

Aansprakelijkheid van artsen en verpleegkundigen binnen de ouder- en kindzorg

Preventie en aansprakelijkheid

Het ligt voor de hand te veronderstellen dat artsen en verpleegkundigen in de ouder- en kindzorg (OKZ) met hun interventies minder risico's lopen op het toebrengen van ernstige schade bij cliënten dan hun curatief werkende collega's met hun interventies bij hun patiënten. Immers, eerstbedoelde interventies zijn veel geringer in aantal en, op de hielprik en vaccinaties na, niet invasief. Deze twee zijn bovendien niet gecompliceerd. Mits volgens de regels van de kunst uitgevoerd hebben vaccinaties geen schade voor de cliënt tot gevolg. Daarmee is de kans gering dat een consultatiebureau-arts aansprakelijk zal worden gesteld voor dergelijke schade. Er zijn slechts enkele gevallen bekend, waarin mogelijk door ondeskundige uitvoering van een vaccinatie inderdaad ernstige schade werd toegebracht.¹⁻³ Dit zijn echter hoge uitzonderingen en dat lijkt een geruststellende gedachte.

Eerder dan aansprakelijk te worden gesteld voor de gevolgen van onjuiste of onzorgvuldige uitvoering van een interventie, lopen preventief werkende artsen en verpleegkundigen de kans aansprakelijk te worden gesteld voor schade die werd veroorzaakt door een interventie na te laten, die wel uitgevoerd had moeten worden. Immers, preventieve gezondheidszorg, de OKZ voorop, is een zorgsysteem dat gebaseerd is op programmatische preventie.⁴ De betreffende beroepsgroepen en de zorgaanbieders hebben de morele, in toenemende mate ook de formele verplichting, om duidelijk te omschrijven wat de cliënten kunnen verwachten. In het geval van OKZ gaat het dan om de omschrijving van het zorgaanbod. Zowel de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG)⁵ als de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)⁶ hebben in 1995 het zorgaanbod geformuleerd. Daarmee is vastgelegd wat anno 1995 geacht wordt de professionele standaard te zijn. Deze zou een belangrijke rol kunnen spelen als vragen over verantwoordelijkheden en aansprakelijkheid beantwoord moeten worden.

R.J.F. Burgmeijer, jeugdarts, TNO Preventie en Gezondheid, Divisie Collectieve Preventie, Sector Jeugd en Gezondheid, Leiden. Mevr. mr A.J.M. Bonnet-Breusers, consultatiebureau-arts, Koudekerk a/d Rijn.

Correspondentieadres: R.J.F. Burgmeijer, jeugdarts, TNO Preventie en Gezondheid, Postbus 2215, 2301 CE Leiden.

In dit artikel wordt een aantal praktijksituaties gepresenteerd waarin vragen omtrent de aansprakelijkheid van de organisatie, de arts of de verpleegkundige aan de orde worden gesteld. Op dit terrein bestaat (nog) geen jurisprudentie. Dat betekent dus dat de auteurs een inschatting hebben gemaakt over de mogelijke rechterlijke uitspraken als deze situaties tot een rechtszaak hadden geleid. Verder moet men in gedachte houden dat binnen de Nederlandse rechtspraak de rechter autonoom is en dus rechter A tot een andere beoordeling en daarmee tot een andere uitspraak kan komen dan rechter B.

De WGBO en de Wet BIG

De wetten waarmee de arts en verpleegkundige in de OKZ te maken heeft, zijn, behalve de voor elke burger geldende wetten, de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) en de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG).^{7,8} De WGBO regelt de rechtsbetrekking tussen arts en patiënt tijdens de zorgverlening. Zorgverlening is dan: "handelingen op het gebied van de geneeskunst, waaronder onder meer wordt verstaan, alle verrichtingen – *het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen* – rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel deze verloskundige bijstand te verlenen." (art.7:446BW). De WGBO onderscheidt preventie en curatie niet als zodanig, maar de bovenstaande, door de auteurs gecursiveerde tekst laat geen twijfel bestaan over de vraag of consultatiebureau-artsen, gezien de aard van hun werkzaamheden, zich aan de bepalingen van de WGBO moeten houden.

De Wet BIG regelt de bevoegdheden van de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. In deze wet wordt ook het delegeren van bepaalde medische handelingen aan verpleegkundigen geregeld. Binnen de jeugdgezondheidszorg gaat het dan om het uitvoeren van de hielprik en vaccinaties. Onderstaande praktijk-situaties zullen vooral tegen de achtergrond van de bepalingen uit de WGBO en de Wet BIG worden besproken.

Informatie en toestemming

Situatie 1: Arts voert DTP5-vaccinatie uit zonder ouder om toestemming te vragen

Bij lichamelijk onderzoek van een peuter van 3,5 jaar vindt de CB-arts geen bijzonderheden. Terwijl de moeder nog met de verpleegkundige praat, geeft de CB-arts het kind de DTP-5-vaccinatie zonder dat de moeder dat merkt. Opgeschrikt door het huilen van het kind reageert de moeder geërgerd: 'Dokter, u had me wel even mogen vertellen dat mijn kind een prik krijgt'. Waarop de arts antwoordt: 'Maar mevrouw, u hebt toch bij de eerste prik een folder gehad waarin alles staat!'

