordt, waardoor alle schade die het gevolg is van onjuiste, ondoelmatige of onzorgvuldige behandeling wordt gedekt. - en niet meer alleen schaden gevolge van - aan te tonen - verwijtbaar handelen of nalaten.

Een wezenlijk probleem behoeft de omschrijving van het verzekerde risico niet op te leveren. Er is thans veel ervaring opgedaan bij ziekteverzekeringen ten aanzien van tal van aandoeningen, zodat voor een groot deel van de voorkomende gevallen een afbakening van "normaal" verloop van "foutief" verloop kan worden omschreven. Voor wat onzorgvuldig handelen betreft, zal met een algemene omschrijving moeten worden volstaan. Het is waarschijnlijk, dat de dekking meer gevallen zal omvatten dan in de huidige situatie, zelfs waar het ziekenhuis al een volledige verzekering heeft afgesloten. Het doel van een wijziging als deze is ook juist om meer dekking te geven en twijfelgevallen, die thans als onrecht overkomen, zoveel mogelijk uit te sluiten. Buiten opzet en - eventueel - grove schuld moet regres uitgesloten zijn.

De premie voor iedere patiënt te voldoen, zou in de kosten van het ziekenhuis begrepen moeten zijn; deze zou afhankelijk moeten zijn van de aard van de aandoening en mede bepaald zijn door de duur van het verblijf in het ziekenhuis en na afloop van dat verblijf, wanneer vaststaat wat de aandoening was en wat de dekking was die gegeven werd, worden bepaald.

De vraag of schade het gevolg van een beweerde fout is, zal een kwestie tussen verzekeraar(s) en gelaedeerde zijn; daarbij zal het ziekenhuis vaak gegevens moeten verschaffen waartoe het in een veel gunstiger positie is dan wanneer het, c.q. ook de bij het ziekenhuis werkzame specialisten, partij zijn.

- 12.5 Bestudering van de gevolgen van samenwerking van artsen (en andere zorgverleners) leidde tot de conclusie, dat die uit medisch-wetenschappelijk oogpunt veel voordelen biedt; dat problemen voor de patiënten liggen in het vlak van de persoonlijke zorg; dat het grootste probleem ligt in de sfeer van behandeling door groepen of teams, wat te vaak zou kunnen leiden tot onverhaalbaarheid van schade die naar recht en redelijkheid voor vergoeding in aanmerking zou moeten komen. Een ander systeem van verzekering zou dit laatste probleem voor een belangrijk deel kunnen oplossen.

Noten bij paragraaf 12

- 12.1 a. Zie leenen - Gezondheidszorg en Recht IV-10, pag. 89
- 12.2 a. Sluyters t.a.p. par. 9.10.2 Medisch Recht 7, pag. 48 e.v.
- b. Maeijer noot AA 1969 pag. 101 Dr. J. Vermeijden - Juridische Problemen in en rond het ziekenhuis Medisch Recht 4 pag. 53 Michiels-Metamedica 1970 pag. 368
- 12.4 a. Mr. Hartkamp in NJB 1975 pag. 921 vermeldt dat deze gedachte naar voren gebracht werd door Lord Kilbrandon op het vijfde Colloquium Europees Recht van de Raad van Europa over het thema "Civiele Aansprakelijkheid van Artsen" 3-5 juni 1975
- b. Zie Sluyters t.a.p. noten pag. 31

BESCHOUWINGEN OVER DE SAMENWERKING IN DE GENEESKUNDIGE  
BEHANDELING EN DE VERZORGING VAN PATIËNTEN.

---

SAMENVATTING EN VRAAGPUNTEN

1. Het preadvies onderzoekt verschillende vormen van functionele samenwerking van in de gezondheidszorg werkzame personen en gaat daarbij allereerst na hoe de verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënt en de persoonlijke begeleiding in de verschillende gevallen van samenwerking komt te liggen. Onderscheiden worden:
- overdracht van verantwoordelijkheid;
  - gedeelde verantwoordelijkheid;
  - gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Deze figuren blijken voor te komen, zowel bij:

- horizontale samenwerking tussen volledig bevoegde artsen, als bij
- verticale samenwerking tussen artsen en artsen in opleiding, verpleegkundigen en andere zorgverleners. (par. 2)

2. Horizontale samenwerking (par. 3)

Extramurale zorg: (par. 3, 4) huisartsenpraktijk en waarneming, samenwerking van specialisten.

Vraagpunt:

- a. Hoe is te bereiken dat de weekend-waarnemer voldoende inzicht krijgt in het medisch verleden van de patiënt?

Intramuraal: (par. 5) overdracht aan ziekenhuis; wat komt er terecht van de persoonlijke begeleiding? Heeft de huisarts nog een taak of houdt zijn verantwoordelijkheid op? Problemen bij het optreden van ruim-bemande afdelingen.

