

# HET JURIDISCH KADER WAARBINNEN CO-ASSISTENTEN EN BASISARTSEN WERKZAAM ZIJN

Mr. B. Schultsz  
Inspecteur van de  
Volksgezondheid in algemene  
dienst

*Correspondentieadres*  
Geneeskundige Hoofdinspectie  
van de Volksgezondheid  
Postbus 5406  
2280 HK Rijswijk

**D**e zeer ruim geformuleerde titel van deze bijdrage vraagt dringend om inperking, om binnen de gestelde ruimtelijke kaders te blijven. Deze beperking kan gevonden worden in een aantal door de voorbereidingscommissie van dit symposium geformuleerde vragen, die achtereenvolgens zowel voor de co-assistenten als basisartsen zullen worden besproken. Vooraf dient duidelijk te worden gesteld dat co-assistenten, nog geen arts zijnde, niet in directe zin onder enige wet vallen waarop de Geneeskundige Inspectie toezicht houdt. Wel indirect, namelijk via hun opleiders. Het beeld is totaal anders met betrekking tot basisartsen, op wie de voor de Geneeskundige Inspectie relevante wetgeving wel direct van toepassing is.

## EIGEN VERANTWOORDELIJKHEID

Onder welke voorwaarden kan aan *co-assistenten* een vorm van verantwoordelijkheid voor patiënten worden gegeven en wat zijn de risico's daarvan?

Wanneer wij in het oog houden dat bij co-assistenten geen sprake is van enigerlei eigen bevoegdheid, ook geen begin daarvan, dan is evident dat van een eigen verantwoordelijkheid zonder meer, niet gesproken kan worden. Evenals bij andere niet zelfstandig gekwalificeerden zullen wij ons, wanneer aan hen uitvoeringshandelingen worden opgedragen of overgelaten, moeten behelpen met de zogenaamde verlengde-arm theorie. Ik verwijs naar de jarenlange discussies bij de totstandkoming van de wet BIG over een mogelijk zelfstandige uitvoeringsbevoegdheid van verpleegkundigen.<sup>1</sup> In het BOC-rapport wordt op deze problematiek slechts summier geattendeerd door aanhaling van een artikel uit Medisch Contact.<sup>2,3</sup> Bij co-assistenten dient het klassieke stramien gevolgd te worden: strenge regels met betrekking tot het geven van de opdracht en het

houden van toezicht en controle, richten zich tot degene die wel bevoegd is, de opleider.

Gaat er iets niet goed, bijvoorbeeld omdat aan een nog volstrekt onervaren co-assistent te veel wordt opgedragen, dan kan de opleider zich niet snel disculperen en, indien arts, daarop ook tuchtrechtelijk worden aangesproken. De risico's van één en ander zijn in theorie aanzienlijk; in de praktijk is het recht vaak meer flexibel dan men denkt en past het zich vergaand aan de realiteit van de dagelijkse praktijk aan.

Onder welke voorwaarden kan aan *basisartsen* een vorm van verantwoordelijkheid voor patiënten worden gegeven en wat zijn de risico's daarvan?

De basisarts heeft weliswaar de hoedanigheid van arts verkregen en daarmee de bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunst in volle omvang, dit neemt niet weg dat zijn bekwaamheid terstond na zijn artsexamen gering is. In aanbeveling 2.1.1. van het BOC-rapport wordt hiervoor de term "competentie" gebezigd, een term die evenwel op zich ook weer poly-interpretabel is omdat wij deze zowel in formele zin, als in de hier bedoelde praktische zin plegen te hanteren. In de diverse settingen waarin de specifieke vervolgopleidingen plaatsvinden, start de basisarts dus met een opleider of een supervisor aan zijn zijde wiens verantwoordelijk-