In artikel 7:446 van de WGBO is aangegeven dat de patiënt recht heeft op informatie over het voorgenomen onderzoek, de behandeling en zijn gezondheidstoestand. In de wet wordt gesproken over informatie die de patiënt redelijkerwijs nodig heeft en die aangepast is aan diens kennis en bevattingvermogen. Het verdient aanbeveling belangrijke informatie zowel mondeling als schriftelijk te geven. Door het geven van



informatie moet de patiënt in staat worden gesteld zijn gezondheidstoestand te beoordelen en een beslissing te nemen over voorgestelde verrichtingen en leefregels. Op grond van die informatie kan de patiënt toestemming verlenen tot het laten uitvoeren van een bepaalde verrichting. Wanneer het om een niet ingrijpende verrichting gaat, mag toestemming worden verondersteld (art. 7:466). De wet geeft niet aan welke verrichtingen 'ingrijpend' zijn en welke niet.

In het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) wordt deels aan de informatieverplichting voldaan door het meesturen van een informatiefolder ('de blauwe brief') bij de eerste set oproepkaarten (rond de 2e levensmaand). Het feit dat de juiste informatie van tevoren is toegezonden mag niet leiden tot de conclusie dat deze gelezen en begrepen is, ook al voldoet de informatiefolder naar inhoud en taalgebruik aan de eisen die de WGBO daaraan stelt. Het verstrekken van de informatie en het controleren of deze voldoende begrepen is, impliceert niet de toestemming van de ouder. Hoewel in Nederland 1,7 miljoen vaccinaties per jaar in het kader van het RVP worden uitgevoerd, is het onjuist ervan uit te gaan dat het een verrichting van niet ingrijpende aard is, waarbij het expliciet vragen van toestemming overbodig is. Een vaccinatie bij een baby van drie maanden is voor de meeste ouders een ingrijpende gebeurtenis. Niet de norm van de arts telt, maar die van de ouder. Men doet er dus goed aan de toestemming expliciet te vragen. Dit zou men voor de hele 'behandeling' kunnen doen, dus voor alle vaccinaties uit het RVP, waarbij het uitvoeren van de hele serie vaccinaties als één verrichting wordt beschouwd. Het is echter de vraag of dit aldus mag worden uitgelegd, omdat de 'behandeling' zich voor de OKZ over een periode van bijna vier jaar uitstrekt en het vaccinaties van verschillende aard betreft, zoals de D(K)TP-serie, de Hib-serie, en de BMR-serie. Zeker bij de vaccinaties op 4- en 9-jarige leeftijd mag men er niet vanuit gaan dat ouders voldoende zijn geïnformeerd. Men mag niet verwachten dat zij de brief die zij hebben gekregen toen hun kind 2 maanden oud was, nog in hun bezit hebben, laat staan dat zij hem opnieuw gelezen zouden hebben. Daarom hebben de Entadministraties besloten om bij de oproepkaarten voor de vaccinaties op vier- en negenjarige leeftijd een aangepaste informatiefolder mee te zenden.

De consultatiebureau-arts in situatie 1 handelt onjuist. Voor deze vaccinatie had hij toestemming moeten vragen. De arts is er ten onrechte van uitgegaan dat vooronderstelde toestemming (nog) aanwezig is. Hier van had hij wel mogen uitgaan als de moeder bijvoorbeeld bij het binnen komen ongevraagd het vaccinatiebewijs had overhandigd.

Informatie niet gegeven. Wie is aansprakelijk voor de gevolgen?

Situatie 2: Geen voorlichting gegeven over slaaphouding, kind overlijdt door wiegedood

Een echtpaar wordt getroffen door wiegedood van hun eerste kind. Het was altijd op de buik te slapen gelegd. Van een kennis horen de ouders dat zij al sinds 1987 het advies hebben gekregen om hun kinderen op de rug te slapen te leggen. De getroffen ouders hebben dat advies op het consultatiebureau niet gekregen. Zij vragen de CB-arts om opheldering. Deze verklaart geen boodschap te hebben aan het landelijke advies, omdat dit volgens hem onzin is. Hij vindt bovendien dat de ont-

wikkeling van kinderen door dit advies wordt geschaad. De ouders vinden dat de CB-arts zich heeft te houden aan de landelijke adviezen, die door de organisatie waarvoor hij werkt zijn overgenomen. De ouders vinden dat de arts de dood van hun kind kan worden verweten.

Situatie 3: Geen voorlichting gegeven over vitamine K, kind overlijdt door hersenbloeding

Kort na het eerste bezoek aan het consultatiebureau overlijdt een baby van vier weken oud. Het kind werd volledig met borstvoeding gevoed. De doodsoorzaak is een hersenbloeding ten gevolge van een tekort aan vitamine K. De kinderarts wil weten of het kind vitamine K heeft gehad en vraagt het JGZ-dossier op. Daarin blijkt niets over vitamine K te zijn vermeld. Wel blijkt dat de verpleegkundige twee keer op huisbezoek is geweest, de eerste keer voor de hielprik, de tweede keer toen het kind twee weken oud was. Van het besprokene is niets vastgelegd. De organisatie heeft geen protocol voor de huisbezoeken, anders dan het draaiboek PKU/CHT. Desgevraagd verklaren de CB-arts en de verpleegkundige dat zij het onderwerp vitamine K-suppletie nooit ter sprake hebben gebracht. De ouders zijn van mening dat hen 'dood door schuld' kan worden verweten.

