

antwoorde en goede diagnose kon stellen. Een dergelijke wijze van handelen achtte het tuchtcollege vertrouwensondermijnd. Verder overwoog het Centraal Medisch Tuchtcollege dat de wijze waarop hier de waarneming was geregeld ontoelaatbaar was. Maar, zo kan het standpunt van het college verkort worden weergegeven, omdat nu eenmaal onder beginnende artsen waarnemingen vaak op deze manier worden geregeld, zou het onbillijk zijn nu juist deze arts op grond van op zich onjuist geacht gedrag een maatregel op te leggen.

Deze redenering nu achten wij fundamenteel onjuist. Immers, de taak van de tuchtcolleges is tweeledig: enerzijds dienen zij, ter bewaking van het niveau van het medisch handelen, dit te toetsen aan wat door de beroepsgroep als aanvaardbaar wordt aangemerkt. Anderzijds dienen zij daar waar zij bij een aantal leden van de beroepsgroep een handelwijze constateren die zij onjuist achten, zelf een norm te stellen en daaraan het gedrag van de individuele beroepsbeoefenaar te toetsen. Het gaat niet aan in zo'n geval te redeneren dat het, waar zovelen dit laakbaar gedrag vertonen, onbillijk zou zijn een toevallige arts vanwege datzelfde ge-

drag een maatregel op te leggen. (Wellicht kunnen de medische tuchtcolleges op dit punt hun licht eens opsteken over de manier waarop toevallig betrapte snelheidsovertreders worden behandeld.)

Overigens laat het tuchtcollege er in dit geval geen twijfel over bestaan het gedrag van de betrokken vier huisartsen uiterst onaanvaardbaar te achten. Het wil ons voorkomen dat de inspectie, die in dezen geen klagersrol heeft vervuld, uit een en ander wel de conclusie moet hebben getrokken dat in de toekomst strikter moet worden toegezien op de wijze waarop de waarnemingen worden geregeld, te meer daar – zoals eerder De Brauw reeds vaststelde – met name de waarnemingen vaak aanleiding zijn voor fouten. Ook de ziekenfondsen zouden op dit terrein een duidelijke rol kunnen spelen door in de medewerkerscontracten strikte bepalingen c.q. voorschriften op te nemen omtrent de wijze waarop en de personen door wie mag worden waargenomen (vgl. Hamilton, TvGR 1983, 3).

Conclusie

1. De Wet uitoefening geneeskunst (1865) en de Wet van 1878 bieden, gelet

op de huidige stand van de medische wetenschap, onvoldoende kader om de verantwoordelijkheid van de arts in opleiding te bepalen.

2. Onvoldoende oplossing biedt de norm zorgvuldig te handelen. Deze norm kan wellicht achteraf worden gebruikt bij de beoordeling van het handelen, maar biedt geen houvast voor de arts in opleiding om aan de hand daarvan zijn gedrag te bepalen.

3. Een mogelijke oplossing voor deze lacune zou een wijziging van de wet zijn. Wij achten een dergelijke oplossing niet absoluut noodzakelijk. De wetgever heeft evenmin voor deze oplossing gekozen, zoals het ontwerp-BIG ons leert.

4. Een oplossing achten wij de rubricering in A-handelingen en B-handelingen. Wij zijn van mening dat het vanuit de bestaande opleidingen mogelijk zal blijken dit te doen. Opleidingsprogramma's rechtvaardigen de veronderstelling dat er inzicht bestaat in wat aan kennis en vaardigheden moet worden verworven.

5. Bij dit alles verdienen waarnemingssituaties bijzondere aandacht, vanwege de extra grote kans dat daarbij ten gevolge van onvoldoende duidelijke afspraken fouten zullen ontstaan. ■

Prof. Dr. W. Brouwer



Verantwoordelijkheden afbakenen door middel van uitgebreide richtlijnen

0202

Commentaar

Een categorisering van handelingscategorieën als voorgesteld door Akveld en Otten biedt geen soelaas op die terreinen waarop zich nu de meeste problemen inzake onderlinge verantwoordelijkheidsafbakening tussen opleiders, arts-assistenten en universitaire instituten voordoen. Beter is het opstellen en expliciteren van richtlijnen ter zake, vindt de Maastrichtse hoogleraar in de huisartsgeneeskunde Prof. Dr. W. Brouwer.