Vraagpunten:

- b. Moet de huisarts een taak houden ten aanzien van de patiënt in het ziekenhuis?
- c. Is het aanvaardbaar dat een patiënt geopereerd wordt door een specialist, die hem nog nooit gezien of gesproken heeft?

3. Verticale samenwerking: (par. 6)

Besproken wordt de eigen verantwoordelijkheid van hulpkrachten, met name die de BIG volgens een individuele gezondheidszorg uitoefenen.

Daartegenover wordt gesteld de verpleegkundige aan wie geen geneeskundige bevoegdheid wordt toegekend, hetgeen in par. 9 nader besproken wordt. Artsen in opleiding dragen nog geen verantwoordelijkheid.

4. Vastlegging van gegevens (par. 8): in ruime mate is conditio sine qua non bij alle samenwerkingsvormen; deze behoort niet beperkt te blijven tot medische gegevens, doch ook de persoonlijke begeleiding te betreffen. Samenwerking lijkt vaak de informatiestroom te belemmeren, informatie moet zoveel mogelijk door één persoon gegeven worden.

De theorie van de verlengde arm wordt besproken in par. 9 als een juridisch onvoldoende te onderbouwen fictie, zoals ook volgt uit de in verschillende rapporten uitgebrachte adviezen die desniettemin niet tot de eigen verantwoordelijkheid van de gediplomeerde verpleegkundige, ook voor medische handelingen, hebben kunnen concluderen.

Vraagpunten:

- d. Is het niet tijd in overeenstemming met de praktijk de verpleegkundige binnen het kader van de diagnostische en therapeutische aanwijzingen van de arts zelfstandige medische bevoegdheden toe te kennen ?
- e. Moet lid 4 van artikel E 2 BIG niet aangevuld worden met de vermelding van de verpleegkundige wier opleiding praktisch met geven van injecties wordt aangevangen ?

5. Bij de bespreking van tuchtrechtelijke consequenties van samenwerking (par. 10) wordt gewezen op de vele klachten op het punt van persoonlijke zorg, die juist in gevallen van gezamenlijke behandeling, voorkomen en -hoewel vaak niet zwaar genoeg bevonden om tot een maatregel te leiden- vooral schijnen voor te komen in grote ziekenhuizen met omvangrijke afdelingen. Vooral onvoldoende informatie is een veelvuldig onderwerp van klachten in die situatie. Het grote probleem waarvoor de tuchtrechter in gevallen van samenwerking staat, is dat de klagers - leken - gewoonlijk tegen één arts - en vaak de verkeerde - hun klacht richten.

Vraagpunten:

- f. Is de instelling van een of meer deskundige centrale sociale verzorgers belast met alle informatie aan patiënten en familie gewenst en mogelijk ?
- g. Is het gewenst tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van een groep zorgverleners mogelijk te maken ?

6. Uitgaande van medische verantwoordelijkheid en naast de tuchtrechtelijke, worden de civielrechtelijke gevolgen van samenwerking besproken (par. 11). De vraag of de waarnemer dan wel de huisarts voor wie werd waargenomen aansprakelijk is voor de fouten van de eerste blijkt verschillend beantwoord te worden. T.a.v. specialisten is de vraag beter te beantwoorden. Problemen van aansprakelijkheid voor behandeling in het ziekenhuis worden besproken vanuit het gezichtspunt van het Nieboer-arrest. De lijn van par. 9 betreffende de verlengde arm, wordt doorgetrokken.

Vraagpunten:

- h. Is de huisarts of zijn waarnemer in het algemeen aansprakelijk voor de fout van de laatste ?
  - i. Moet de wetgever mogelijk maken dat het ziekenhuis schadeplichtig wordt voor bij de behandeling van patiënten gemaakte fouten.
  - j. Draagt de verpleegkundige voor medische verrichtingen, in overeenstemming met de therapie van de behandelend arts verricht, aansprakelijkheid voor een daarbij gemaakte fout ?
  - k. Is er aanleiding een groep hulpverleners gezamenlijk aansprakelijk te houden voor een bij hun werkzaamheden gemaakte fout, indien individuele schuld van een of meerdere team-leden niet is aan te tonen?
7. Op de vraag of de bestaande assurantievormen doelmatig zijn (par. 12) antwoordt het preadvies met de stelling, dat een verplichte no-fault-verzekering van de patiënten, veel problemen zou oplossen van patiënten met betrekking tot claims voor fouten in ziekenhuizen gemaakt, terwijl de pre-occupatie van veel artsen op het punt van civielrechtelijke aansprakelijkheid zou verminderen, ten gunste van de gezondheidszorg.

Vraagpunt

- 1. Is een verzekeringsvorm waarbij niet de gevolgen van een aan te tonen verwijtbare fout, maar die van een niet aan de zijde van de patiënt liggende oorzaak van ongunstig verloop van een behandeling, voor publiek en medische stand verkiezelijk boven de bestaande ?

Jhr.mr. P.J.W. de Brauw