De norm waaraan een arts volgens de WGBO moet voldoen is die van 'een goed hulpverlener' (artikel 7:453 BW). Wat daaronder moet worden verstaan is te vinden in de professionele standaard. Deze omvat het geheel aan normen en regels, waarmee de arts in zijn werk rekening dient te houden. Deze regels betreffen zowel de deskundige uitvoering van handelingen als de omgang met de patiënt. Regels als hier bedoeld zijn te vinden in internationale verdragen, nationale wet- en regelgeving, gedragsregels van beroepsorganisaties, professionele standaarden, richtlijnen en protocollen. In de rechtspraak wordt bijvoorbeeld uitgegaan van de gedragsregels voor artsen van de Koninklijke Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) of van de standaarden van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG). Ook binnen de OKZ komen steeds meer (landelijke) protocollen beschikbaar. Als voorbeelden kunnen worden genoemd: de Landelijke Standaard voor de Diagnostiek en Behandeling van Voedselovergevoeligheid op het Consultatiebureau,⁹ het handboek bij het vernieuwde Van Wiechen-onderzoek,¹⁰ de richtlijnen voor de uitvoering van het RVP,¹¹ de richtlijnen voor de uitvoering van het onderzoek naar fenylketonurie (PKU) en congenitale hypothyreoïdie (CHT),¹² (VOV)¹³ en de richtlijnen voor de uitvoering van de gehoorscreening met de Compacte Amsterdamse Pedo-Audiologische Screener (CAPAS).¹⁴ Deze interventies zijn alle opgenomen in het Zorgpakket Ouder- en Kindzorg van de LVT. Daarin zijn ook onderdelen op het gebied van voorlichting, advisering, begeleiding en instructie opgenomen, waaronder de advisering over veilig slapen.

In situatie 2 wijkt de CB-arts af van een landelijke richtlijn die door de organisatie waarvoor hij werkt, is opgesteld. De CB-arts had zich daaraan moeten conformeren. Meestal is dat ook contractueel vastgelegd. Terzijde zij opgemerkt, dat in de loop van 1996 een landelijke concessiestekst over de advisering tot stand komt, die door alle relevante beroepsgroepen en organisaties wordt onderschreven.¹⁵ Daardoor wordt het nog lastiger om zonder onderbouwing van het advies af te wijken. Of de rechter in dit geval de dood van het kind de

arts zal aanrekenen, is niet te voorspellen. De rechter zou bijvoorbeeld het verweer kunnen honoreren dat de ouders uit het Groeiboek of via de media hadden kunnen weten wat het juiste advies was. Een andere rechter zal oordelen dat bij een dergelijke belangrijke zaak de CB-arts had moeten nagaan of de ouders op de hoogte waren van de informatie. Bij gebrek aan jurisprudentie over kwesties als deze kan enigszins ter verduidelijking een vergelijking worden gemaakt met twee rechterlijke uitspraken over het mislukken van een sterilisatie. De ene rechter vond dat de betrokkene uitdrukkelijk op de hoogte had moeten worden gesteld van de (overigens geringe) kans op mislukking, terwijl de andere rechter van oordeel was, dat iedere enigszins ontwikkelde patiënt via de lekenpers op de hoogte van dit feit kon zijn. In het geval van wiegedood zou laatstgenoemde rechter dus kunnen oordelen dat er voldoende publiciteit rond dit onderwerp is geweest. Waartegen dan het verweer ingebracht zou kunnen worden, dat mensen in de periode waarin zij nog geen kinderen hebben, niet erg ontvankelijk hoeven te zijn voor dergelijke informatie.

Ook in situatie 3 blijft het de vraag of de rechter met de ouders zou mee gaan. De publiciteit rond vitamine K is in ieder geval veel minder geweest dan rond de slaaphouding en wiegedood. Aan de andere kant zou men kunnen verwachten dat de ouders wel zijn voorgelicht tijdens de prenatale- en kraamperiode. Niettemin lijkt het verstandig dat het CB-team navraag doet naar deze voorlichting, deze zo nodig zelf nog geeft en in het JGZ-dossier aantekening maakt of de ouders al dan niet vitamine K suppleren. Met dat laatste wordt tevens bewezen dat het onderwerp ter sprake is gebracht.

Onderzoek niet of slecht uitgevoerd. Wie is aansprakelijk voor de gevolgen?