Gedurende ruim tien jaar hebben we in ons land een voortgezette opleiding tot huisarts. In die periode is het een aantal keren voorgekomen dat een arts zich in verband met zijn optreden als huisartsopleider of als arts-assistent in opleiding tot huisarts moest verantwoorden voor een medisch tuchtcollege. Voor alle partijen: patiënt, opleider, arts-assistent en betrokken universitair huisartseninstituut, is een dergelijke gebeurtenis vanzelfsprekend een frustrerende ervaring. Gelukkig gaat het om slechts enkele gevallen.

We dienen echter rekening te houden met

de mogelijkheid dat het aantal 'near accidents', die dus nog net buiten het gezichtsveld van een tuchtcollege blijven, aanzienlijk groter is. Het is dan ook toe te juichen dat de enkele jaren geleden in gang gezette discussie over dit onderwerp wordt voortgezet.

De auteurs van het hiervoor afgedrukte artikel signaleren dat de wetgeving onvoldoende kader biedt om de verantwoordelijkheid van de arts in opleiding te bepalen. De norm: zorgvuldig handelen achten zij als houvast voor de arts in opleiding ontoereikend. Uitgaande van de opvatting dat wetswijziging niet noodza-

kkelijk is, bepleiten zij inventarisatie en rubricering van A-handelingen, die de basisarts geacht wordt zelfstandig te kunnen verrichten, en B-handelingen, die de basisarts zich gedurende de opleidingsperiode nog moet eigen maken teneinde ze zelfstandig en zonder toezicht te kunnen uitvoeren. De auteurs beschrijven verder hoe met een dergelijke rubricering als uitgangspunt de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van de arts in opleiding respectievelijk de opleider zou kunnen worden vastgesteld. Tenslotte wijden de auteurs aandacht aan de problematiek samenhangend met waarnemingsituaties. Enkele kanttekeningen wil ik met betrekking tot dit voorstel en de achtergronden daarvan maken.

Kanttekeningen

Allereerst de huidige *wetgeving*.

Men kan het eens zijn met de auteurs, dat de huidige wetgeving onvoldoende houvast biedt om de verantwoordelijkheid van de arts in opleiding te bepalen. Daarbij past dan wel de opmerking, dat dit geldt voor de verantwoordelijkheidsbepaling van elke arts. De arts in opleiding onderscheidt zich in dit opzicht van de reeds opgeleide artsen alleen in zóverre dat het terrein waarop hij wel bevoegd maar niet bekwaam is, naar we moeten aannemen, groter is.

Hoewel de auteurs het tegelijkertijd volledig bevoegd en slechts zeer gedeeltelijk bekwaam zijn als een 'curieuze situatie' bestempelen, achten zij evenals de wetgever een wetswijziging niet noodzakelijk. Toch had de wetgever deze kwestie in het ontwerp BIG kunnen meenemen; het zou interessant zijn te vernemen, waarom de wetgever niet voor deze oplossing heeft gekozen.

Nu dit niet is gebeurd, is een tweede punt extra van belang, namelijk de *norm: zorgvuldig handelen*.

In tegenstelling tot de auteurs ben ik van mening dat deze norm voor de arts in opleiding en voor de opleider wel degelijk houvast biedt inzake het medisch handelen en toewijzen van verantwoordelijkheden. Natuurlijk levert deze norm ons geen set van gedragsregels voor alle denkbare situaties en komen er natuurlijk situaties voor waarin deze norm onvoldoende houvast biedt. De aard van de tuchtcollegezaken waarbij de opleidings situatie een rol speelt, geeft echter allerm minst aanleiding te veronderstellen dat dit dikwijls het geval is. Integendeel, het lijkt erop dat de opleidings situatie slechts zeer sporadisch in het geding is.

Dan het belangrijkste punt: het voorstel om een categorisering van *A- en B-handelingen* te hanteren als uitgangspunt voor het toewijzen respectievelijk aanvaarden van verantwoordelijkheden.