heid in het begin groot is maar voortdurend slinkt. De grenzen waarbinnen een basisarts vrijinzetbaar is, zijn eng te trekken. De risico's voor overschrijding van deze grenzen zijn relatief groot, zowel voor de basisarts zelf als voor zijn opleider. De medische tuchtrechter kan met dit soort situaties twee kanten op. Enerzijds wordt wel overwogen aldus: "Deze (basis)arts had nog zo weinig ervaring dat hij zich ervan bewust had moeten zijn dat deze opdracht in deze vorm de grenzen van zijn kunnen en kennen overschreed. Hem valt te verwijten dat hij hierop niet heeft getendeerd". Omgekeerd kan ook: "Deze (basis)arts had nog zo weinig ervaring dat hem niet te verwijten valt dat hij de consequenties van de opdracht niet heeft kunnen overzien". Voor de basis-arts maakt dit doorgaans in de beoordeling niet zoveel verschil, maar wel voor de opleider of opdrachtgever; wat voor de één een verzachtende omstandigheid is, is voor de ander een verzwarende factor bij een mogelijk tuchtrechtelijke beoordeling. Ik ben overigens buitengewoon benieuwd wat precies met de laatste volzin van aanbeveling 2.1.1. wordt bedoeld (vanuit de beroepsgroep moeten, in overleg met de overheid, nadere regelingen worden getroffen die de omvang van de bevoegdheid beperken totdat registratie in het register van het betreffende specialisme is verkregen, red). Hoe wil men bij nadere regelingen de bevoegdheid beperken totdat registratie heeft plaatsgevonden? Juridisch-technisch een ware tour de force! In Frankrijk hanteert men voor sommige beroepen een dergelijk systeem en dit leidt daar herhaaldelijk tot onenigheid over bijstelling van het stelsel.

## AANSPRAKELIJKHEID

Hoe dienen in het bredere perspectief van de rechtspositie van *co-assistenten*, problemen van aansprakelijkheid te worden geregeld? Dit lijkt in verzekeringstechnische zin geen groot probleem. In vrijwel alle instellingen waarin *co-assistenten* werkzaam zijn, zal men

een polis voor aansprakelijkheidsdekking hanteren conform de normen van de MAR (assuradeurs op het gebied van de Medische Aansprakelijkheids Risico's). De voorzitter van de MAR, Mr. H.J. Touw, heeft het onlangs in een rede nog eens heel duidelijk gezegd: "Deze voorwaarden geven dekking aan iedereen die zich binnen een instelling voor intramurale gezondheidszorg met de behandeling van een patiënt bezighoudt. Daarbij hebben wij niet alleen het oog op artsen en verpleegkundig personeel, maar ook op personeel dat 'op afstand' van de patiënt werkzaam is als laboratorium- en huishoudelijk personeel of de vrijwilligers... Kortom het is alleen nog van belang of er een fout gemaakt is, maar niet (meer) door wie".<sup>4</sup>

Een goede verzekering neemt natuurlijk nooit het gevaar van een persoonlijk verwijt weg, maar als men dat risico niet wil lopen, dan moet men geen medicijnen gaan studeren.

Hoe dienen in het perspectief van de rechtspositie van *basisartsen*, problemen van aansprakelijkheid te worden geregeld? Aangezien basisartsen op zo volstrekt uiteenlopende wijze hun carrière vervolgen, is een eenduidig antwoord niet mogelijk. Een algemeen advies is steeds om zich ervan te vergewissen dat de instelling waar men de specifieke verdere opleiding geniet de agio's meeverzekert, maar daarnaast in feite steeds te zorgen voor een eigen beroepsaansprakelijkheidsverzekering voor dekking van een mogelijk surplus. Is men zelfstandig werkzaam, dan dient vanzelfsprekend een toereikende eigen verzekering te worden afgesloten.