Situatie 4: Congenitale heupdysplasie niet tijdig ontdekt

Op een consultatiebureau worden kinderen alternerend door de arts en verpleegkundige gezien. De vaste CB-arts is enkele maanden afwezig. De vervangend CB-arts onderzoekt een kind van 5 maanden en vermoedt een congenitale heupdysplasie (CHD). Uit de aantekeningen van de vaste CB-arts blijkt dat er tot dan toe geen bijzonderheden waren: overal staat met grote letters 'G.B.'. Bij het onderzoek op twee maanden is in het geheel niets genoteerd. Enigszins gerustgesteld besluit de vervangend arts nog een maand aan te zien. Maar ook bij 6 maanden heeft hij sterke verdenking op het bestaan van CHD. Hij maakt een aantekening voor de vaste CB-arts om attent te zijn op het mogelijk bestaan van CHD. Deze laat het kind extra terugkomen op de leeftijd van 7 maanden, onderzoekt het en stelt vast: 'Heupen geen bijzonderheden'. Als het kind bijna twee jaar is, loopt het nog nauwelijks en de ouders maken zich hierover zorgen, die zij ook tegenover de CB-arts uitspreken. Deze stelt de ouders gerust met de mededeling dat hun kind een 'laatbloeiër' is. Als het kind ruim twee jaar is vertrekt de CB-arts naar elders en wordt vervangen door een nieuwe, vaste CB-arts. Deze raadpleegt de notities van de verpleegkundige en leest dat de ouders reeds in een vroeg stadium zich zorgen maakten over de motorische ontwikkeling van hun kind. Uit het Van Wiechen-schema, dat alleen door de verpleegkundige was ingevuld, bleek met name een achterstand van de grove motoriek. Op basis hiervan

en op basis van eigen onderzoek verwijst de nieuwe CB-arts het kind onmiddellijk naar de huisarts met het dringend verzoek het kind naar de orthopedisch chirurg te sturen. Deze stelt tweezijdige CHD vast en het kind zal moeten worden geopereerd. De ouders stellen de vertrokken vaste consultatiebureau-arts en diens tijdelijke vervanger aansprakelijk voor de gevolgen van het missen van de diagnose CHD.

Situatie 5: Thuiszorgorganisatie voert geen gehoorscreening uit: Doof kind wordt te laat ontdekt

Een leerkracht van groep 1 van de basisschool meent uit het gedrag en de spraak/taalontwikkeling van een kind te kunnen opmaken, dat het kind minder goed hoort. Zij neemt contact op met de schoolarts, die een audiogram maakt. Het vermoeden van de leerkracht wordt bevestigd. De schoolarts verzoekt de huisarts het kind voor verdere diagnostiek door te sturen naar de KNO-arts en het audiologisch centrum. Er wordt beiderzijds een ernstig perceptief gehoorverlies vastgesteld en de taalontwikkeling blijkt aanzienlijk achter te liggen bij het voor de leeftijd normale niveau. Omdat niet zeker is of het om een aangeboren afwijking gaat, informeert het audiologisch centrum bij het consultatiebureau naar de uitslag van de gehoorscreening. De betreffende organisatie blijkt de Ewing-gehoorscreening niet aan alle kinderen aan te bieden, maar uitsluitend aan kinderen waarvan de ouders twijfels hebben over het gehoor van hun kind. Dergelijke twijfels hebben de betreffende ouders nooit geuit. Het AC vindt dat door het uitstel van diagnostiek en begeleiding het kind ernstige schade is berokkend. De ouders stellen de thuiszorgorganisatie hiervoor aansprakelijk.

De behandelingsovereenkomst houdt in situatie 4 in, dat het kind volgens de regels der kunst onderzocht zal worden op het bestaan van CHD. Wanneer ouders niet tevreden zijn over de uitvoering van de behandelingsovereenkomst kunnen zij verschillende wegen bewandelen. Allereerst kunnen zij hun beklag doen bij de betreffende arts. Wanneer zij over de afhandeling daarvan niet tevreden zijn, kunnen zij een klacht indienen bij de organisatie waarbij de arts in dienst is. Elke thuiszorgorganisatie is gehouden een klachtenreglement te hanteren. Als ook daarover de ouders niet tevreden zijn, kunnen zij de klacht indienen bij de Landelijke Klachtencommissie van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. Deze klachtencommissie verklaart een klacht alleen ontvankelijk als de zaak niet bij de (tucht)rechter aanhangig is gemaakt. Bij zeer ernstige klachten of aanmerkelijk schade hebben de ouders de volgende mogelijkheden:

1. *Het Medisch Tuchtcollege.* Dit college onderzoekt of er onjuist is gehandeld op grond van de klacht van klager en het verweer van de arts. De volgende uitspraken zijn mogelijk: de klacht is ongegrond, de arts krijgt een waarschuwing, een berisping, geldboete, schorsing of ontzegging van de bevoegdheid. Schadevergoeding kan via dit college niet worden verkregen.
2. *De civiele rechter.* Via deze rechter kunnen de ouders schadevergoeding vorderen. Dan zal bewezen moeten worden dat er een verwijtbare fout is gemaakt. Daarbij geldt de algemene regel: wie stelt, moet het bewijs leveren, in dit geval de ouders.
3. *De strafrechter.* Deze rechter toetst of er artikelen uit het Wetboek van Strafrecht zijn overtreden, bij voorbeeld of er sprake is van 'dood door schuld'. De mogelijkheden tot strafoplegging bestaan uit: geldboe-

te, gevangenisstraf en alternatieve straffen.