Dit voorstel dienen we te bezien in samenhang met het doel van de huisartsgeneeskundige beroepsopleiding. Bij deze opleiding spelen meerdere onderwijsdoelen een rol. Naast het aanvullen respectievelijk aanscherpen van kennis en kunde, voor zover deze relevant zijn voor de hoofdzakelijk extramuraal voorkomende aandoeningen respectievelijk aspecten daarvan, is een zeer belangrijk onderwijsdoel dat de arts-assistent leert de reeds verworven kennis en kunde adequaat te hanteren in huisartsgeneeskundige situaties. Bepalend voor dit onderwijsdoel is het besef dat die situaties ten opzichte van de situatie in het ziekenhuis veelal aanzienlijke verschillen vertonen: de problemen zijn anders, de methode van werken verschilt, er is een andere arts-patiëntverhouding, enz.

Welnu, bij het werken aan deze onderwijsdoelen gedurende de opleidingsperiode speelt het aanleren van handvaardigheden een relatief geringe rol. Op dit terrein komen problemen inzake onderlinge verantwoordelijkheidsafbakening dan ook vrijwel niet voor. Deze problemen blijken daarentegen voor te komen, wanneer:

- een ernstige aandoening niet of niet tijdig is onderkend;
- maatregelen, afgestemd op de ernst van de aandoening achterwege zijn gebleven;
- een visiteaanvraag niet of niet tijdig is gehonoreerd.

Voor deze gevallen biedt een categorisering van handelingscategorieën, nog afgezien dat het samenstellen daarvan allerm minst eenvoudig lijkt, naar mijn mening geen soelaas.

Alternatief

Als alternatief komt mijns inziens in aanmerking het opstellen en expliciteren van *richtlijnen*. Een begin daarvan is er al. De Huisartsen Registratie Commissie (HRC) stelt bijvoorbeeld als richtlijn, dat ten behoeve van de arts-assistent de huisarts-opleider of een vervangende opleider aanwezig moet zijn. Uitbreiding van dergelijke richtlijnen kan worden gerealiseerd door:

- het aanscherpen van bestaande richt-

lijnen, bijvoorbeeld door in aanvulling op bovenstaande richtlijn te formuleren dat het gaat om een zodanige aanwezigheid van de opleider, dat overleg en eventueel te hulp roepen te allen tijde praktisch mogelijk zijn;

- het opstellen van richtlijnen, afgestemd op bepaalde situaties.

Dit laatste is van belang teneinde meer waarborgen te scheppen voor groepen die in dit opzicht extra risico lopen, zoals kinderen, bejaarden en buitenlanders. Bij kinderen kan een ogenschijnlijk niet ernstige situatie in korte tijd dramatisch verslechteren. Bejaarden vertonen vaak een ander, meer diffuus klachtenpatroon, bovendien presenteren zij hun klachten als regel minder indringend. Veel buitenlanders zijn gehandicapt door taalproblemen en door hun afwijkend cultuurpatroon. Al deze factoren verhogen de kans dat de ernst van een situatie wordt onderschat.

Op grond hiervan kan als richtlijn gelden dat een arts-assistent gedurende de eerste drie tot vier maanden van de opleiding niet op eigen gezag een visiteaanvraag afwijst. Voor zover de arts-assistent tijdens de opleidingsperiode meer zelfstandig gaat werken, zou als richtlijn kunnen gelden dat hij een visiteaanvraag ten behoeve van een kind, een bejaarde of een buitenlandse patiënt altijd honoreert of in elk geval deze niet afwijst zonder overleg met de opleider.

Gezien de ervaring dat veel tuchtrechtkwesties betrekking hebben op gebeurtenissen tijdens avond-, nacht-, weekend- en vakantieaarneming, ligt het voor de hand bij het opstellen van richtlijnen speciaal aan de waarnemings situatie extra aandacht te besteden.

Het opstellen van dergelijke richtlijnen zou bij voorkeur landelijk moeten geschieden met participatie van huisartsopleiders, arts-assistenten en universitaire huisartseninstituten. Desgewenst kan *sanctionering* door de HRC daarop volgen. Een voor de hand liggende volgende stap is dan het opnemen van de richtlijnen in een tripartite overeenkomst van opleider, arts-assistent en instituut, waarin de rechten en plichten van de drie participanten worden vastgelegd met uitdrukkelijk in acht nemen van het belang van de patiënten. ■