Een afgrenzing vooraf van de mate van aansprakelijkheid van de diverse actoren valt niet te maken. Dat is in de wisselwerking van groeiende bekwaamheid van de basisarts enerzijds en daarmee samenhangende afname van de verantwoordelijkheid (van de opleider) anderzijds, niet mogelijk. Dit alles is niet statisch en bij mogelijke beoordeling door de rechter sterk casuïstisch gebonden. Of er in juridische termen voor de rechtspositie in arbeidsrechtelijke zin in het algemeen een stramen te schetsen is, hangt van vele maatschappelijke invloeden af. Co-assistenten zijn primair studenten, niet meer dan dat en ressembleren dus onder de onderwijswetgeving en wat daaraan annex is, inclusief de studie-financiering. Het grote omslagpunt vormt stellig het artsexamen. Daarna gelden voor assistenten in opleiding de collectieve afspraken die de LAD jaarlijks treft. Voor de diverse andere modaliteiten van werken na het artsexamen - en uiteraard voor de groep die geen voortgezette opleiding van enigerlei aard geniet - geldt dit niet. De financiële en juridische positie kan alsdan heel wankel zijn en men dient zich dit terdege bewust te zijn. Voor de Geneeskundige Inspectie is een en ander overigens weinig relevant. Interesse voor het beroepsmatig handelen staat bij de Inspectie voorop. Hoe men zijn maatschappelijke positie verder inkleedt, is ieders eigen zaak, mits het beroepsmatig handelen er maar niet negatief door wordt beïnvloed.

#### VOORWAARDELIJKE BEVOEGDHEID

Bestaat er voor *co-assistenten* zoiets als een partiële of voorwaardelijke bevoegdheid? Het antwoord is neen. Nogmaals zij verwezen naar de reeds genoemde verlengde-arm theorie en de strijd van de verpleegkundigen tot het verwerven van een zelfstandige uitvoeringsbevoegdheid. Maar hier gaat het om verpleegkundigen die onbestreden een gegede opleiding hebben gehad en vaak ook al langdurig ervaring hebben. Daar wordt een zelfstandige uitvoeringsbevoegdheid aan hoogst bekwaame personen gegeven. Dat zou men inderdaad een 'partiële' bevoegdheid kunnen noemen. Zoiets wordt evenwel voor co-assistenten in geformaliseerde zin door niemand bepleit.

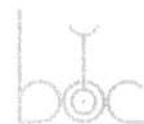
Bestaat er voor *basisartsen* zoiets als een partiële of voorwaardelijke bevoegdheid?

Ook hierop is het antwoord neen: zij zijn immers volledig bevoegd. Maar de effectivering van hun bevoegdheid dienen zij zelf afhankelijk te stellen van de mate van hun bekwaamheid. Dat is dus de voorwaarde. In zoverre zou men van een voorwaardelijke bevoegdheid kunnen spreken, zij het dat de vervulling van de voorwaarde in hun eigen hand ligt. Op het hanteren hiervan kunnen zij zelf tuchtrechtelijk worden aangesproken en dan zal de discussie dus niet gaan over de (omvang van hun) bevoegdheid, maar over de prudentie waarmee zij van hun volledige bevoegdheid gebruik hebben gemaakt in het licht van hun mogelijkerwijze niet toereikende bekwaamheid. In dit verband blijft ik benieuwd naar de betekenis van de laatste aanbeveling 2.1.1. van het BOC-rapport, waar de indruk wordt gewekt alsof er te dezer zake iets gecodificeerd zou kunnen worden.

Eén en ander mondt voor mij niet uit in aanbevelingen tot wijziging van de artsopleiding en de specifieke opleidingen die daarop volgen. Het recht heeft gebleken een voldoende flexibel kader te kunnen leveren waarbinnen zonder al te grote angst gewerkt kan worden.

#### LITERATUUR

1. Ontwerp van Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet Big).
2. Metz JCM, Bulte JA, Van Paridon EJM. Beleidsgericht Onderzoek Co-assistentschappen. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1990.
3. Thiadens GAM, Scherpier AJJA, Hiemstra RJ. De co-assistent anno 1989. Medisch Contact 1989; 44: 1090-1.
4. Touw HJ. Patiëntenletselverzekering. Voordracht Symposium: Nieuw Recht? Nieuwe Zorgen. Staatscourant 97, 21 mei 1990



## BEVOEGDHEID TOT UITOEFENING VAN DE GENEESKUNDE

Het proces van professionele socialisatie gaat bij co-assistenten gepaard met een afnemende interesse voor psychologische factoren in de medische zorg en emotionele betrokkenheid bij patiëntenproblematiek, en het harder en cynischer worden van studenten. Men kan zich afvragen of dit inherent is aan de toename in medische competentie of slechts het gevolg van langduriger 'blootstelling' aan de beroepscultuur. Sexe-specifieke verschillen in professionele socialisatie processen blijken nog niet onderzocht. Het is voorstelbaar dat mannelijke en vrouwelijke studenten door de gemeenschappelijkheid van de keuze voor een medisch beroep aan het begin van de tweede fase nog grotendeels dezelfde kenmerken bezitten. Bij de directe en intensieve ervaring met de medische praktijk is het echter denkbaar dat socialiseringsprocessen sexe-specifiek verlopen. Temeer daar voor vrouwelijke studenten 'role models' vrijwel ontbreken, terwijl deze voor de mannelijke collegae in alle varianten alom aanwezig zijn.