In situatie 4 zal – tegen de algemene regel in – de civiele rechter de bewijslast vaak omdraaien, omdat in het geval van onenigheid over medische handelingen de normale procedure zeer onredelijk voor de patiënt kan uitpakken. De patiënt is meestal een leek en de gehanteerde begrippen en afkortingen zijn vaak onbegrijpelijk. Daardoor blijft het medisch dossier ondanks het inzagerecht een gesloten boek. De rechter kan dan beslissen dat de arts moet aantonen dat er geen fout is gemaakt. Het is waarschijnlijk dat een rechter in dit concrete geval de bewijslast bij de arts zal leggen, omdat de documentatie wel zeer verwarrend en onvolledig is en daardoor extra ontoegankelijk voor de ouders. De dossiervorming zal in dit geval zeker als onvoldoende worden beoordeeld, waardoor op zijn minst twijfels uitgesproken zullen worden of er zorgvuldig is gehandeld. Dit wordt nog versterkt door het feit dat de communicatie tussen arts en verpleegkundige in dit geval onvoldoende is geweest. In het dossier kan niet worden volstaan met 'G.B.'. Bij het heuponderzoek zal aangegeven moeten worden hoe de abductie in de heupen is, de stand van de bilplooien etc. Niet alles kan van a tot z worden opgeschreven. Daarom is het ook belangrijk dat men zich kan beroepen op het hanteren van protocollen. Dat garandeert natuurlijk niet dat een individuele arts ze ook uitvoert (zie het voorbeeld over wiegedood), maar geeft in ieder geval wel aan dat de organisatie zorgvuldig handelt. De rechter kan niet oordelen of de diagnose te laat is gesteld, maar zal beoordelen of er gewerkt is zoals van een redelijk bekwaam arts mag worden verwacht. Als hij daarbij gebruik kan maken van een goed gedocumenteerde behandeling (verrichtingen en adviezen!), kan dat veel van de twijfel over een zorgvuldige behandeling wegnemen.

In situatie 5 wijkt de organisatie af van het gebruikelijk zorgaanbod door een bepaald onderzoek, in dit geval de gehoorscreening, niet uit te voeren. In het kader van de WGBO dienen de ouders uit de behandelingsovereenkomst te kunnen afleiden dat de organisatie geen gehoorscreening aanbiedt. Of de organisatie hiermee in het geheel niets meer te verwijten valt, is de vraag. Immers, het is te doen gebruikelijk om op het consultatiebureau een gehoorscreening uit te voeren. Het afwijken van de gangbare methode (Ewing of CAPAS) lijkt alleen te rechtvaardigen als de organisatie kan aantonen dat met het door haar toegepaste alternatief minstens even goede resultaten worden bereikt. Deze organisatie biedt zelfs geen alternatief. De organisatie kan dan niet volstaan met vooraf aan de ouders bekend maken dat er geen gehoorscreening wordt uitgevoerd. Als ouders deze toch willen laten uitvoeren zouden zij daarvoor buiten het werkgebied van de betreffende organisatie terecht moeten. Dit mag men redelijkerwijs niet van de ouders verlangen. Het gaat hier bovendien om het achterwege laten van een onderzoek, dat als onderdeel van het basispakket krachtens de AWBZ wordt gefinancierd. De organisatie ontvangt dus een deel van het budget, waartegenover niet de gebruikelijke prestatie staat. Het betreffende CB-team kan in ieder geval verweten worden dat zij de ernstige taalachterstand niet heeft ontdekt, dan wel dat het niet adequaat heeft gereageerd op de vaststelling daarvan.

Delegeren van vaccinaties

Situatie 6: Consultatiebureau-arts weigert vaccinaties door verpleegkundigen te laten uitvoeren

Een CB-arts is van mening dat vaccineren een medische handeling is en daarom alleen door hem persoonlijk kan en mag worden uitgevoerd. Hij krijgt van de thuiszorgorganisatie waarvoor hij werkt de formele opdracht de vaccinaties van het RVP voortaan te delegeren aan de OKZ-verpleegkundige. De arts vindt dat hij deze opdracht kan weigeren, temeer daar het Hoofd OKZ, dat hem deze opdracht heeft gegeven, een verpleegkundige is en derhalve niet bevoegd hem voor te schrijven op welke wijze hij met medische handelingen moet omgaan. Hij zou eventueel bereid zijn de uitvoering aan een verpleegkundige over te laten als hij in dezelfde ruimte aanwezig is om toezicht te kunnen houden.

Situatie 7: Mogelijk blijvend letsel na onjuist uitvoeren van een vaccinatie door de verpleegkundige

Door een onjuiste vaccinatietechniek ontwikkelt een baby een groot abces, waarbij blijvende neurologische schade niet kan worden uitgesloten. De betreffende vaccinatie werd door een verpleegkundige uitgevoerd. De arts had haar daartoe opdracht gegeven. Zelf was hij niet aanwezig toen de verpleegkundige de vaccinatie uitvoerde. De arts had niet van tevoren gecontroleerd of de betreffende verpleegkundige bekwaam was. De arts was ervan uitgegaan, dat de thuiszorgorganisatie garandeerde dat verpleegkundigen bekwaam zijn tot het uitvoeren van vaccinaties. De ouders verwijten deze arts onzorgvuldigheid.

Er bestaan veel misverstanden over het delegeren van vaccinaties. Daardoor uiten enerzijds artsen vaak ongegronde bezwaren om tot delegatie over te gaan, terwijl anderzijds veel verpleegkundigen ongegronde argumenten aanvoeren om een delegatie-opdracht van de arts te weigeren. Er is niets tegen het delegeren van vaccinaties, mits aan enkele voor de hand liggende voorwaarden wordt voldaan. Vooruitlopend op de Wet BIG hebben de LVT en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) een kader geschetst waarbinnen medische handelingen, waaronder injecteren (dus ook vaccineren) op verantwoorde wijze kunnen worden gedelegeerd.¹⁶ De basis waarop deze overeenkomst tussen LVT en LHV tot stand is gekomen, is te vinden in de Wet BIG. Daarin wordt gesteld dat alleen een arts bevoegd is tot het uitvoeren van zogenoemde 'voorbehouden handelingen'. In artikel 53, lid 4 is aangegeven dat injecteren tot de voorbehouden handelingen wordt gerekend. In artikel 55 wordt gesteld dat delegatie niet is toegestaan, tenzij de betrokkene bekwaam is en de handeling onder toezicht van de arts wordt uitgevoerd. De arts blijft verantwoordelijk voor de handeling, tenzij de verpleegkundige zich aan het gezag van de arts onttrekt. Wat betekent dit nu voor de uitvoering van het RVP binnen de OKZ?

Delegatie van vaccinaties is dus toegestaan mits aan twee voorwaarden wordt voldaan. Ten eerste kan alleen worden gedelegeerd aan bekwaame verpleegkundigen. Thuiszorgorganisaties doen er als werkgever van die verpleegkundigen verstandig aan de bekwaamheidsverklaringen goed te regelen, zodat zij kunnen garanderen dat op de consultatiebureaus uitsluitend tot vaccineren bekwaame verpleegkundigen werkzaam zijn, ook als het vervangende verpleegkundigen betreft. Deze garantie kunnen zij geven door: 1.



te zorgen dat door (bij)scholing de verpleegkundigen de vereiste bekwaamheid verkrijgen en behouden, 2. de bekwaamheid voor bepaalde tijd te certificeren en deze opnieuw te toetsen alvorens een nieuwe bekwaamheidsverklaring af te geven, 3. de bekwaamheidsverklaring te laten tekenen door een directielid of een Hoofd OKZ en door de arts die delegeert. Laatstgenoemde arts zou de stafarts van de organisatie kunnen zijn, naar analogie van de bevoegdheid van de Medisch Adviseur van de Entadministratie om de hielprik te delegeren. Bekwaamheid is niet uitsluitend het technisch juist kunnen uitvoeren van de vaccinaties, maar omvat ook het goed kunnen afnemen van de anamnese ter vaststelling van mogelijke tijdelijke contra-indicaties, het geven van voorlichting over de gebruikelijke bijwerkingen, het vaccinbeheer en de bijbehorende administratieve afwikkeling. Dit alles zou in een protocol moeten worden vastgelegd. Dat protocol kan worden gebaseerd op de landelijke richtlijnen.¹⁰ Indien de thuiszorgorganisatie deze zaken goed heeft geregeld, mag de consultatiebureau-arts ervan uitgaan dat deze organisatie garant staat voor de bekwaamheid van de verpleegkundigen, ook als het eventuele invallers betreft.

De arts in situatie 6 kan in zijn algemeenheid een opdracht tot delegeren niet weigeren als de thuiszorgorganisatie de zaken geregeld heeft zoals hierboven werd beschreven. De arts kan zich wel beroepen op zijn professionele autonomie, maar alleen als hij kan onderbouwen waarom hij zich daarop beroept. Dat beroep zal zeker terecht zijn als aan de uitvoering van een vaccinatie bij een bepaald kind meer dan de normale risico's zijn verbonden. Consultatiebureau-artsen doen er verstandig aan zich ervan te vergewissen of de organisatie waarvoor zij werken de zaken zo geregeld heeft als hier is beschreven. Blijkt dat niet zo te zijn, dan kunnen zij zich moeilijk verweren met de stelling dat zij ervan uitgegaan zijn dat alle verpleegkundigen bekwaam zijn. Immers de arts blijft verantwoordelijk. Bij twijfel moet de arts naar de bekwaamheidsverklaring vragen. Laat de arts dit na, zoals in situatie 7, dan zou de tuchtrechter hem onzorgvuldig handelen kunnen verwijten.

Men dient de delegatie van vaccinaties te onderscheiden van de indicatiestelling. Dat laatste kan niet worden gedelegeerd. Alleen de arts is bekwaam en bevoegd tot het stellen van de indicatie, waarbij hij, voordat het individuele kind de eerste vaccinatie ontvangt, moet vaststellen of er bij dat kind absolute contra-indicaties bestaan voor één of meerdere vaccinaties uit het RVP. Zijn er geen absolute contra-indicaties aanwezig, dan kunnen de vaccinaties uit het RVP gedelegeerd worden. Immers, de bekwaame verpleegkundige gaat telkens vóór elke vaccinatie na of er inmiddels tijdelijke contra-indicaties zijn ontstaan. De termijn tussen de indicatiestelling als hier bedoeld en de uitvoering van de vaccinaties doet niet ter zake. Een tijdelijke contra-indicatie kan zowel na een dag als na een jaar ontstaan. Er is geen medische of juridische reden waarom de eerste vaccinatie door een arts moet worden uitgevoerd.