In de discussie komt naar voren dat het harnasprobleem van de zich als competent presenterende noviet, op gespannen voet staat met het vitale belang van het goed leren inschatten van de eigen bekwaamheid. Tot de essentiële sociale vaardigheden van co-assistent en basisarts behoort kennelijk het leren nee te durven zeggen bij een opdracht die de competentie te boven gaat, tegen een opleider in wiens ogen men juist zo competent mogelijk moet overkomen.

De strikte cesuur die de wettekst lijkt aan te brengen in de bevoegdheid van personen net vóór en onmiddellijk ná het artsexamen, blijkt in de tucht- en strafrechtelijke praktijk minder abrupt. Hiermee sluit de juridische benadering aan bij het idee van een medisch onderwijscontinuüm met geleidelijk toenemende bevoegdheden. Weliswaar is er vóór het artsexamen (helemaal) geen sprake van een zelfstandige bevoegdheid; ook na het artsexamen is de bevoegdheid partieel en aanvankelijk miniem.

Werd in het vorige cluster nog bepleit de bevoegdheden van de basisarts eenduidig te omschrijven, thans wordt uit de inleidingen en discussie duidelijk dat dit nauwelijks eenduidig kan. De bevoegdheid van de basisarts wordt kennelijk ook in juridische zin voornamelijk individueel bepaald in relatie tot de op dat moment verworven bekwaamheid. Slechts in civielrechtelijke zin blijkt een cesuur ten tijde van het artsexamen aanwezig.

Gepleit wordt voor het vastleggen van de rechten van de co-assistent, zoals het recht op volwaardig onderwijs en het recht op een mensvriendelijke behandeling door de opleider. Daar kan aan worden toegevoegd het recht op (mede)beoordeling van de kwaliteit van het geboden onderwijs. Met de aanvaarding van een leeropdracht of academische benoeming wordt immers ook een verplichting jegens studenten aangegaan. Zeker waar in het Hoger Onderwijs docenten puur op basis van hun academische graad - zonder aanvullende didactische vorming - tot het onderwijs worden toegelaten, lijkt (en blijkt) controle op de didactische competentie geen overbodige luxe.

Men zou zich overigens ook kunnen afvragen of de bekwaamheden van medici uitsluitend door de eigen beroepsorganisatie beoordeeld zouden moeten worden. Interessant zijn in dit verband de ervaringen met specifiek hiertoe getrainde 'patiënten' die ingezet worden bij de beoordeling van de 'performance' van artsen.<sup>1</sup> Er zijn aanwijzingen dat medische competentie (bekwaamheid vastgesteld in een examen-situatie) niet altijd een garantie vormt voor bekwaam handelen in de alledaagse praktijk (medical performance). Wellicht is de tijd aangebroken dat ons handelen onverwacht en anoniem door patiëntenorganisaties beoordeeld zal worden, om vervolgens al dan niet te worden voorzien van een kwaliteitskeurmerk.

Zoals de toekenning van Michelin-sterren aan restaurants.

G.G.M. Essed  
J.C.M. Metz  
A.J.J.A. Scherpbier

## LITERATUUR

1. Rethans JJ, Drop MJ, Sturmans F. Simulated patients in general practice. In: Teaching and assessing clinical competence. Bender W, Hiemstra RJ, Scherpbier AJJA, Zwierstra RP, eds. Groningen: BoekWerk, 1990: 374-8.

### Aanbevolen literatuur

- Buiting JM. Medische handelingen door niet-artsen. Ned Tijdschr Geneesk 1990; 134: 718-21.