Wat het argument van het houden van medisch toezicht betreft, neemt de arts uit situatie 6 de tekst veel te letterlijk op. Als het werkelijk de bedoeling zou zijn dat een arts bij elke gedelegeerde medische handeling lijfelijk aanwezig was, had delegeren geen enkele zin. De eis van medisch toezicht is gesteld om te garanderen dat bij delegeren van medische handelingen, waarbij een meer dan normaal risico aanwezig is en acuut medische raadgeving of ingrijpen noodzakelijk is, deze

medische interventie binnen aanvaardbare tijd kan worden uitgevoerd. Voor de praktijk van het RVP betekent dit, dat een kind binnen redelijke tijd onder medische behandeling kan worden gesteld. De spreiding van ziekenhuizen en de dekking van de ambulancediensten in ons land geeft die garantie 24 uur per etmaal. Op tijden waarop consultatiebureaus worden gehouden is de toegang tot medische hulpverlening vaak nog sneller mogelijk. Overigens is een dergelijke situatie alleen denkbaar als een kind met een anafylactische reactie op een vaccinatie zou reageren. Gezien de meer dan 10 jaar ervaring met registratie van bijwerkingen, waarin zo'n reactie nog nooit is gemeld, en het aantal vaccinaties dat in die periode is uitgevoerd, is de kans op zo'n reactie praktisch nul. Mits de arts de indicatie juist heeft gesteld en de vaccinaties door bekwaame verpleegkundigen worden uitgevoerd, zijn er praktisch geen risico's aan het vaccineren verbonden en is de lijfelijke aanwezigheid van de arts, of diens aanwezigheid in het gebouw niet noodzakelijk.

De verpleegkundige is verantwoordelijk voor het technisch juist uitvoeren van de vaccinaties. Indien de delegatie correct is geschied, zal de verpleegkundige – en niet de arts – aansprakelijk worden gesteld voor schade die het gevolg is van deze onjuiste uitvoering. Ook als de verpleegkundige afwijkt van de opdracht van de arts, bijvoorbeeld door een andere vaccinatie te geven dan werd voorgeschreven, of afwijkt van het hanteren van de tijdelijke contra-indicaties, zal de verpleegkundige aansprakelijk zijn voor de eventuele schade die hierdoor wordt veroorzaakt.

Besluit

De veronderstelling dat artsen en verpleegkundigen in de ouder- en kindzorg weinig of geen risico lopen aansprakelijk te worden gesteld voor schade die zij door onzorgvuldig of onjuist handelen hebben veroorzaakt, lijkt niet gerechtvaardigd. De beschreven praktijkvoorbeelden illustreren dat. Het is niet ondenkbeeldig dat in een nabije toekomst ook op het terrein van de ouder- en kindzorg artsen en verpleegkundigen geconfronteerd zullen worden met klachtenprocedures of zelfs processen. Het blijft een geruststellende gedachte dat de kans hierop miniem is bij kwalitatief goede zorgverlening.

Literatuur

1. Dudgeon JA. Immunization reactions. In: Dudgeon JA, Cutting WAM, (eds.) Immunization, principles and practice. London: Chapman & Hall Medical, 1991.
2. Gezondheidsraad. Bijwerkingen Vaccinaties Rijksvaccinatieprogramma 1993. Den Haag: Gezondheidsraad, 1995.
3. Withagem MIJ, Ruitenberg A, Sollingen D van, et al. Osteomyelitis als complicatie na BCG-vaccinatie. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:2047-9.
4. Winter M de, Mare J de, Balledux M. Jeugdgezondheidszorg tegen het licht. Den Haag: VUGA Uitgeverij, 1992.
5. Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG). Standaardpakket 0-4 jarigen. 1995.
6. Burgmeijer RJF. Zorgpakket Ouder- en Kindzorg; Inhoud en achtergronden van de ouder- en kindzorg. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1995.
7. Bonnet-Breusers AJM. Wetsontwerp op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst. In: Bonnet-Breusers AJM, Hofma TA, Rensen HBH, Wassenaar J, (red). Handboek Jeugdgezondheidszorg (13 jan.1994). Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1994.

8. Legemaate J. De WGBO: van tekst naar toepassing. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
9. Commissie Standaard. Landelijke Standaard voor de diagnose en behandeling van voedselovergevoeligheid bij zuigelingen op het consultatiebureau. 2e druk. Den Haag: Landelijk Informatiecentrum Voedselovergevoeligheid (LIVO), 1995.
10. Brouwers-de Jong EA, Burgmeijer RJF, Laurent de Angulo MS, (red). Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau; Handboek bij het vernieuwde Van Wiechenonderzoek. Assen: Van Gorcum, 1966.
11. Burgmeijer RJF, Bolscher DJA. Vaccinaties bij kinderen. Uitvoering en achtergronden van het Rijksvaccinatieprogramma en andere vaccinaties bij kinderen. 2e herziene druk. Assen: Van Gorcum, 1995.
12. Verkerk PH. Draaiboek screening op PKU en CHT. 2e uitgave.

- Rijswijk: Geneeskundige Hoofinspectie van de Volksgezondheid, 1993.
13. Lantau VK. Vroegtijdige onderkenning van visuele stoornissen; Het stapsgewijs uitvoeren van de VOV-methode en de gezichtscherptebeoordeling. Amsterdam: Stichting TOV, 1995.
14. Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind (NSDSK). Infomap VOG. Amsterdam: NSDSK, 1995.
15. Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO). Consensus slaaphouding van zuigelingen in relatie tot wiegedood. Utrecht: CBO, 1996.
16. Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)/Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Nota Medisch Handelen door Verpleegkundig Beroepsbeoefenaars in de Thuisituatie. Bunnik/Utrecht: LVT/LHV, 1991.

A. Dekker, J.C. van der Wouden,
S. de Jong en H.W.A. Voorhoeve

Van Wiechen-registratie bij allochtone kinderen

Samenvatting

Op een consultatiebureau in de binnenstad van Den Haag werd nagegaan of de geregistreerde gegevens met betrekking tot de psychomotorische ontwikkeling (Van Wiechen-registratie) voor de eerste twee levensjaren verschillen vertonen tussen allochtone en autochtone kinderen.

Alle 393 dossiers van kinderen ouder dan twee jaar werden onderzocht. Van deze kinderen was 84% allochtoon. Per dossier was gemiddeld 30% van de Van Wiechen-items niet geregistreerd. Noch voor het percentage geregistreerde items, noch voor het percentage afwijkingen werden verschillen gevonden tussen de groepen. Op grond van deze bevindingen concluderen wij dat de huidige P90-waarden ook voor allochtone kinderen bruikbaar zijn als signaleringsinstrument.

De huidige gemodificeerde Van Wiechen-registratie voor het volgen van de psychomotorische ontwikkeling is gebaseerd op onderzoek verricht bij kinderen uit de westerse cultuur.¹⁻³ Deze registratie wordt ook gebruikt voor de allochtone kinderen in Nederland. Het is onbekend in hoeverre de gehanteerde P90-waarden ook voor hen van toepassing zijn. Het enige Neder-

landse onderzoek gericht op het vergelijken van ontwikkeling van kinderen uit verschillende culturen is gedaan door Bijlsma.⁴ Zij onderzocht een groep Tanzaniaanse kinderen in Tanzania en vergeleek die met de Nederlandse normaalwaarden. Tanzaniaanse kinderen in Tanzania bleken iets sneller in de adaptieve vaardigheden en de grove motoriek en trager in hun taalontwikkeling dan Nederlands kinderen.

Vraagstelling in dit onderzoek is: hoe zijn de resultaten van de Van Wiechen-registratie bij buitenlandse kinderen in Nederland vergeleken met autochtone kinderen?

Methode

Op een consultatiebureau in de binnenstad van Den Haag werden in het voorjaar van 1993 alle dossiers bestudeerd van kinderen tussen 2 en 4 jaar (geboren tussen maart 1989 en april 1991). Hieruit werden de eerste 50 items van de Van Wiechen-lijst (bedoeld voor kinderen tot 2 jaar) en een aantal relevante achtergrondvariabelen overgenomen (geboorteland vader, moeder en kind, duur verblijf in Nederland, beroep ouders, zwangerschapsduur, geboortegewicht, Apgar-score, couveuseverblijf en ziekenhuisopnamen).

Voor de etnische achtergrond van het kind werd uitgegaan van het geboorteland van de moeder. Hierop werden enkele uitzonderingen gemaakt: a) bij alleenstaande vaders werd het geboorteland van de vader aangehouden en b) bij in Nederland geboren Turkse vrouwen getrouwd met in Turkije geboren mannen werd de etnische achtergrond als Turks aangemerkt.

Een belangrijk methodologisch probleem was de interpretatie van niet ingevulde items, de lege regels in het dossier. Als bij een bepaalde leeftijd het gehele onderzoeksblok niet is ingevuld, is dat kind die periode niet voor onderzoek verschenen, op dit punt niet onderzocht, of heeft de betreffende medewerker verzuimd de resultaten op te schrijven. Als echter andere regels in een blok wel zijn ingevuld dan liggen deze verklaringen minder voor de hand. Het is mogelijk dat in die situatie de prestaties bij het onderzochte kind onvoldoende of twijfelachtig waren, maar het is ook mogelijk dat het kind op één item niet onderzocht is of niet coöperatief was. Aan deze groep van losse lege regels zal afzonderlijk aandacht worden besteed.

Verschillen tussen groepen werden getoetst met

A. Dekker, huisarts, Dr J.C. van der Wouden, socioloog-methodoloog, S. de Jong, huisarts-in-opleiding, Dr H.W.A. Voorhoeve, kinderarts (np)/sociaal-geneeskundige, Instituut Huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Correspondentieadres: Dr J.C. van der Wouden, Instituut Huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.